

例中, 5 例为优良, 1 例粉碎性骨折, 部位为臼顶和偏白中央, 骨折碎块多, 难以整复和有效固定, 仅用肠线捆绑, 故对位不佳, 固定不牢, 术后发生创伤性关节炎。现在认识到该病例应以切除骨片, 取髂骨植入为佳。

5. 关节早期锻炼问题: 无论非手术或手术均应用股骨髁上牵引。我们通过本组病例体会到虽然早期锻炼通过头白包容适应和模造利于髌臼良好对位, 但是上述处理手段都是非坚强内固定, 加之髌臼构造的特殊性, 过早锻炼可使复位的髌臼再次移位, 失去手术意义。故我们把早期锻炼的时间选在 4 周为界, 这时已有软骨痂, 髌臼骨片相对稳定。

参考文献

1. Judet R · Judet J Letournel E Fractures of the acetabulum; classification and Surgical approaches for open reduction. J Bone Joint Surg (Am) 1964; 46: 1615.
2. 张伯勋, 等. 髌臼骨折. 中华骨科杂志 1991; 11 (4): 246.
3. 姚伦龙, 等. 髌臼骨折 85 例分析. 骨与关节损伤杂志 1994; 9 (1): 19.
4. Mayo KA. Fractures of the acetabulum Ortop Clin Norte Am 1987; 18: 43.

(收稿: 1996-04-24; 修回: 1996-09-16)

月骨脱位及月骨周围脱位 15 例

江苏省赣榆县人民医院 (222100) 杜敦进

我院 1988 年 2 月~1994 年 8 月共收治腕月骨脱位及月骨周围脱位 15 例, 现就其诊断治疗分析讨论如下。

临床资料

本组 15 例中男 13 例, 女 2 例; 年龄 16~54 岁; 跌伤 11 例, 车祸 3 例, 机器挤伤 1 例; 伤后至确诊时间 4 小时~30 天; 新鲜脱位 13 例, 陈旧脱位 2 例; 月骨脱位 4 例, 月骨周围脱位 1 例, 经舟骨月骨周围脱位 10 例; 合并伤包括三角骨骨折 5 例、尺桡骨茎突骨折 3 例、股骨骨折 1 例、脑挫伤 1 例、四肢软组织伤 2 例, 15 例中误诊 3 例, 漏诊 2 例, 均为闭合脱位。

治疗方法

13 例新鲜脱位均在臂丛麻醉下手法复位。对月骨脱位, 术者一手背屈腕同时牵引腕部, 另一手拇指压迫脱位之月骨将其复位。对月骨周围脱位和经舟骨月骨周围脱位, 一术者牵引腕部, 另一术者由腕背推压脱位之腕骨使其复位。复位后用石膏托在腕中位或微屈腕位固定 3~4 周, 必要时固定 8 周。2 例陈旧性脱位, 一例取腕部掌侧正中弧形切口行切开复位, 另一例因切开复位困难而予月骨摘除。

治疗结果

本组 15 例中, 失访 1 例, 14 例随访 6 月~4 年。按满意, 基本满意, 不满意评定疗效。满意 (腕关节功能接近正常) 11 例; 基本满意 (腕关节不痛或仅有轻度不适, 有轻微功能障碍) 3 例; 不满意 (腕关节疼痛, 功能明显受限) 0 例。

讨 论

1. 临床表现: 损伤的腕关节局部肿胀, 关节前后径

增粗, 腕部广泛压痛, 以月骨及舟状骨处压痛明显, 腕关节活动受限, 月骨向掌侧脱出后, 可压迫屈指肌腱和正中神经, 而致手指不能完全伸直和桡侧三个手指感觉障碍。

2. X 线诊断要点: 正常情况下, 在腕关节的后前位片上, 有三个圆滑的腕骨弧可划分正常的腕间关节, 弧 1 为顺着舟状骨、月骨、三角骨的近侧关节面的一条凸出曲线, 弧 2 为沿此三个骨的远侧关节凹面的一条曲线, 弧 3 代表头状骨与钩状骨近侧关节面的一条曲线。正常腕间关节的平行关节面间距离为 1~2mm。侧位片月骨呈新月形, 居于桡骨远端关节窝与头状骨凸状关节面之间, 恰似杵臼关节互相嵌合, 桡、月、头状骨基本在同一轴线。当月骨脱位时该轴线不再通过月骨而通过头状骨。当月骨周围脱位时, 该轴线不再通过头状骨而通过月骨, 头状骨移向月骨的掌侧或背侧。其次, 腕骨弧表现不完整或者不圆滑, 腕关节间隙异常, 有的表现关节重叠、间隙消失。有的表现关节间隙变宽 (terry thomas 征阳性)。

3. 预防误漏诊: (1) 要掌握正常 X 线解剖和异常 X 线征象, 以避免阅片时对存在的腕骨脱位视而不见。本组 1 例在外院诊治, 摄片后未能发现, 而致误诊为腕部扭伤达 1 个月。(2) 要防止只看表浅伤, 不注意深部的骨折及脱位, 对腕部损伤者, 应常规摄片检查, 本组 2 例因漏拍 X 线片, 而致误诊为腕部扭伤。(3) 对多发性损伤应重视采集病史, 全面检查。本组 2 例合并伤, 因只注意一处伤和明显伤而致漏诊。

4. 治疗体会: 强调应早期诊断及治疗, 早期复位

容易成功,功能恢复好;晚期复位困难,即使手术切开,也不易复位,虽可将脱位的腕骨切除,这将给腕关节功能的恢复带来影响。在行手法复位时,应根据不同的脱位类型,按腕骨脱位途径的相反方向进行复位。其关键是恢复正常的头月关节,复位后用石膏固定腕关节于

稳定的位置,以防再脱位,可定期更换石膏至腕功能位固定。拆除石膏后行理疗、中药薰蒸及体育锻炼以恢复腕部功能。

(收稿:1995-07-21;修回:1996-04-04)

髌部慢性骨髓炎伴窦道形成的诊治

浙江省上虞市中医院 (312300) 陈建良

我院从 1994 年 10 月~1995 年 1 月治疗髌部慢性骨髓炎伴窦道形成 3 例,获得治愈,现报道如下。

临床资料

本组 3 例均为男性,年龄 40~48 岁,首次发病在 9~12 岁,2 例曾接受手术治疗。均留有髌关节屈曲强直畸形,有反复发作的窦道流脓,时发时愈,瘻管口有 2~4 个,X 线示双死腔及内有死骨,患侧骨盆发育不良。

治疗方法

1. 术前准备:(1) 静滴抗生素 3 天;(2) 窦道内抗生素冲洗,取 2mm 直径硅胶软管插入窦道,直至不能进入为止,用 500ml 生理盐水内含 8 万 u 庆大霉素冲洗,每日 1 次,将窦道内脓液异物冲洗干净;(3) 术前 1 天窦道内滴入美蓝,以便术中定位。

2. 手术方法:持续硬麻下,采用改良 Smith~Petersen 髌关节前外侧切口,使死腔刚好位于切口两侧,常规切除创口内炎性、机化、坏死组织,直到骨组织。暴露骨死腔口,即窦道口。高压逆行冲洗窦道,标记窦道口。用钻头在合适部位描写骨皮质开窗范围,用骨刀切除,移除所有死骨、脓性物质、疤痕和坏死组织。同法清除第二个骨死腔。清除窦道内各种坏死组织,梭形切除窦道外口皮缘,全层缝合。待管窦道清洁后,同法全层缝合。冲洗干净,再次铺巾,视野内电凝止血。用斯氏针扩大残腔间通道,使其成为 0.6~0.8cm 左右圆形管道。放置自制简易双腔引流管(用粗细各为 3mm、6mm 硅胶管制成)低位穿出于股骨外侧皮肤。再设置双腔滴入管,制法同引流管。延长切口直至髌前上棘约 18cm 左右,游离缝匠肌、股直肌,并于切口水平处离断肌肉,分别置于外内两个残腔内并用丝线固定肌瓣。置庆大霉素 16 万 u 于创口内,全层缝合,术毕。

本术中冲洗均用庆大霉素生理盐水(8 万 u; 1000ml)。

3. 术后处理:(1) 抗生素持续静滴抗炎;(2) 用庆大霉素生理盐水持续冲洗,每日约 4000ml,间隔 2 小时快速滴注半分钟。维持 2 周,待体温正常,液体清亮无脓性浑浊异物,先关闭滴入液管,1~2 天后见引流管内无异物等出现即拔除滴入管,2 天后拔除引流管;(3) 中药补气血、清热解毒治则,托里透脓汤主之。

治疗结果

经本手术治疗 3 例均一期愈合,随访 6 个月以上未见复发。

讨 论

自制简易双腔引流管在本组应用中显出以下优点:(1) 减少了引流装置,一套引流装置具有两套作用,给护理观察带来方便;(2) 慢性骨髓炎窦道经久不愈,全身营养情况较差,该装置减少了皮肤引流孔,使感染机会减少,对术后创口愈合有利。

通常所谓抗生素窦道冲洗,常常是灌洗,甚至仅为窦道口的冲洗,对于深部冲洗则束手无策,脓液的冲洗则更难,本组采用高压术前置管抗生素盐水冲洗,该法优点为:(1) 术前窦道准备充分干净;(2) 使术中窦道清除方便;(3) 术后感染减少,切口愈合快。

本组病例均有多个窦道口和双死腔,给窦道造影诊断和清除窦道带来困难。常规造影常使窦道显示不清,交叉紊乱。笔者采用窦道软管造影诊断,在窦道内置细软管,固定后,再注入造影剂,直至造影剂溢出窦道口,使窦道走向充分显影,使窦道和空腔对应关系分清,窦道管腔显示清楚,为术前冲洗和术中窦道清除提供实现基础。

(收稿:1995-07-21)