

痛。诊断的主要依据是：(1) 负重性跟痛，去重后减轻；(2) 跟底有确切的压痛点及硬结感；(3) X 线片跟骨骨赘明显突出，且其长轴线与跟骨纵轴内线内夹角 $>60^\circ$ 。采用小针刀切割法，不仅可部分削除骨赘，减小机械压力，同时可松解隆突周围的筋膜等软组织，缓解跖神经的压迫。

参考文献

1. 郑召民, 等. 骨内高压与活血化痰. 中国中医骨伤科

1994; 2 (3): 43.

2. 刘强, 等. 足跟痛的病理分类和中西医结合治疗. 中国中医骨伤科 1995; 3 (5): 18.

3. 范炳华. 推击法治疗增生性跟痛症. 中国骨伤 1995; 8 (4): 40.

(收稿: 1996-03-01; 修回: 1996-08-30)

髋关节后脱位合并髌臼骨折

内蒙古自治区包头市第二医院 (014040)

姚传博 郭培刚 胡建军 李跃蒙 韩 德 戎英军 郝建军

1990~1995 年我们收治外伤性髋关节后脱位合并髌臼骨折 8 例, 现总结如下。

临床资料

髋关节后脱位合并髌臼骨折的 8 例中, 男 7 例, 女 1 例; 年龄 22~48 岁; 右髌 5 例, 左髌 3 例。均为乘坐在行驶汽车内的司机和乘客, 由车祸致伤。依 Judet—Letournel 分类法^[1], 髌臼后柱骨折 2 例, 后壁骨折 3 例, 后柱后壁骨折、粉碎性骨折、白顶骨折各 1 例。合并: 血气胸、颅内血肿、肝破裂、坐骨神经损伤各 1 例。8 例全部做了骨盆前后位、闭孔斜位和髌骨斜位 X 线片; 因 X 线片难以确切判断骨折块大小、位置, 2 例选择性地做了 CT 检查, 发现后壁骨折块大于后壁的 1/3 和关节间隙内有游离骨片。

治疗方法

1. 非手术治疗: 本组非手术治疗 2 例, 即在腰麻或 K—D 麻醉下整复髋关节后脱位, 复位后髌臼骨折亦对位良好, 关节活动良好, 再行股骨髁上牵引 6~8 周, 4 周起做髋关节功能锻炼, 3 个月后待骨折愈合后负重活动。

2. 手术治疗: 适应症: (1) 髌臼后壁骨折块超过整个后壁 1/3; (2) 髌臼粉碎性骨折; (3) 其他严重合并症存在, 必须早期治疗, 从而延误了髋关节后脱位髌臼骨折的治疗, 时间达 2 周以上; (4) 关节间隙内有游离骨片。本组 6 例手术内固定中, 后柱、后壁和后柱后壁骨折 4 例使用后侧切口, 粉碎性骨折和白顶骨折 1 例使用改良的 Smith—Petersen 切口, 内固定材料为松质骨螺钉、克氏针、肠线等。1 例粉碎性骨折并发生坐骨神经不全损伤, 术中予以修复。术后股骨髁上牵引 12 周, 术后 4 周起做髋关节功能锻炼。

治疗结果

8 例全部随访, 随访期 7 个月~5 年 2 个月。结果: 复位满意及髋关节功能优良 5 例, 复位基本满意功能尚可 2 例, 复位不良发生髋关节创伤性关节炎及坐骨神经不全麻痹 1 例 (此例为粉碎性骨折并坐骨神经不全损伤)。

讨 论

1. 发生机制: 本组均是汽车内乘坐的司机、乘客, 故受伤时处于屈髋屈膝位, 暴力来自前方或侧前方, 使股骨头、颈直接撞击髌臼后壁或白顶而迫使髋关节后脱位。其中暴力较小者未造成髌臼骨折, 而暴力大和集中者撞破髌臼后壁骨质冲出髋关节。

2. X 线检查手段应规范、完善: 早期我们使用骨盆前后位 X 线检查做出诊断, 决定处理。因认真体检, 加以仔细读片, 及分析受伤机制, 故诊断及处理尚没出什么问题。近年来翻阅文献^[2,3]得到提示: 上述手段过于粗糙。故近年加用了闭孔斜位和髌骨斜位 X 线片, 借以更加完善地了解髌臼骨折程度、范围, 对治疗带来更多帮助。

3. CT 检查的重要性: Mayo 指出^[4]: CT 可较好地显示关节腔内游离骨块、关节面边缘压缩、后壁骨折块大小、骨折移位和股骨头损伤等情况。本组 2 例手法复位后牵引治疗中改善不明显, 选择性地使用了 CT 检查, 发现后壁骨折块旋转过大和关节内有碎骨片, 遂进行了手术治疗, 取得良好结果。近期对髌臼骨折我们把 CT 检查列为常规检查。

4. 关于手术问题: 本组 2 例非手术治疗为早期病例, 疗效仅为尚可。主要原因是复位不良。所以近一、二年我们对切开复位内固定手术持积极态度。手术 6

例中, 5 例为优良, 1 例粉碎性骨折, 部位为臼顶和偏臼中央, 骨折碎块多, 难以整复和有效固定, 仅用肠线捆绑, 故对位不佳, 固定不牢, 术后发生创伤性关节炎。现在认识到该病例应以切除骨片, 取髂骨植入为佳。

5. 关节早期锻炼问题: 无论非手术或手术均应用股骨髁上牵引。我们通过本组病例体会到虽然早期锻炼通过头臼包容适应和模造利于髌臼良好对位, 但是上述处理手段都是非坚强内固定, 加之髌臼构造的特殊性, 过早锻炼可使复位的髌臼再次移位, 失去手术意义。故我们把早期锻炼的时间选在 4 周为界, 这时已有软骨痂, 髌臼骨片相对稳定。

参考文献

1. Judet R · Judet J Letournel E Fractures of the acetabulum; classification and Surgical approaches for open reduction. J Bone Joint Surg (Am) 1964; 46: 1615.
2. 张伯勋, 等. 髌臼骨折. 中华骨科杂志 1991; 11 (4): 246.
3. 姚伦龙, 等. 髌臼骨折 85 例分析. 骨与关节损伤杂志 1994; 9 (1): 19.
4. Mayo KA. Fractures of the acetabulum Ortop Clin Norte Am 1987; 18: 43.

(收稿: 1996-04-24; 修回: 1996-09-16)

月骨脱位及月骨周围脱位 15 例

江苏省赣榆县人民医院 (222100) 杜敦进

我院 1988 年 2 月~1994 年 8 月共收治腕月骨脱位及月骨周围脱位 15 例, 现就其诊断治疗分析讨论如下。

临床资料

本组 15 例中男 13 例, 女 2 例; 年龄 16~54 岁; 跌伤 11 例, 车祸 3 例, 机器挤伤 1 例; 伤后至确诊时间 4 小时~30 天; 新鲜脱位 13 例, 陈旧脱位 2 例; 月骨脱位 4 例, 月骨周围脱位 1 例, 经舟骨月骨周围脱位 10 例; 合并伤包括三角骨骨折 5 例、尺桡骨茎突骨折 3 例、股骨骨折 1 例、脑挫伤 1 例、四肢软组织伤 2 例, 15 例中误诊 3 例, 漏诊 2 例, 均为闭合脱位。

治疗方法

13 例新鲜脱位均在臂丛麻醉下手法复位。对月骨脱位, 术者一手背屈腕同时牵引腕部, 另一手拇指压迫脱位之月骨将其复位。对月骨周围脱位和经舟骨月骨周围脱位, 一术者牵引腕部, 另一术者由腕背推压脱位之腕骨使其复位。复位后用石膏托在腕中位或微屈腕位固定 3~4 周, 必要时固定 8 周。2 例陈旧性脱位, 一例取腕部掌侧正中弧形切口行切开复位, 另一例因切开复位困难而予月骨摘除。

治疗结果

本组 15 例中, 失访 1 例, 14 例随访 6 月~4 年。按满意, 基本满意, 不满意评定疗效。满意 (腕关节功能接近正常) 11 例; 基本满意 (腕关节不痛或仅有轻度不适, 有轻微功能障碍) 3 例; 不满意 (腕关节疼痛, 功能明显受限) 0 例。

讨 论

1. 临床表现: 损伤的腕关节局部肿胀, 关节前后径

增粗, 腕部广泛压痛, 以月骨及舟状骨处压痛明显, 腕关节活动受限, 月骨向掌侧脱出后, 可压迫屈指肌腱和正中神经, 而致手指不能完全伸直和桡侧三个手指感觉障碍。

2. X 线诊断要点: 正常情况下, 在腕关节的后前位片上, 有三个圆滑的腕骨弧可划分正常的腕间关节, 弧 1 为顺着舟状骨、月骨、三角骨的近侧关节面的一条凸出曲线, 弧 2 为沿此三个骨的远侧关节凹面的一条曲线, 弧 3 代表头状骨与钩状骨近侧关节面的一条曲线。正常腕间关节的平行关节面间距离为 1~2mm。侧位片月骨呈新月形, 居于桡骨远端关节窝与头状骨凸状关节面之间, 恰似杵臼关节互相嵌合, 桡、月、头状骨基本在同一轴线。当月骨脱位时该轴线不再通过月骨而通过头状骨。当月骨周围脱位时, 该轴线不再通过头状骨而通过月骨, 头状骨移向月骨的掌侧或背侧。其次, 腕骨弧表现不完整或者不圆滑, 腕关节间隙异常, 有的表现关节重叠、间隙消失。有的表现关节间隙变宽 (terry thomas 征阳性)。

3. 预防误漏诊: (1) 要掌握正常 X 线解剖和异常 X 线征象, 以避免阅片时对存在的腕骨脱位视而不见。本组 1 例在外院诊治, 摄片后未能发现, 而致误诊为腕部扭伤达 1 个月。(2) 要防止只看表浅伤, 不注意深部的骨折及脱位, 对腕部损伤者, 应常规摄片检查, 本组 2 例因漏拍 X 线片, 而致误诊为腕部扭伤。(3) 对多发性损伤应重视采集病史, 全面检查。本组 2 例合并伤, 因只注意一处伤和明显伤而致漏诊。

4. 治疗体会: 强调应早期诊断及治疗, 早期复位