

肌总腱的牵拉,致单纯采用小夹板或石膏外固定难以奏效。经皮穿针固定效果较好,但需在 X 线下操作,又不能探查尺神经,受到一定限制。随着观念改变和病人要求的提高,作者赞同早期积极切开解剖复位、细螺钉(可吸收螺钉更好)与克氏针牢靠固定、尺神经前移或浅置,达到紧缩肘内侧副韧带,消除肘关节慢性不稳、疼痛、无力、容易受伤,甚或尺神经瘫痪之虑。

4.2 注意事项 ① I 度骨折临床罕见,因为正常的内上髁骨化较晚、位置偏后,向前移位不易从正位 X 线片上发现,对有疑问的病例应摄双肘斜位片对比,以便决定治疗方案;②手术时取仰卧位和“敬礼”姿势,有利于骨折的复位和固定,术者操作方便,患者

也比较舒适;③克氏针与细螺钉交叉固定要偏下方的肌腱内进针,以防骨块碎裂;骨膜和周围软组织加固缝合 2~3 针以便早日去除固定;④术中一般都要尺神经松解前移或浅置,但固定点和进、出口要宽松;⑤肱骨内上髁骨折主要影响伸肘功能,一般 3~4 周即要去除石膏夹、带针进行功能锻炼,5~6 周拔除克氏针。

参考文献

- 1 闻亚非,牛素玲.学龄前、后的儿童肱骨内上髁骨折 3 例报告.中医正骨,2000,12(2):30.
- 2 万富安,王新卫.正骨穿针术.河南:医科大学出版社,1998.123-125.
- 3 谭振华,侯玉义,赵锦民,等.经皮穿针内固定治疗肱骨内上髁骨折 44 例报告.中医正骨,2001,13(11):22.

(收稿日期:2003-05-27 本文编辑:王宏)

• 病例报告 •

非典型尤文氏瘤误诊骨囊肿 1 例

Atypical Ewing's tumor misdiagnosed as bone cyst: A report of one case

陈锦平,张帆,毕擎

CHEN Jirping, ZHANG Fan, BI Qing

关键词 骨瘤; 骨囊肿 **Key words** Osteoma; Bone cysts

胡某,男,23 岁,未婚。因左髋部劳累后酸痛于 1997 年 8 月入院。局部曾有外伤史。患者 1 年前无明显诱因出现左大腿上方酸痛,劳累后加重,予消炎、镇痛药可缓解。局部无红肿及流脓,发病后两便正常,睡眠一般,胃纳可。平常素有鼻血及牙出血史(舅舅也有类似情况),父母及一兄均健。否认有遗传病史。体格检查:营养一般,轻度贫血貌。头、面、颈无畸形;心、肺、腹、四肢无异常。专科检查:左股骨粗隆部无红肿,无包块,无叩击痛,无窦道,扪之深压痛,活动无明显障碍。辅助检查:血沉 9 mm/h,总蛋白 54 g/L,白蛋白 26.9 g/L,AKP160 u/L,白细胞总数 $2.5 \times 10^9/L$,淋巴细胞 49.8%,单核细胞 9.1%,中性粒细胞 41.1%,血红蛋白 101 g/L,血小板 $16 \times 10^4/L$ 。B 超:慢性肝病,脾肿大。X 线平片:胸无异常,左股骨粗隆间见密度减低区,边界清楚,略有硬化,未见骨质破坏及骨膜反应,诊断为左股骨粗隆部骨囊肿。行左股骨粗隆部骨囊肿刮除,术中见:病灶组织位于髓腔内,黄褐色,鱼籽样,无包膜,较脆,易剥离,境界尚清楚,约 3 cm × 5 cm × 2 cm 范围,局部灭活后,骨水泥充填,术后恢复好。病理报告:左股骨粗隆下“不典型尤文氏瘤”。行 CVADIC 化疗 1 个疗程后出院。3 个月后再入院,体检:左髋部无异常。X 线胸片无异常,左髋平片无复发迹象。12 月 29 日行左髋部放疗 1 个疗程后出院。98 年 4 月 13 日,患者第 3 次入院,无明显不适

自述。体检:左髋局部无异常。胸片:左下肺可见类圆形密度增高影,边缘光滑。结论:左下肺结节影考虑转移。家属放弃治疗,患者于 4 个月后病故。

讨论

尤文氏瘤为起源于骨髓的未分化网状细胞的恶性肿瘤,多见于 10~19 岁青年,常好发于长骨干和扁骨,临床上常见局部红肿、发烧,白细胞增高,血沉加快,X 线典型表现为大范围骨质斑点状破坏,伴葱皮状或层状骨膜增生。本例患者 23 岁,局部无红肿,血沉不快,白细胞下降,所以很难使人想到是尤文氏瘤。同时 X 线表现为:左股骨粗隆部类圆形密度减低区,边缘有硬化,未见骨膜反应,故很容易误诊为“骨囊肿”。为防止此类误诊:①要考虑到尤文氏瘤表现的多样性,仔细阅读 X 线平片,尤其是多发生在干骺端时,尤文氏瘤可表现为溶骨型、硬化型,混合型 3 种类型。该病例就属于溶骨性较早时期的一种表现。②有时单凭 X 线平片也较难判断,有条件的可行 MRI 检查,可以帮助鉴别骨囊肿与尤文氏瘤。③另外,比较简单、易行、有效的防止误诊的方法之一是行术前穿刺活检,从而为明确诊断提供可靠依据。④若穿刺阴性,对可疑病例,术中还可行冰冻活检,防止误诊,指导临床及时选择最佳治疗方案。

(收稿日期:2003-05-27 本文编辑:王宏)