

## 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<sup>[1]</sup>。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

金钱草 30g, 炒当归 10g, 生薏仁 30g, 羚羊角粉 (分吞) 0.6g。服上药第 2 剂起右足第一跖趾关节红肿始消, 全身各关节减轻, 至第 7 剂时红肿尽退, 疼痛消失, 只余右第 4 跖趾关节走路时略有痛感。上方增全蝎 6g, 土茯苓 60g, 川草薢 45g, 炙军 10g; 减野百合, 羚羊角粉, 金钱草。续服 10 剂, 诸症缓解, 病情稳定。1995 年 10 月 4 日复查血尿酸 13.7mg/dl, 血沉 23mm/h, 抗“O”(-), 类风湿因子阴性, 证实痛风的诊断。

### 讨 论

痛风是嘌呤代谢紊乱所致疾病, 以血尿酸升高为生化指征。关节痛多首发于第一跖趾关节, 整个病程约有 90% 病人累及第一跖趾关节, 其次可累及踝、膝、指掌、腕等小关节, 极少累及肩、髋、脊椎等大关节。每次急性发作约 1 周后可自行缓解, 进入间歇期而无任何症状。发作时疼痛剧烈难忍, 不能行走, 伴红肿。临床根据关节炎发生的部位、性质、病程及血尿酸升高即可确诊。疑难病人可通过秋水仙碱诊断性治疗加以确诊。但本例病人 (1) 关节炎侵犯全身多处关节, 包括肩、颞颥关节; (2) 右足第一跖趾关节肿胀长达 9 月不退, 疼痛频繁发作, 几乎没有明显的间歇期; (3) 其间血尿酸二次检查均正常; (4) 秋水仙碱诊断性治疗阴性。这些表现均不符合痛风的诊断, 所以当地医院一直没有考虑痛风的可能性而误诊为类风湿性关节炎、风湿病。因为尿酸盐结晶可沉积在除肝、肺、脾及中枢神经系统以外的任何组织, 国外曾有文报道, 全身所有大小关节, 包括胸锁、肩锁、颞颥关节均可发生痛风<sup>[1]</sup>。

国内也有人报道痛风可侵犯全身几乎所有大小关节<sup>[2]</sup>。关节炎急性期血尿酸一、二次正常没有排除痛风的价值, 须反复多次复查, 尤其在间歇期复查血尿酸往往可以升高<sup>[3~6]</sup>。本例病人急性炎症缓解后第 3 次复查血尿酸高达 13.7mg/dl, 大大超过正常值 (7mg/dl) 证实了当初痛风的诊断。至于秋水仙碱诊断性治疗结论并非绝对可信, 因为秋水仙碱治疗痛风的有效率并非 100%<sup>[7]</sup>, 所以秋水仙碱诊断性治疗可出现假阴性。可见不典型痛风较难诊断, 而要避免误诊, 必须做到仔细分析、长期观察、综合考虑。西药对痛风有一定的疗效, 但副作用大, 病人难以接受。

### 参 考 文 献

1. John HT, et al. Gout and uric acid metabolism. Key Biscayne, Florida. 1975; 120
2. 张生, 等. 痛风侵犯全身关节 1 例报告. 天津医药, 1995; 23 (7): 404
3. 毛志银, 等. 慢性多关节型痛风性关节炎. 中华骨科杂志, 1994; 14 (10): 617
4. 彭聚宝. 原发性痛风诊断线索与治疗. 新医学, 1990; 21 (2): 60
5. 金纪水. 痛风性关节炎 30 例分析. 浙江医学, 1994; 16 (1): 44
6. 程心培, 等. 原发性痛风 22 例临床分析. 中华内科杂志, 1981; 20 (1): 41
7. 孟昭亨, 等. 拉萨地区急性继发性痛风性关节炎 44 例报告. 中华内科杂志, 1981; 20 (1): 25

(收稿: 1995—12—28)

## 成骨不全症 2 例

倪增良 章 进 唐立峰

浙江省兰溪市第二医院 (321100)

成骨不全症是一种少见的家族遗传性骨疾病, 我院自 1989 年~1994 年收治 2 例, 2 例均为男性, 为表兄弟, 大的 12 岁, 骨折 5 次; 小的 9 岁, 骨折 4 次. 均为股骨干骨折。除骨折外, 2 人均有蓝色的巩膜, 头颅呈特殊的倒三角形, 发育较同龄儿差, 身材矮小, 两大腿并拢时呈“O”型, 智力发育正常。X 线表现为双侧股骨骨质疏松, 骨皮质薄, 骨干弯曲畸形, 骨质有囊性变。血生化检查: 血沉、血磷、血钙均正常, 血碱性磷酸酶略偏高。调查家族史, 三代中共有 9 人有多次骨折病史或伴有巩膜蓝色。

### 讨 论

成骨不全症又称脆骨症, 或遗传性脆骨三联症。是

一种全身结缔组织疾病。病变除骨骼外, 还可累及皮肤、筋膜、肌腱、韧带、动脉、巩膜等, 本病病因不清, 表现为骨胶原紊乱, 但都有明显的家族遗传史。

临床表现: 病人轻微的外伤即可骨折, 部位多在下肢, 以股骨最常见, 其次为肱骨、胫腓骨及尺桡骨, 病人多身材矮小, 长骨弯曲畸形, 多有腰痛。骨折后如固定时间稍长即发生废用性骨萎缩, 去固定后又易发生骨折。如为脆骨三联症者常合并有巩膜蓝色, 耳聋。蓝色的巩膜也不是每例都出现, 而耳聋多在 20 岁以后出现。患儿还有成齿不全、齿短、色泽混浊及龋齿, 皮肤萎缩、变薄, 关节囊、韧带松弛, 过度活动即脱位, 两