

比较典型。骨斑点症的病因不明，有人认为乃肢芽发育异常所致，而与年龄、性别无关。曾因一家数口皆患本病，故认为与家族遗传有关^[1]。而骨巨细胞瘤的病因，过去曾有慢性炎症、慢性刺激学说等。以后又提出外伤学说，即由于外伤引起骨膜下出血，逐渐破坏相邻骨组织，而引起多核巨细胞的增生所致^[2]。有文献报告，骨斑点症有恶变的可能，可继发骨肉瘤^[1]。而本例患骨斑点症合并骨巨细胞瘤 II 级，二者有无联系，有待进一步探讨。该骨斑点症合并骨巨细

胞瘤患者，病因不明，家族中亦无本症发生。追向病史，患者于 1976 年唐山市大地震时右下肢曾因挤压综合征而行切开减压手术，术后一直无不适感，直至本次发病，考虑是否作为患者发病的一个潜在病因。

参考文献

1. 郭巨灵主编. 临床骨科学 (骨病). 北京: 人民卫生出版社, 1989. 352
2. 刘子君主编. 骨关节病理学. 北京: 人民卫生出版社. 1992. 234

腓骨移植治愈肱骨干骨折不愈合 1 例

胡勇明 刁庆勋*

河南省沈邱县白集中心医院 (466302)

钱××，女，57 岁。因车祸左肱骨中下段骨折在外院钢板固定后 2 年，畸形，异常活动，于 1994 年 4 月 21 日来我院。检查：心肺无异常发现，肝脾未触及，BP 20/12kPa，左上肢轻度肌肉萎缩，上臂中下段外侧有 8cm 长纵行愈合瘢痕，并向前外侧成角畸形，触及时有异常活动，手指活动度正常。X 线片示：左肱骨中下段骨折，四孔钢板固定，骨折端硬化，骨不连接，向前外侧成角畸形。以“左肱骨中下段陈旧性骨折不愈合”收入住院。

入院第 2 天在氯胺酮麻醉下行左肱骨中下段陈旧性骨折不愈合钢板取出，髓内针固定术，常规消毒皮肤，铺无菌巾，顺愈合瘢痕切开皮肤，分离皮下，切开筋膜，游离出桡神经，显露出钢板及骨折端，见四孔钢板固定，螺丝钉松动，钢板弯曲，骨折端硬化。取出钢板，咬除硬化端，探通肱骨髓腔，肱骨短缩有 3cm，将梅花针从肱骨近端向肩关节打出，骨折端复位后向骨髓腔远端打入，梅花针尾端埋入肩关节皮下，无渗血后，缝合伤口，石膏托外固定。入院第 3 天拍片复查骨折端有 3.5cm 间隙。征求病人家属同意后，

入院第 4 天在氯胺酮麻醉下行左腓骨中上段移植术，常规消毒皮肤，铺无菌巾，拆除缝线。先在左小腿中上段显露出腓骨，用线锯截除腓骨 7cm，用骨凿将取出之腓骨两端处理为圆柱状，扩大肱骨髓腔，将腓骨插入肱骨髓腔，6 孔钢板固定。无渗血后，缝合伤口，石膏托外固定。入院第 5 天拍片复查腓骨移植钢板固定位置良好。常规应用抗生素。14 天拆线，伤口愈合出院。2 个月去除石膏托，锻炼肩、肘、腕关节活动，半年后摄片复查腓骨移植后成活，骨折端有大量骨痂形成。左上肢运动恢复正常，可参加一般体力劳动。

讨 论

此例在外院内固定时钻孔较大，螺丝钉松动，内固定不牢靠引起钢板弯曲，再者手术创伤，骨膜剥离，血运差，形成骨不连接。

自体腓骨移植插入肱骨髓腔，尽管其血循环完全断绝，愈合缓慢，但经爬行代替作用尚可成活，而且自体骨无排斥反应，是异体骨所不及的。

(收稿: 1996- 02- 06)

* 河南省周口地区人民医院