

关节内，平片不易看准确，CT 则很清晰，弥补了 Letournel 分类方法的不足。对股骨头骨折也显示得更清楚，且对股骨头缺血性坏死也有早期发现的的意义。本组一些病例在 X 线平片上未能明确碎骨块的准确位置，做 CT 后发现较大骨块在髋臼内，影响股骨头的包容和关节面紊乱，如果保守治疗难于复位和稳定，及时手术治疗，获得较满意的效果。

3. 髋臼骨折的治疗：髋臼骨折的治疗方法较多，手术与否争议不一。基本原则是保全病人的生命安全的前提下，根据每个病人的具体条件来决定手术或其他治疗方案，力求恢复良好的臼面关系，能够早期活动，减少创伤性关节炎、股骨头缺血性坏死，不能过于强调某一种治疗方法。以往多主张保守治疗，也收到较好的效果。但由于骨折损伤的严重性和复杂性增加，就诊设备条件改善和医疗技术水平的提高，手术的病例有所增加。尤其是对复杂性骨折，多主张手术治疗，可以较好地碎骨块恢复臼的结构，减少关节面的不平整，利于早期活动锻炼，磨造关节，恢复功能，减少疼痛和晚期并发症。我们认为：(1) 复杂型髋臼骨折，累及髋臼面积三分之一以上；(2) 骨折块移位超过 3mm；(3) CT 检查骨折块嵌入关节内；(4) 合并有坐骨神经损伤；(5) 青壮年患者，经早期牵引复位无改善的，均应在全身情况允许的条件下尽早行骨折切开复位内固定。我们认为手术时机在 1 周内进行为宜，超过 2 周后骨折复位较困难。尤其青壮年，成骨能力强，愈合快，早期恢复关节面相对的完整性和稳定性，为早期锻炼

提供良好的保障。一些中心型髋脱位髋臼骨折较为严重，发生创伤性关节炎较多，股骨头缺血坏死仍有一定的比例。因此，早期固定，早期作非负重下关节活动，可促进骨、软骨的修复，促进血液循环，利于减轻股骨头静脉循环瘀积和压力，减轻关节内压力，促进关节液液压提供营养，减少晚期并发症发生。

手术入路选择方法诸多。本组发现采用后方 Kocher-Langenbeck 入路显露满意，对后壁骨折伴有坐骨神经伤都适用。观察复位髋臼较清楚准确。前壁、前柱骨折率较少，且多趋保守治疗。对 T 型或顶壁骨折在后入路中可直接扪及坐骨大切迹，利于骨折复位。髋臼后上缘放置钢板附贴，方便固定操作，便于观察坐骨神经，预防医源性损伤。

手术后用 5kg 牵引维持稳定。2 周后开始活动髋关节，减少粘连。本组病人术后未发生感染，无继发性神经损伤等其他并发症。随访效果较满意。手术组未见股骨头缺血性坏死，但远期效果尚得观察。全部未发生骨化性肌炎，本并发症国内发生率远少于国外报道，这对关节功能恢复是良好的基础。

参考文献

[1] Letournel EJ. Acetabulum fractures: classification and management. Clin Orthop, 1980, 151: 81
 [2] Judet R, Judet J, Letournel EJ. Fractures of the acetabulum: Classification and surgical approaches for open reduction. J Bone Joint Surg (Am), 1964, 46: 1615
 (收稿：1997-09-21)

俯卧位石膏固定在治疗下肢骨折及关节损伤中的应用

王雷

(中国中医研究院望京医院, 北京 100700)

1997 年 6 月~1999 年 5 月, 在治疗下肢骨折无移位, 或轻度移位无需整复, 以及膝、踝关节韧带损伤未完全断裂的病例, 我科常规采用俯卧位石膏外固定的方法, 共计 192 例, 取得满意的疗效。

临床资料

以下 192 例病例中的骨折均指断端无移位, 或轻度移位无需整复的闭合骨折。膝、踝关节韧带损伤, 未完全断裂。石膏均为国产喷浆石膏。后托或“U”形 13~14 层, 前托 11~12 层。

1. 髌骨骨折 4 例: 横段 3 例, 下极撕裂 1 例; 年龄 26~72 岁。胫骨平台骨折 3 例: 胫骨内侧髁 1 例, 外

侧髁 2 例, 年龄 31~69 岁。胫骨干骨折 5 例: 年龄 15~54 岁。腓骨干骨折 3 例: 年龄 35~57 岁。膝关节内侧面副韧带损伤 8 例: 年龄 16~41 岁。

以上病例治疗时均采用下肢长腿石膏前后托或石膏管型。令病人俯卧位, 膝关节极易获得功能位, 助手把持患肢, 勿使其外旋。术者戴乳胶手套, 将预敷后托之石膏干体置于水盆内, 取出, 挤出大部水份, 铺平, 加衬, 置于患肢后侧, 摆好后塑形, 缠绕一卷三裂绷带。数分钟后石膏后托固化, 协助患者翻身至仰卧位。此时因后托之石膏已获得满意的固化, 可作为助手的依托, 不用担心压痕及窝部的断裂。放置石膏前托, 缠绕绷

带;亦可加管型石膏。术毕。

2. 踝关节骨折 48 例:外踝 39 例,双踝 6 例,三踝 3 例。年龄 17~75 岁。踝关节外侧副韧带部分撕裂 15 例:年龄 12~23 岁。

以上病例治疗时均采用踝关节“U”形石膏。令病人俯卧位,患膝屈曲 90°;踝关节呈中立位。放置石膏呈“U”形,助手确认内外侧等长后轻轻拉紧,术者缠绕一卷三裂绷带后即开始塑形。石膏数分钟固化后,置患者于仰卧位,再缠绕绷带加固。

3. 第 5 跖骨基底部骨折及足部其它骨折 106 例:年龄 22~76 岁。

以上病例治疗时均采用短腿石膏后托。令病人俯卧位,患膝屈曲 90°;踝关节呈中立位。放置石膏后托,助手轻拉石膏之头侧端,术者缠绕一卷三裂绷带后修边、塑形。石膏数分钟固化后,置患者于仰卧位,再缠绕绷带加固。

对使用踝关节“U”形石膏和短腿石膏后托的病例,在伤后 1 周均鼓励其扶双拐行走,患肢悬空。使用长腿石膏前后托或管型的病例,令其卧床休养。以上病例除个别患者未遵医嘱,以石膏踩地行走,将“U”形

或短腿石膏后托踩断外,绝大部分病例经数周固定,至治疗结束拆除石膏时,发现石膏体均保持完好。

讨论

对以上本文所述及的下肢骨折及关节损伤,临床上使用石膏外固定时,多采取仰卧位。以长腿石膏前后托为例:病人仰卧位,术者敷石膏前托于下肢前侧,然后敷石膏后托。为克服伤肢及石膏后托的重力,并维持患肢膝关节于功能位,至少需二位有经验的助手,抬高并把持已附带石膏的患肢。当术者缠绕绷带时,助手需多次倒手,石膏后托极易出现压痕;患肢膝关节随倒手时可出现不同程度的伸屈运动,致固化中的石膏后托于窝部易发生石膏体断裂。对高体重病人,打好下肢石膏前后托,外科医生时有力不从心之感。

就本文病例类型而言,仰卧位石膏外固定时对助手的依赖程度很高,重力为不利因素,石膏体易出现压痕,皱褶,有时塑形较难,石膏体可发生断裂。

俯卧位石膏外固定时只需一位助手,对助手的依赖程度较低,重力为有利因素,石膏体不会出现压痕,石膏端皱褶轻而少见,石膏塑形容易,石膏体罕有断裂。

(收稿:1999-05-30)

骨质疏松症的诊断及防治

程爱华

(中国中医研究院望京医院,北京 100015)

骨质疏松症是以骨量减少为特征,骨组织的显微结构异常,易发生骨折的一种多病因的疾病。

骨质疏松症按病因可分为原发性和继发性两大类。前者又分为 I 型和 II 型。I 型骨质疏松又称绝经后骨质疏松,主要病因为性激素不足,患者以女性为主,发病年龄多在 51~70 岁;表现为骨量加速丢失,松质骨丢失明显,骨折多发生在以松质骨为主的椎体、股骨两端及远端桡骨。II 型骨质疏松又称老年性骨质疏松,主要病因是年龄老化,与 I 型比较男性患者增多,但男女之比仍为 1:2,发病年龄大于 70 岁;表现为骨量缓慢丢失,松质骨与皮质骨丢失速率大致相同,骨折特点是除与 I 型部位相同之外,髌部骨折的发生率增加。

继发性骨质疏松症往往是由于某些疾病或某些原因诱发而成。如:性腺功能不足,一些内分泌性疾病,胃肠、肝、肾功能障碍,长期运动量少,钙摄入量不足,长期使用糖皮质激素类药物。另外有一类原因不明的特发性骨质疏松,多发生在青壮年。

诊断

对原发性骨质疏松症的诊断大致有三种观点:(1)既往临床上只有当病人发生非外力性骨折时方能诊断;(2)根据全国使用单光子吸收法测量骨密度的调查研究材料,可提出初步的诊断标准,并分出轻、中、重;(3)如果按第一种诊断标准,将使许多骨量已严重减少易发生骨折的病人失去防治的机会,如果按第二种诊断标准,将可能忽视了对 I 型骨质疏松的重视。根据骨质疏松症的特点是骨量减少,因此,仍以骨密度测量为主要诊断手段,鉴于多种病因均可引起骨量减少,因此诊断时必须结合临床表现、X 线检查及生化测定。

X 线检查:脊柱椎体横行骨小梁减少、变细,椎体密度减低,横行骨小梁减少或消失,严重者椎体透亮、可发生多个椎体不同程度的压缩骨折或双凹变形。

骨密度测量:正常值为健康人骨量峰值平均值±两个标准差。如果骨量低于峰值平均值减两个标准差,即可诊断骨质疏松。常用的方法有: