

副髌骨误诊 1 例

冯 祯

陕西省胜利机械厂医院 (722200)

李×, 男, 48 岁, 农民, 以“跌伤右膝出血肿痛 1 小时”主诉于 1995 年 11 月 11 日求诊。患者于诊前 1 小时前跌伤右膝, 事后膝前有出血, 自觉伤处稍有疼痛, 就近医院诊治, “膝关节正位拍片”后, 诊为“髌骨骨折”, 拟行石膏外固定。因关节活动无受限迹象, 患者携片再诊我院。查见膝前近髌骨下极处有一直径 1.5cm 擦挫伤, 擦痕出血已止, 皮下有瘀血, 软组织略有肿胀, 创伤处触痛 (+), 髌部无压痛, 膝关节活动正常, 活动痛 (-), 未及骨擦音, 阅原片见髌骨处上有骨骼分割现象, 裂隙整齐, 小骨块有完整骨皮质, 行双膝正、侧摄片对比, 见髌骨形式对称, 侧片骨面均有上下排列一小一大的蕪形轮廓密度增高影, 诊断先天性副髌骨, 嘱相对限制关节活动, 外用消肿止痛液, 5 天后恢复。

讨 论

膝部外伤患者的副髌骨常与髌骨骨折易于混淆。

本例误诊原因有二: (1) 查体不详。单凭 X 线片不结合临床是致误重要原因。(2) 对副髌骨认识不够。副髌骨临床上不多见, 它是形成髌骨的多个化骨核发育过程中未能相互融合而形成的发生学上的先天性遗留物, 依单独存在孤立小骨块的数量分二分、三分髌骨等。髌骨分割的部位, 多见于髌骨外侧, 有时也出现在上 1/4 或外 1/4, 而贯通髌骨的横形或纵形分割裂隙则很少见^[1]。骨块间均以软骨形式连接。临床上, 对于膝部外伤患者, 可依据骨骼间的裂隙光滑而整齐, 小骨块薄层皮质完整, 髌部无压痛等临床症状及多为双侧对称出现等特点与髌骨骨折相鉴别。

参考文献

1. 李景学, 等. 骨关节 X 线诊断学. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1982. 100

(收稿: 1995—12—28)

不典型痛风 1 例报告

陈文照 陈家荣*

浙江中医学院 (杭州 310009)

××, 男, 45 岁, 工程师。1994 年 10 月下旬右踝关节突发疼痛, 后走窜到右足第一跖趾关节。从 1995 年 2 月起累及双手腕关节、右手小指掌指关节、双侧肩关节、膝关节。自患病以来, 右足第一跖趾关节一直红肿, 并逐渐增大, 多关节疼痛频繁发作, 日轻夜重, 每次发作持续二十余小时, 常因饮食酒、辣椒、醋、蒜等诱发, 4 次检查抗“O”、类风湿因子均阴性, 血沉正常, 2 次检查血尿酸均正常, 双侧肾 B 超、双肺 X 线、心电图检查均正常, 右足跖趾关节 X 线检查发现关节腔变窄, 用秋水仙碱治疗无效, 当地医院诊断为风湿、类风湿性关节炎, 用消炎痛、阿斯匹林、雷公藤、丙磺舒及中草药治疗, 收效甚微。至 1995 年 6 月下旬, 右足跖

趾关节肿胀加重, 疼痛剧烈, 累及左膝关节, 持续 2 天, 又累及左肩关节、右颞颥关节, 持续 1 周, 伴咽喉痛、低热 (T37.5℃)、右侧股部淋巴结肿大。当地医院诊为风湿热、类风湿性关节炎, 给以强的松、雷公藤、乙酰螺旋霉素治疗, 肿胀渐消, 疼痛减轻, 并控制游走。但因胃部及肝区隐痛等副作用而停药, 肿胀又加重, 全身多处关节疼痛又发作。1995 年 8 月求助中医治疗, 笔者根据整个病程始终以右足第一跖趾关节红肿疼痛为主而其它关节走窜疼痛这一临床表现及右足第一跖趾关节 X 线表现, 初步诊断为痛风。处方: 炙桂枝 10g, 白芍 15g, 知母 10g, 炙麻黄 6g, 炮附子 10g, 细辛 8g, 炙川草乌各 10g, 汉防己 30g, 生黄芪 30g, 野百合 30g,

* 浙江省象山县红十字台胞医院