

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。