

撑地，扭伤右足，肿痛、畸形、活动困难，2 小时后于 1994 年 5 月 23 日来诊。X 片示右足（2~5）跖骨头完全骨折，并向外侧跖侧分离错位，于近端重叠，并跖趾关节脱位。查：右足背高度肿胀、瘀血、畸形，足背动脉搏动正常，足趾不能屈伸。当即在股神经、坐骨神经阻滞麻醉下，将患趾全部视为一整体，术者用手指握住，助手固定踝部，行过伸对抗牵引 1~2 分钟，逐渐跖屈，做轻度摇摆屈伸活动，而后用纱布条套住各患趾，在对抗牵引下利用分骨手法夹挤骨间隙，依次将跖骨头向内推挤，以矫正残余移位。手法完成后，立即床边摄 X 片，一次复位成功，给予石膏管型外固定。

讨论：多发性跖骨头骨折并跖趾关节脱位临床少见。为一种屈曲、旋转、外翻复杂暴力所致。从 X 线片分析，骨折移位方向、断端重叠程度都是一致的，表明骨折每个断端受力基本是均匀的，所以复位时牵引力必须充分地施加于每个骨折断端。骨折后由于局部高度持续肿胀，常常造成复位困难，必须早期完成复位固定过程，以免手术。

（收稿：1994-10-26）

右脚内踝部神经鞘瘤误诊一例

四川省绵阳市中医院（621000）

申永刚

李××，男，36 岁，农民。于 1993 年 8 月 3 日到我院门诊就医。主诉：右脚内踝部包块，渐进性长大 8 年，疼痛，麻木 5 天。检查：右脚内踝下方有一包块，大小约 2×1.5cm，有压痛、囊性感、表面光滑、略移动。诊断：右脚内踝部腱鞘囊肿。

于门诊在 1% 普鲁卡因局麻下行囊肿切除术。术中
发现：囊肿位于胫后神经分枝上，大小约 2×2cm，呈暗红色，囊壁肿胀、肥厚，包块内抽出暗红色血性液体。将包块从神经上顺利剥离，送病检（病检号 932906）。病理诊断为（右脚）神经鞘瘤伴出血囊性变。

讨论：此例将右脚内踝部神经鞘瘤伴出血囊性变误诊为腱鞘囊肿，我们体会到此类病变若病员自述有麻木感，经检查包块远近端神经分布区有麻木现象时，术前就要考虑到神经鞘瘤之可能；若诊断欠明确，最好让病员住院诊治。

（收稿：1994-10-26）

中西医结合治疗脂肪栓塞 综合症一例

湖南省长沙市中医院（410002）

刘定安

笔者采用中西医结合的方法成功地抢救 1 例脂肪栓塞病人，现报道如下。

何××，女，33 岁，农民。住院号 29550，X 光号 177，CT 号 9532。患者被汽车撞伤致双小腿胫腓骨骨折 23 小时，伴昏迷 5 小时，于 1991 年 10 月 12 日转来我院。体检：呈昏睡状，压眶反射（+），双侧瞳孔等大等圆，对光反射迟钝，眼睑无瘀斑，鼻腔及外耳道未见血迹和脑脊液漏；心率 136 次/分，节律齐，心音可；双肺呼吸音清晰，无干、湿性啰音。双小腿行长腿石膏固定，肿胀明显，伤口敷料有少量血迹，足背动脉搏动可。双上肢呈屈肘内收位，肌张力增强。霍夫曼氏征（+），巴氏征（+），踝阵挛（+）。

入院后第 2 天（伤后 39 小时），双眼睑、胸部部可见散在性出血点。眼底检查：屈光间质清晰，视乳头色淡红，边界清楚，生理凹陷存在，视网膜普遍反光增强，血管色泽正常，A：V=2：3，黄斑部红晕消失，亮点不显。CT 扫描：脑室、脑池、脑沟及蛛网膜下腔均正常。心电图示窦性心动过速。全胸片报告：肺野清晰、无暴风雪絮状阴影。血红蛋白由入院时的 $K_{pa}12.5$ 急剧下降至 5.20。血沉上升至 $130mm^3/h$ ；血、尿未发现脂肪球。

治疗措施：1. 常规治疗：①大剂量的抗生素、激素、抑肽酶静脉滴注。②低分子右旋糖酐。③20%甘露醇。④补充白蛋白及能量合剂。2. 中医药治疗：安宫牛黄丸 1~2 粒/日，清营汤 1 剂/日，从鼻饲管给药。

10 月 22 日病人清醒，仍呈朦胧状态，呼喊能睁眼，有吞咽反射。10 月 30 日病人神志完全清楚，能正确回答问题。在 12 月 9 日和 1992 年 1 月 13 日在硬膜外麻醉下行双胫腓骨骨折开放复位内固定术，于 1992 年 5 月 16 日痊愈出院。连续 2 年随访，已完全康复。

体会：临床上凡是不能用颅脑外伤解释的脑功能障碍，首先应考虑为脂肪栓塞。特别是对多发性下肢长管状骨骨折，可以采用一些预防性治疗。

祖国医学认为：“肢体损伤于外，则气血伤于内，营卫有所不贯，脏腑由之不和”。指出局部皮肉，筋骨组织损害，每能导致脏腑、经络、气血等的功能失调，而一系列症状随之发生。临床所表现的高热、神昏、抽搐、