

拍片后诊断为右肱骨髁上骨折，因无血管神经受损症状及体征，遂行透视下手法整复、夹板外固定，带药回家疗养，嘱其3~5天后复查。患者回家后第2天，家长发现患肢拇指感觉丧失，即来我院求治。体检发现：右手掌侧拇、食、中指及环指桡侧半，背侧食中指远节感觉丧失；拇指不能对掌，握拳时拇指、食指仍伸直。诊断：右肱骨髁上骨折伴正中神经损伤。收住入院，行“右肱骨髁上骨折切开复位克氏针内固定及正中神经探查术”。术中见正中神经于骨折线上方约1.5cm处完全离断，即行神经外膜缝合。术后12天，伤口愈合后出院休养。

讨论：在基层医院，对小儿肱骨髁上骨折，绝大多数行无麻醉下的手法整复，外夹板固定，然后回家休养，定期复查的门诊处理方法。由于骨折晚期并发肘内翻者达30~57%，

尤尺偏型者，更易发生。故要求解剖复位慎矫枉过正，宁可侥偏。而骨折整复过程是发生在瞬间的用力猛、速度快、组织间接触紧密的运动过程，移位明显者，骨折端活动度大，加之小儿在整复时剧疼下不规则活动，很可能使骨折端在肢体内急速大幅度运动，锐利之骨折端极易损伤邻近组织、血管或神经。本例患儿即缘由于此。因此，作者体会：1.为减轻病人痛苦，利于患者制动应行臂丛麻醉或全麻。2.医师在整复前应严格按“正骨十法”第一法“手摸心会”的要求，手法运用稳、准、轻、巧，有条不紊，切忌粗暴反复。3.对严重移位者要住院治疗，手法复位后行尺骨鹰嘴克氏针牵引，3~5天后肿胀消退，X线检查骨折无移位后行上肢石膏及外展架固定。4.手法复位后，注意观察患肢的血运及神经功能情况，以早期发现并发症。

## 左足跟慢性骨髓炎合并鳞状上皮癌一例

西安市红十字会医院 (710054) 张 文 何克强

慢性骨髓炎并发鳞状上皮癌临床罕见。我科于1991年10月31日收住一例，现报告如下。

患者，男性，41岁，农民。住院号：75081。因20年前不慎从2m高树上摔下时左足跟着地而刺伤，当时在足跟基底仅有火柴头大小外伤，流血不多，未去医院治疗。20年来此伤口反复破溃、流脓，但无明显扩大。今年2月起感左足跟疼痛肿胀加剧，窦道流脓，恶臭难闻。近2个月来左足跟破溃，呈菜花状，彻夜痛不能眠。当地医院无法医治转来我院，门诊以“左足跟部肿瘤”收住。入院查体：慢性病容，表情痛苦，除左足外全身情况尚可。左足跟部可见约10×8cm<sup>2</sup>皮肤缺损，溃疡面呈结节状外翻，有大量恶臭粘稠脓液外溢之菜花样肿块，边缘卷起而坚实，触之易出血，周围皮肤暗紫。左下肢静脉曲张至大腿中上1/3，表浅淋巴结未触及肿大，左髌、膝、踝关节屈曲挛缩

畸形。X片(1991、11、7、)示：左足诸骨骨质疏松，左足跟基底有约1×1cm<sup>2</sup>密度增高区，无骨膜反应，可见肿大之不规则软组织肿块。入院后活检病理报告为(病理号：910890)：左足跟部高分化鳞状上皮癌。于1992年12月14日行左小腿中上1/3截肢术，伤口一期愈合。

讨论：凡有窦道的慢性骨髓炎，经久不愈，伤口周围组织长期遭到脓液刺激，日久可能转变为恶性肿瘤，但并不多见。Vishriavsky曾报导至1966年止，共有112例从慢性骨髓炎的窦道转变为鳞状上皮癌。从发生的部位来看，慢性骨髓炎所导致的癌，几乎仅见于下肢的长骨或骨盆，其它部位，尤其在跟骨者实为罕见。过邦辅教授曾统计其发病率约占慢性骨髓炎的0.2~1.7%，骨髓炎发病时间越长，癌变机会也越多。