

距远关节脱位

马德华 张明 **刘光银** 邵长胜

(淄博市博山区中医院, 山东 淄博 255200)

距远关节脱位,是指距跟、距舟关节及跗骨部都从距骨处移位,是足踝部的严重损伤,在临床上比较少见。自 1985 年~1997 年,笔者先后收治 5 例,现报告如下:

1 临床资料

本组 5 例均为男性。年龄 26~50 岁。右足 3 例,左足 2 例。均为内侧移位,其中 2 例合并距骨撕脱性骨折。坠落伤 4 例,扭伤 1 例。

2 治疗方法

患者取仰卧位,在止痛下行足跖屈拔伸牵引数分钟。术者在四指用力向外拉,拇指向内侧推压的同时,将患足外展并旋前即可使之复位。复位时常可扪及或感到关节复位的入臼声。用硬纸板石膏托固定于踝关节中立位,且稍外翻位。4 周后解除固定,以中药“姜黄汤”烫洗逐渐进行功能锻炼。

3 治疗结果

本组 5 例均进行了随访,随访时间最长 5 年,最短 2 年。3 例行行走正常,无疼痛,X 线片示:距骨骨质无破坏,胫距关节正常;1 例长时间行走后有轻微疼痛;1 例阴雨天酸胀、疼痛,不能行走远路,X 线片示:距跟关节密度增高,关节间隙变窄,但无距骨坏死。

4 讨论

本病命名至今国内尚不一致。黄家骊:“对距骨仍留在踝穴内,称为距骨周围脱位。有称为距下关节脱位者,但不能表

明距骨与舟骨的关系,故不确切^[1]。本文作者根据正常人体解剖学方法“为表示四肢的空间关系,凡距离肢体较近者称近侧 proximalis,远者称为远侧 distalis^[2]”。所以,对本病采用“距远关节脱位”来命名。因为跟骨与舟骨均在距骨的远侧与距骨构成关节。所以这样命名既说明了上述两关节的脱位又不涉及胫距关节的正常。作者认为此命名比较科学。

距远关节脱位从解剖学的特点来看,踝关节外侧韧带较内侧三角韧带为弱,加上内踝较外踝为短,足易呈内翻位损伤。临床上距远关节脱位以内侧较外侧脱位多见。

本文报告 5 例患者其手法复位后,应考虑两个方面的问题,即足部的功能和距骨缺血坏死。伤后如能及时复位,加之后期合理的功能锻炼,其功能一般可恢复正常或接近正常。对于坏死的问题,脱位后虽然距骨血液供给受到损害,由于胫距关节正常,踝关节前关节囊进入距骨体的血管及踝内侧关节面下方的血管仍可保持完整,只要能及时复位,解除压迫因素,一般距骨不会发生缺血坏死。

参考文献

- [1] 吴阶平等主编. 黄家骊外科学. 第四版. 北京:人民卫生出版社, 1986. 12.
- [2] 中国医科大学主编. 人体解剖学. 北京:人民卫生出版社, 1979. 2: 5.

(编辑:李为农)

对跟骨骨刺及骨质增生的见解

赵幼麟¹ 张志明² 王勇³

(1. 偃师市人民医院, 河南 偃师 471900; 2. 泽州县李寨医院, 山西 泽州; 3. 洛阳市风湿门诊部, 河南 洛阳)

什么是骨刺,什么是骨质增生?二者都是发生在骨表面上肌肉、韧带、关节囊的附着点的一些退行性病变。以跟骨骨刺为例,它是发生在跟骨跖面的骨嵴;侧面 X 线片上显示为骨刺。它是屈趾短肌的起点;它被屈趾短肌肌腱包裹。它不是跟痛的病因。在其下面附着的跖筋膜劳损,才是跟痛症的原因。它是可以用保守疗法治愈的。有时它也会自行消散。那是由于在劳损过程中小筋膜纤维断裂自行愈合的结果。我们有很多病例说明跟骨骨刺不是跟痛症的原因;例如,有的跟痛症病人的跟骨跖面无“骨刺”,也有的病例有骨刺也有跟痛,但经保守疗法治愈后,骨刺仍在,但跟痛消失。有跟骨刺被切除后十年的失败结果,说明骨刺并非其病因^[1]。把治疗重点集中于跖筋膜,就得到满意的效果^[2,3,4]。

骨质增生是骨性关节炎必有的病变;它包括发生在关节边

缘的骨刺,也包括发生在关节面的片状,蘑菇样增生。这些变化在作关节置换时都可清楚的看到。骨质增生也可发生在脊椎。除非由于有压迫神经症状,进行手术切除,它不会消失。内服或外用药物都不会对它有任何影响。骨质增生大多不引起症状。我们调查过很多老年太极拳爱好者。脊柱上有很多骨质增生,但无腰腿痛。这说明由于经常锻炼,与高低不平的骨表面相接触的神经根适应了它的周围条件。在极少见的情况下,广泛的骨质增生,还可引起吞咽困难而进行手术治疗^[5]。

参考文献

- [1] Vohra PK, et al. Long-term follow-up of heel spur surgery. A 10-year retrospective study. J Am Podiatr Med Assoc. 199 Feb;89(2): 81-8.
- [2] Brown IN et al. Plantar fascia release through a transverse planta incision. Foot Ankle Int. 1999 Jun;20(6):364-7.

儿童肱骨外髁骨折不愈合治疗探讨

仝允辉 张永红 李文霞 李冠军

(洛阳正骨医院,河南 洛阳 471002)

儿童肱骨外髁骨折不愈合可继发肘外翻、尺神经炎、肘关节不稳等并发症。对其治疗尚有不同意见,笔者报道 13 例治疗经验与体会。

1 临床资料

本组 13 例中男 8 例,女 5 例;年龄 7~11 岁;右侧 9 例,左侧 4 例。受伤至手术时间,1 年以上 6 例,3 年以上 3 例,5 年以上 4 例。在 13 例肱骨外髁骨折不愈合中,术前肘关节活动基本正常,肘外翻 15°~30° 8 例;肘外翻 30°~55° 5 例。合并尺神经炎 5 例。

一次手术 9 例,两次手术 4 例。手术方式:(1)切开复位克氏针内固定 6 例;(2)功能位植骨 3 例;(3)肱骨髁上截骨、尺神经前移,一期功能位植骨 4 例。

2 结果

随访时间 6~36 个月,平均 28 个月。肱骨外髁骨折愈合 12 例,不愈合 1 例。愈合时间 6~12 周,平均 9 周。复查时肘关节活动基本恢复至术前水平。尺神经前移的 4 例,萎缩的手内在肌较术前丰满,环小指爪形指畸形或麻木感消失。

3 讨论

儿童肱骨外髁骨折不愈合的原因,主要是由于治疗不当所致。翻转移位型骨折不愈合的机理不言而喻,而大部分不愈合的肱骨外髁骨折则是由于复位不充分,治疗固定方法不当或固定时间过短所致。本组中有 9 例受伤时年龄在 4 岁以下,骨折移位不明显,采用石膏或小夹板固定,时间不足 4 周即开始活动的。此类骨折的发生,在相当大程度上是由于外伤时前臂伸肌急剧收缩,将其附着部的骨质牵拉折裂造成,在骨折端没有可靠固定的情况下,前臂伸肌张力的持续存在及变化,可使折块继发移位,而这种移位的隐渐发生,往往被医生所忽视。再者儿童肱骨外髁骨折属骨骺损伤,受伤时年龄越小,软骨性骨折占的成份越大,软骨骨折愈合需要的时间,较之骨与骨之间的愈合要长得多^[1],治疗不当则可能发生不愈合。本组中 4 例肘外翻在 45° 以上的病例,都是伤时年龄在 4 岁以下,骨折均仅为轻度移位。就全组病例来看原始移位轻的骨折的不愈合反而比有严重移位的多见。这可能是因为严重移位骨折多及时采取了手术内固定的缘故。从另一方面也说明肱骨外髁骨折充分复位,可靠固定在治疗中有着不可忽视的作用。

肱骨外髁骨折不愈合病例,大部分肘关节功能障碍并不明显,可能是不愈合的折块在长期的活动中逐渐适应的结果。

促使病人再次就诊的原因大部分是因为肘外翻畸形渐见加重、尺神经炎、肘关节不稳定等。分析此类并发症的原因:(1)肱骨外髁骨折不愈合可导致骺板生长迟缓或停止。同时还存在骨折块的吸收,向上向前外移位,这样在内侧骺板正常生长的情况下,可出现肘外翻并渐见加重。(2)尺神经炎是一个迟发的较为重要的并发症,往往伴随肘外翻的加重而出现,严重的肘外翻尺神经沟基本位于畸形的顶部,在肘关节活动时尺神经反复受到牵拉,激惹,在其周围可形成粘连、压迫;肘部畸形严重时尺侧腕屈肌二头之间的带状组织对尺神经的卡压,也是出现尺神经损伤症状的重要原因^[1]。因此一旦出现尺神经炎症状,尺神经应充分松解并前移。(3)肱骨外髁骨折往往延伸至滑车的相当多部分,由于骨折块生长迟缓及部分吸收,向外、前、上移位,可致肘关节向桡侧半脱位,形成肘关节不稳定,本组有 6 例肘关节不稳定,此类病人日后还可引发肘关节的退行性变^[2]。

治疗儿童肱骨外髁骨折不愈合的目的,在于预防及治疗其并发症,因此诊断一旦明确,应积极进行手术处理。骨折不愈合病例,由于骨折面的长时间重塑,解剖复位已失去最佳时机,在不可能获得解剖复位时,应采用功能复位。手术方法依具体情况选择。笔者认为:对肘外翻畸形 30° 以内者,可酌情采用切开复位克氏针内固定或植骨内固定,力求肘关节外形及 X 线解剖均接近正常。手术时,要妥善保护骨折远端附着的软组织,以保留血供,要切除折端的瘢痕组织并刮出新鲜折面,植骨与否都应尽可能使外髁关节面与滑车关节面相对合,并将折块固定于肘关节伸屈活动幅度最大的位置。要充分认识到折块的稳定是手术成功的重要因素。对肘外翻 30° 以上伴有尺神经炎者,可考虑采用一期肱骨髁上楔形截骨、尺神经前移,一期功能位外髁干骺端植骨内固定,后者不进入关节,切除折端的纤维化组织并植骨,可避免对骺板的再次损伤,有利于骨折愈合及关节功能的恢复。再者对于肘外翻超过 45° 的病例,截骨前应向病人及家属讲明,手术可改善肘部外形,但 X 线片的影像表现可能不满意,以避免不应有的纠纷发生。

参考文献

- [1] 柳用墨,李海平,孙材江,等编译. 儿童骨骼损伤. 北京:人民卫生出版社,1992. 201-206.
- [2] 张荣英,张建立,朱振华,等. 儿童陈旧性肱骨外髁骨折的手术治疗. 中华骨科杂志,1998,18(7):444.

(编辑:房世源)

[3] Barrett SI et al. Plantar fasciitis and other causes of heel pain. AM Fam Physician 1999 Apr 15;59(8):2200-6.

[4] Tisdell CL, et al. Diagnosing and treating plantar fasciitis: a conservative approach to plantar heel pain. Cleve Clin J Med. 1999 Apr;66

(4):231-5.

[5] Willing S. et al. Thoacic osteophyte producing dysphagia in a case of diffuse idiopathic skeletal hypertrophy. AM J. Gastroenterol. 1983 Jun 78(6):381-3. (编辑:李为农)