

撑地，扭伤右足，肿痛、畸形、活动困难，2 小时后于 1994 年 5 月 23 日来诊。X 片示右足（2~5）跖骨头完全骨折，并向外侧跖侧分离错位，于近端重叠，并跖趾关节脱位。查：右足背高度肿胀、瘀血、畸形，足背动脉搏动正常，足趾不能屈伸。当即在股神经、坐骨神经阻滞麻醉下，将患趾全部视为一整体，术者用手指握住，助手固定踝部，行过伸对抗牵引 1~2 分钟，逐渐跖屈，做轻度摇摆屈伸活动，而后用纱布条套住各患趾，在对抗牵引下利用分骨手法夹挤骨间隙，依次将跖骨头向内侧推挤，以矫正残余移位。手法完成后，立即床边摄 X 片，一次复位成功，给予石膏管型外固定。

讨论：多发性跖骨头骨折并跖趾关节脱位临床少见。为一种屈曲、旋转、外翻复杂暴力所致。从 X 线片分析，骨折移位方向、断端重叠程度都是一致的，表明骨折每个断端受力基本是均匀的，所以复位时牵引力必须充分地施加于每个骨折断端。骨折后由于局部高度持续肿胀，常常造成复位困难，必须早期完成复位固定过程，以免手术。

（收稿：1994-10-26）

右脚内踝部神经鞘瘤误诊一例

四川省绵阳市中医院（621000）

申永刚

李××，男，36 岁，农民。于 1993 年 8 月 3 日到我院门诊就医。主诉：右脚内踝部包块，渐进性长大 8 年，疼痛，麻木 5 天。检查：右脚内踝下方有一包块，大小约 2×1.5cm，有压痛、囊性感、表面光滑、略移动。诊断：右脚内踝部腱鞘囊肿。

于门诊在 1% 普鲁卡因局麻下行囊肿切除术。术中
发现：囊肿位于胫后神经分枝上，大小约 2×2cm，呈暗红色，囊壁肿胀、肥厚，包块内抽出暗红色血性液体。将包块从神经上顺利剥离，送病检（病检号 932906）。病理诊断为（右脚）神经鞘瘤伴出血囊性变。

讨论：此例将右脚内踝部神经鞘瘤伴出血囊性变误诊为腱鞘囊肿，我们体会到此类病变若病员自述有麻木感，经检查包块远近端神经分布区有麻木现象时，术前就要考虑到神经鞘瘤之可能；若诊断欠明确，最好让病员住院诊治。

（收稿：1994-10-26）

中西医结合治疗脂肪栓塞 综合症一例

湖南省长沙市中医院（410002）

刘定安

笔者采用中西医结合的方法成功地抢救 1 例脂肪栓塞病人，现报道如下。

何××，女，33 岁，农民。住院号 29550，X 光号 177，CT 号 9532。患者被汽车撞伤致双小腿胫腓骨骨折 23 小时，伴昏迷 5 小时，于 1991 年 10 月 12 日转来我院。体检：呈昏睡状，压眶反射（+），双侧瞳孔等大等圆，对光反射迟钝，眼睑无瘀斑，鼻腔及外耳道未见血迹和脑脊液漏；心率 136 次/分，节律齐，心音可；双肺呼吸音清晰，无干、湿性啰音。双小腿行长腿石膏固定，肿胀明显，伤口敷料有少量血迹，足背动脉搏动可。双上肢呈屈肘内收位，肌张力增强。霍夫曼氏征（+），巴氏征（+），踝阵挛（+）。

入院后第 2 天（伤后 39 小时），双眼睑、胸部部可见散在性出血点。眼底检查：屈光间质清晰，视乳头色淡红，边界清楚，生理凹陷存在，视网膜普遍反光增强，血管色泽正常，A：V=2：3，黄斑部红晕消失，亮点不显。CT 扫描：脑室、脑池、脑沟及蛛网膜下腔均正常。心电图示窦性心动过速。全胸片报告：肺野清晰、无暴风雪絮状阴影。血红蛋白由入院时的 $K_{pa}12.5$ 急剧下降至 5.20。血沉上升至 $130mm^3/h$ ；血、尿未发现脂肪球。

治疗措施：1. 常规治疗：①大剂量的抗生素、激素、抑肽酶静脉滴注。②低分子右旋糖酐。③20%甘露醇。④补充白蛋白及能量合剂。2. 中医药治疗：安宫牛黄丸 1~2 粒/日，清营汤 1 剂/日，从鼻饲管给药。

10 月 22 日病人清醒，仍呈朦胧状态，呼喊能睁眼，有吞咽反射。10 月 30 日病人神志完全清楚，能正确回答问题。在 12 月 9 日和 1992 年 1 月 13 日在硬膜外麻醉下行双胫腓骨骨折开放复位内固定术，于 1992 年 5 月 16 日痊愈出院。连续 2 年追访，已完全康复。

体会：临床上凡是不能用颅脑外伤解释的脑功能障碍，首先应考虑为脂肪栓塞。特别是对多发性下肢长管状骨骨折，可以采用一些预防性治疗。

祖国医学认为：“肢体损伤于外，则气血伤于内，营卫有所不贯，脏腑由之不和”。指出局部皮肉，筋骨组织损害，每能导致脏腑、经络、气血等的功能失调，而一系列症状随之发生。临床所表现的高热、神昏、抽搐、

皮下出血点等等,按照辨证施治的原则,投以安宫牛黄丸及清营汤水煎后交替从鼻饲管给药,取安宫牛黄丸芳香开窍,清解心包热毒,开泄痰浊闭阻;清营汤清营养阴,活血相伍,清营透热,活血消痰,二者合用以达“清营泄热,豁痰,清心开窍”之功。从而取得了较好的效果,追访 2 年,患者已恢复正常。

参考资料

1. 王亦聪等,骨与关节损伤. 第二版. 北京,人民卫生出版社 1990; 246 页
2. 吴之康,天津医药骨科附刊, 1978 (2) 9
3. 昆明医学院第一附属医院骨科. 中华外科杂志. 1979; 17 (1): 30
4. 孟澍江主编,温病学: 第 1 版,上海,上海科学技术出版社. 1985; 16~32

(收稿: 1994-10-26)

暴力手法治疗致股骨颈骨折二例

广东罗定市人民医院 (527200)

梁庆芝

例 1, 女, 30 岁, 1993 年 5 月因腰腿痛在某医院行

推拿按摩治疗,用强力行左髋关节“4”字按压时突然发生骨折断裂声,患者当即剧痛难忍,伤肢不能伸直下地行走,按扭伤治疗一个月不见好转,来院门诊照 X 线片发现左股骨颈陈旧性骨折(经颈型)而收住院,行闭合复位加压螺丝钉内固定手术,3 个月复查骨折愈合,伤肢功能正常。

例 2, 男, 73 岁, 今年 3 月初因跌伤左髋部疼痛住院, X 线检查无骨折脱位,卧床休息 1 周疼痛减轻,活动良好出院。后找社会游医诊治,谓有“左髋关节脱位”,给予暴力手法复位,在复位过程中突然听到骨折断裂声,患者当即剧痛出冷汗,患肢不能活动,送某医院照片诊断为左股骨颈骨折,给予牵引治疗 2 个月无好转再次转入我院,照 X 线片示左股骨颈陈旧性骨折(头下型),股骨颈骨质已部分吸收,股骨头已坏死,行人工股骨头置换,现正在恢复中。

讨论: 1. 对骨关节损伤或疾患应用推拿按摩手法治疗时应掌握治疗手法的要领,动作要轻柔,切忌盲目使用暴力造成不应有的痛苦和创伤。

2. 在诊断不明确时切忌作一些不必要的手法治疗以免造成新的创伤。 (收稿 1994-09-01)

有机玻璃小夹板固定治疗外伤性锤状指和指骨骨折

首都医科大学宣武医院 (100053) 余德泳

我院自 1983 年 5 月开始,用有机玻璃小夹板固定,治疗外伤性锤状指 46 例,指骨骨折 57 例,收到较好的疗效,今报告如下。

临床资料: 外伤性锤状指 46 例中,年龄 16~63 岁,外伤时间在 2 周之内,单纯伸指肌腱断裂 35 例,合并末节撕脱骨折 11 例。闭合性指骨骨折 57 例中,年龄 20~68 岁,无移位骨折 20 例,有移位骨折经手法解剖复位后用有机玻璃小夹板固定 37 例。

治疗方法: 依据手指需固定的长度,选用相应的有机玻璃小夹板,在酒精灯下烘烤,软化后塑形,锤状指固定于近侧指间关节屈曲 90°、远侧指间关节过伸位,先用胶布条固定三道,再用绷带包扎固定。指骨骨折固定于功能位。

固定注意事项: (1) 观察指端血运; (2) 定期复诊固定,有否松动。

治疗结果: 外伤性锤状指 46 例中,治愈(伸指肌

力达 5 级,末节主动屈伸正常) 39 例,治愈率 84.8%; 好转(畸形减小,肿胀消退,无疼痛,主动伸指肌力 3~4 级) 3 例; 无效(畸形无改善,疼痛,肿胀不消退) 4 例,改用手术治疗。

指骨骨折 57 例,均治愈(X 线照片示骨折线消失,手指功能恢复正常),治愈率 100%。

讨论: 我院选用有机玻璃小夹板固定治疗外伤性锤状指和指骨骨折,疗效较好,经对患者随访 2~10 年,无并发症和复发病例。我们体会有机玻璃小夹板固定有以下优点: (1) 有机玻璃小夹板可依照其需要截取适度大小和软化塑形,塑形后硬化,坚固不变形,利于固定; (2) 有机玻璃对 X 线通透好,骨折固定后,在 X 线透视下或照片上,可清晰地显示骨折的位置,复位及愈合的情况,这点是金属夹板、石膏夹板所达不到的; (3) 有机玻璃小夹板取材方便,制备简易,价格不贵,病人容易接受。 (收稿 1995-03-06)