

金钱草 30g, 炒当归 10g, 生薏仁 30g, 羚羊角粉 (分吞) 0.6g。服上药第 2 剂起右足第一跖趾关节红肿始消, 全身各关节减轻, 至第 7 剂时红肿尽退, 疼痛消失, 只余右第 4 跖趾关节走路时略有痛感。上方增全蝎 6g, 土茯苓 60g, 川草薢 45g, 炙军 10g; 减野百合, 羚羊角粉, 金钱草。续服 10 剂, 诸症缓解, 病情稳定。1995 年 10 月 4 日复查血尿酸 13.7mg/dl, 血沉 23mm/h, 抗“O”(-), 类风湿因子阴性, 证实痛风的诊断。

### 讨 论

痛风是嘌呤代谢紊乱所致疾病, 以血尿酸升高为生化指征。关节痛多首发于第一跖趾关节, 整个病程约有 90% 病人累及第一跖趾关节, 其次可累及踝、膝、指掌、腕等小关节, 极少累及肩、髋、脊椎等大关节。每次急性发作约 1 周后可自行缓解, 进入间歇期而无任何症状。发作时疼痛剧烈难忍, 不能行走, 伴红肿。临床根据关节炎发生的部位、性质、病程及血尿酸升高即可确诊。疑难病人可通过秋水仙碱诊断性治疗加以确诊。但本例病人 (1) 关节炎侵犯全身多处关节, 包括肩、颞颥关节; (2) 右足第一跖趾关节肿胀长达 9 月不退, 疼痛频繁发作, 几乎没有明显的间歇期; (3) 其间血尿酸二次检查均正常; (4) 秋水仙碱诊断性治疗阴性。这些表现均不符合痛风的诊断, 所以当地医院一直没有考虑痛风的可能性而误诊为类风湿性关节炎、风湿病。因为尿酸盐结晶可沉积在除肝、肺、脾及中枢神经系统以外的任何组织, 国外曾有文报道, 全身所有大小关节, 包括胸锁、肩锁、颞颥关节均可发生痛风<sup>[1]</sup>。

国内也有人报道痛风可侵犯全身几乎所有大小关节<sup>[2]</sup>。关节炎急性期血尿酸一、二次正常没有排除痛风的价值, 须反复多次复查, 尤其在间歇期复查血尿酸往往可以升高<sup>[3~6]</sup>。本例病人急性炎症缓解后第 3 次复查血尿酸高达 13.7mg/dl, 大大超过正常值 (7mg/dl) 证实了当初痛风的诊断。至于秋水仙碱诊断性治疗结论并非绝对可信, 因为秋水仙碱治疗痛风的有效率并非 100%<sup>[7]</sup>, 所以秋水仙碱诊断性治疗可出现假阴性。可见不典型痛风较难诊断, 而要避免误诊, 必须做到仔细分析、长期观察、综合考虑。西药对痛风有一定的疗效, 但副作用大, 病人难以接受。

### 参考文献

1. John HT, et al. Gout and uric acid metabolism. Key Biscayne, Florida. 1975; 120
2. 张生, 等. 痛风侵犯全身关节 1 例报告. 天津医药, 1995; 23 (7): 404
3. 毛志银, 等. 慢性多关节型痛风性关节炎. 中华骨科杂志, 1994; 14 (10): 617
4. 彭聚宝. 原发性痛风诊断线索与治疗. 新医学, 1990; 21 (2): 60
5. 金纪水. 痛风性关节炎 30 例分析. 浙江医学, 1994; 16 (1): 44
6. 程心培, 等. 原发性痛风 22 例临床分析. 中华内科杂志, 1981; 20 (1): 41
7. 孟昭亨, 等. 拉萨地区急性继发性痛风性关节炎 44 例报告. 中华内科杂志, 1981; 20 (1): 25

(收稿: 1995—12—28)

## 成骨不全症 2 例

倪增良 章 进 唐立峰

浙江省兰溪市第二医院 (321100)

成骨不全症是一种少见的家族遗传性骨疾病, 我院自 1989 年~1994 年收治 2 例, 2 例均为男性, 为表兄弟, 大的 12 岁, 骨折 5 次; 小的 9 岁, 骨折 4 次. 均为股骨干骨折。除骨折外, 2 人均有蓝色的巩膜, 头颅呈特殊的倒三角形, 发育较同龄儿差, 身材矮小, 两大腿并拢时呈“O”型, 智力发育正常。X 线表现为双侧股骨骨质疏松, 骨皮质薄, 骨干弯曲畸形, 骨质有囊性变。血生化检查: 血沉、血磷、血钙均正常, 血碱性磷酸酶略偏高。调查家族史, 三代中共有 9 人有多次骨折病史或伴有巩膜蓝色。

### 讨 论

成骨不全症又称脆骨症, 或遗传性脆骨三联症。是

一种全身结缔组织疾病。病变除骨骼外, 还可累及皮肤、筋膜、肌腱、韧带、动脉、巩膜等, 本病病因不清, 表现为骨胶原紊乱, 但都有明显的家族遗传史。

临床表现: 病人轻微的外伤即可骨折, 部位多在下肢, 以股骨最常见, 其次为肱骨、胫腓骨及尺桡骨, 病人多身材矮小, 长骨弯曲畸形, 多有腰痛。骨折后如固定时间稍长即发生废用性骨萎缩, 去固定后又易发生骨折。如为脆骨三联症者常合并有巩膜蓝色, 耳聋。蓝色的巩膜也不是每例都出现, 而耳聋多在 20 岁以后出现。患儿还有成齿不全、齿短、色泽混浊及龋齿, 皮肤萎缩、变薄, 关节囊、韧带松弛, 过度活动即脱位, 两

侧颞骨隆起、下颌骨突出，头面部呈倒三角形。智力发育不受影响。

实验室检查：血清钙、磷及碱性磷酸酶一般均正常。由于病人常处在慢性代谢亢进状态，T4 可以增高。X 线表现：多有骨质疏松，多系多次骨折固定所致，骨皮质变薄，呈毛玻璃状，骨质可呈囊性，骨化中心发育落后，干骺端呈喇叭状。颅骨呈倒三角形，椎体变扁呈

双凹畸形，严重者骨盆、脊柱均可发生畸形。

治疗：按骨折的治疗原则进行治疗，对畸形愈合的病人也可行手术矫正，国外有人建议用能延长的髓内针固定以避免多次骨折及所需的多次治疗。我们收治的两例病人均经牵引、夹板及石膏裤固定而治愈。

(收稿：1995—12—11)

## 开放性单纯性距骨脱出 1 例

吕武 丁毅 何晓兵

贵州省六盘水市人民医院 (553001)

××，女，17 岁。1995 年 8 月 10 日在山上割草时，不慎失足，致左足极度内旋及前足内收后从 20m 山上滚下。滚动停止后，感左踝关节剧痛。左外踝前下方皮肤撕裂，距骨基本游离外露。15 小时后抬入我院，院前未作何治疗。入院时查：左踝关节极度肿胀畸形。外踝前下方皮肤不规则破裂，裂口长 12cm。距骨向外侧完全脱出，仅有少许挫伤的距跟韧带与关节相连接。距骨关节软骨面被泥沙挫伤，污染严重，关节腔及创面被大量泥草污染。入院后用肥皂水冲洗周围皮肤后，用 1/1000 的新洁尔灭液反复清洗关节腔及脱出距骨，并将失活组织清除。然后用碘伏将关节腔及脱出距骨浸泡 5 分钟后，距骨复位关闭伤口。术后常规抗感染治疗。3 天后病人持续高热，伤口有分泌物流出，立即将伤口拆开引流，分泌物送细菌培养。然后根据细菌培养结果选用抗生素，在全身用药的同时行抗菌素液关节腔持续冲洗引流，但感染仍不能控制。换药中发现距骨逐渐变黑坏死，摄片证实后于清创术后 46 天再次手术摘除坏死距骨，术后伤口逐渐愈合，半年后行距跟关节融合术出院。

### 讨 论

由于距骨本身无肌肉及肌腱附着，仅由滑膜和关节囊与邻近组织相连。血液供应主要来自距骨颈前外侧进入的足背动脉关节支，其次为距距关节和距跟骨间韧带的少量血供。因此距骨完全脱出后，距骨血供基

本完全中断，缺血污染的距骨即使充分清创、完全复位，坏死感染的可能性也极大。脱出距骨和创口污染的程度视周围环境而定。本病例因山上环境复杂，且多次反复滚动污染，距骨软骨面基本破坏。关节囊内亦大量泥砂和碎草瘀积，污染严重。虽经反复清创也未能达到彻底。加之距骨血供中断，药物很难达到其软骨面，因而距骨的感染也就不可避免。感染游离的距骨反之为感染异物，使创面经久不愈，感染不能控制。

开放性单纯距骨脱出，治疗的关键在于早期彻底清创，避免感染发生。脱出距骨是否复位，应视其污染和软骨面损伤程度而定。软骨面基本无损伤，污染较轻者，可考虑复位。复位时应避免过多地剥离软组织附着点。复位后的距骨由于血供破坏，坏死的可能性极大。因此应一期作距距关节融合术，目的在于改善距骨血供，促进距骨血管再生。对于污染较重，距骨软骨面损伤重者，清创实际已不可能彻底，加上血循环障碍，距骨的感染坏死已不可避免。因而认为应将脱出污染、损伤的距骨切除，伤口清创一期缝合或抗菌素液持续关节腔冲洗，待伤口愈合后二期行距跟关节融合术。本病例由于清创后勉强将脱出污染严重的距骨复位，脱出距骨虽经反复冲洗、碘伏浸泡，但因其病变特点，最终还是导致整个踝穴感染，距骨坏死也说明了这一点。

(收稿：1996—07—19)

## 欢迎订阅 1999 年《中国全科医学》杂志

《中国全科医学》杂志是经国家科委批准、由中华人民共和国卫生部主管的国内第一家公开出版发行的国家级全科医学学术性刊物。

《中国全科医学》杂志为双月刊，大 16 开，80 页，邮发代号 18—33，每期定价 6.80 元，全年 40.80 元。欢迎广大读者到邮局订阅，亦可直接汇款到中国全科医学杂志社发行部进行邮购。地址：河北省邯郸市丛台路甲 42 号；邮编：056029；电话（传真）：0310—3016191。