

• 病例报告 •

小儿肱骨髁上再次骨折并桡骨小头半脱位 1 例

马 彬

宁夏回族自治区中医医院 (750021)

××, 女, 4 岁, 宁夏银川郊区人。因跑动玩耍中不慎摔倒右手撑地致伤肘部半天来我院急诊。检查: 肘部肿胀显著, 伸屈功能障碍, 肘部后缘表皮有轻度挫伤, 皮下有瘀斑, 肱骨髁上压痛明显, 挤压痛及叩击痛阳性, 可触及骨擦音, 患肢呈现半屈肘, 前臂旋前, 手指功能及皮肤感觉无异常, 桡动脉搏动存在, 皮温可。当即摄片示: 右肱骨髁上不全性骨折, 无移位。遂行夹板超关节固定, 于肘关节屈曲 80°左右并三角巾悬吊于胸前, 中药复元活血汤化裁并口服接骨丹 3 粒, 日 3 次, 后返家。过 4 日复诊, 患儿母亲言固定后第 3 日患儿出家门因门槛过高又摔倒致肘部损伤。查: 肘部肿胀, 瘀斑较前明显, 摄片提示肱骨髁上骨折向桡侧明显移位, 桡骨小头半脱位。先行桡骨小头半脱位复位术, 一手握患肘部, 拇指按在肘外桡骨小头处, 另一手握患腕部相对用力拔伸同时将前臂伸直并外旋屈肘, 此时感到响声复位成功, 让助手继续拔伸牵引, 并将前臂向尺侧内收, 医者用双手掌根对向挤压骨折远近折端的

内外侧纠正侧偏移位后, 再将两手四指环抱近折端向后扣压, 两拇指顶住远折端用力向前推挤, 此时将肘关节屈曲约 70°, 可使骨折复位。后行超关节固定并三角巾悬吊于屈肘 80°位, 2 周后去除固定, 经过功能锻炼而愈。

讨 论

肱骨髁上骨折多见于 10 岁以下儿童, 但同一部位重复性损伤并伴桡骨小头半脱位却极少见。该患儿因固定后没有注意保护, 故致再次移位性骨折, 幸而没有发生血管及神经压迫或受损, 避免造成严重的前臂缺血性痉挛。

肱骨髁上骨折整复并不复杂, 在整复过程中尽量达到解剖复位, 不要遗留残余移位, 否则就有可能形成肘内翻或肘外翻畸形, 影响患儿的正常发育及肘部功能, 导致严重后果。

(收稿: 1995—12—11)

髋部骨折斯氏针内固定术后游走移位 5 例

宋晓平 周 健*

新疆维吾尔自治区阿瓦提县医院 (843200)

例 1, 男, 56 岁。右股骨颈骨折 15 天, 术前皮牵 4 天, 位置尚好, 为外展型。在定点后局麻粗隆下 2cm 行闭合穿针 3 根, 床边 X 线摄片, 发现有 2 根针穿过关节面, 反复进退二次, 折弯针尾 30°于皮下, 6 个月扶拐下地, 2 个月后 2 根针退出皮外 3cm 左右, 即去医院拍片复查骨折愈合, 位置佳, 拔出外露 2 根针。

例 2, 男, 75 岁。左股骨粗隆间骨折, 术前皮牵引 1 周, 连续硬外麻醉后定点, 行闭合穿针, 床边拍片发现一根斯氏针不佳, 退针进行调整。术后 4 个月扶拐下地并短时间负重, 1 个月后反复出现左下腹及腰部疼

痛不适, 于 1977 年 7 月 4 日来门诊以“腰腹痛原因待查”住院, 经骨盆、腰骶 X 线摄片及硫酸钡灌肠检查, 骨折愈合位置尚好。但见 2 根斯氏针在骨折原位, 另 1 根针在左腹偏上, 在腰麻下剖腹探查取针 1 根, 另 2 根一并取出, 术后症状消失, 无任何并发症发生。

例 3, 男, 72 岁。右股骨颈骨折 6 天, 皮牵 5 天, 腰麻下行闭合穿斯氏针 3 根, 床边 X 线摄片发现 3 根针中, 有一钢针位置不佳即给拔除, 术后 12 个月扶拐下地, 短距离负重行走, 20 天后, 反复出现腹膜刺激症状, 右下腹疼痛不适, 门诊以慢性“阑尾炎”收住院,

* 西安市红十字会医院

经反复检查排除阑尾炎, 钡灌肠拍片“右股骨颈断端硬化骨不连”, 2 根骨圆针进入盆腔, 一个进 10cm, 一个完全进入 12.5cm, 在硬外麻醉下剖腹探查, 在右髂窝处, 取出 2 根斯氏针, 术后症状消失。

例 4, 女, 61 岁。右股骨颈骨折 24 天, 术前皮牵引 10 天, 在腰麻下闭合穿针内固定, 床边摄片示 3 根针位置良好。术后 5 天, 患者情绪烦躁、好动、不合作、常屈膝屈髋, 坐起、翻身、侧卧, 术后 20 天左右, 出现右下腹胀, 疼痛不适, 右臀部刺痛麻, 向下肢放射, 不能忍受, 甚至不敢大口呼吸, 更不敢咳嗽。拍片发现一钢针移位游离腹腔, 一根针通过关节面在骨盆后侧穿过臀肌, 另一根针穿过关节面 1cm, 在连续硬外麻醉下先剖腹探查取出腹腔中一根, 一针在臀后侧损伤坐骨神经, 探查取出, 另一针保留, 石膏外固定。定期检查, 随访, 术后症状消失。

例 5, 女, 19 岁。左股骨颈骨折, 伤后 17 天, 外展型。可负重行走稍跛行, 弱智, 牵引 2 天氯胺酮分离麻醉后闭合穿针, 床头拍片位置尚好。术后 2 天多动哭闹不合作, 适量用镇静药, 时间颠倒, 夜间哭、多动。术后 8 天自述左下腹难受, 表达不清, 给予对症处理,

效果不佳。连续 3 天症状反复出现, 第 4 日拆线时发现一斯氏针外露 1cm, 当即拍片示有一针过关节面 2cm, 还有一针过关节面 5cm, 外露的给予击入于皮下, 第 3 针给予在氯胺酮分离麻醉下剖腹探查术取出, 术后外固定 4 周, 症状消失。嘱家属定期拍片复查并随访探视。

原因分析: 髋部骨折斯氏针内固定术后, 钢针游走移位情况虽不多见, 但仍有出现, 不可忽视。我们认为内固定斯氏针移位原因与下面几种情况有关: 1、患者年龄大, 缺钙, 长期卧床易患骨质疏松; 2、进针角度与深度、斯氏针内固定呈三角形, 不能过深过浅、不超关节面为佳; 3、头颈部为松质骨, 反复穿针, 针孔扩大, 内固定针不牢固易松动; 4、不配合, 多动, 过早下地; 5、内固定后针尾过短, 小于 1cm, 位于皮下时, 针尾折弯的角度过小, 小于 $60^{\circ}\sim 70^{\circ}$; 6、患者患有弱智或精神性疾病及老年综合征者; 7、术后对患者出院后缺乏定期拍片复查和随访。

(收稿: 1995—12—11)

双股骨干对称应力骨折 1 例

吴运锋 时述山

北京军区总医院 (北京 100700)

××, 男, 19 岁。1994 年 12 月入伍后即投入正规新兵军事训练, 3 月 15 日开始练习走正步。2 周后训练时出现左大腿中下部疼痛, 站立、行走时加重, 休息后缓解, 未行任何处理, 并坚持每日的正步训练。在 4 月 6 日正步训练中, 当抬起右下肢, 左下肢负重站立时突然跌倒, 左大腿中下部剧痛, 不能活动, 急送我院。入院时查体: 左大腿中下段明显肿胀、压痛, 局部可触及骨擦感及异常活动; 右大腿无肿胀, 无明显压痛点。X 线片可见左股骨中下 1/3 处横断, 远端向前上方移位, 其后面可见明显骨膜反应, 长约 3cm, 厚约 0.4cm。右股骨干下段外侧明显骨膜反应, 长约 13cm, 其中以中下 1/3 处最为明显, 厚约 0.5cm, 其间有一横行骨质密度减低线。各种化验检查正常。即诊断为双股骨干中下 1/3 应力性骨折。左股骨行切开复位内固定术, 右股骨应力骨折未行特殊处理。三月后痊愈出院。

讨 论

应力性骨折是正常骨过度使用的结果。引起应力

骨折所需周期及载荷因作用力不同而异。正步训练引起股骨干应力骨折是由解剖因素及力学原理决定的。在正步训练时, 膝关节在伸屈过程中, 小腿及膝关节的动力装置组成一个力偶, 股骨头及髋关节的稳定装置组成一个力偶, 从而使力矩作用于股骨, 使其组成一个四点弯曲的应力结构, 相对而言, 股骨前外侧所承受的是张应力, 后内侧所承受的是压应力, 而骨折易发生于股骨的薄弱部位。在抬腿伸膝及伸膝位足向前着地时其应力集中于股骨的髌上部位, 而股骨中下 1/3 处为松质骨与密质骨交界处, 故易发生骨折。

应力骨折的诊断并不难, 但早期因症状轻易被忽视及漏诊。应力骨折的特点是不知不觉中出现局部疼痛, 随活动不断加重, 早期症状可能出于活动后继而在训练中发生疼痛, 并影响活动。体检可能有点状压痛、肿胀和骨折部局限性叩击痛, 但多数病人无明显体征。约 2/3 病例 X 线片最初为阴性, 其中半数会出现应力骨折征象, X 线片特点包括骨外膜新骨形成、骨内膜