

前臂肌肉血管瘤侵犯尺神经一例

黄建新 李炎川

福建医科大学附属第二医院 (泉州 362000)

× ×, 男, 18岁, 出生后即发现右前臂肿物。于1996年7月23日收入我院, 住院号96-7910。查体: 右前臂尺侧至右肘关节内侧可见皮下肿物, 大小约6cm × 4cm × 1cm, 边界不清, 触诊质软, 有颗粒感。屈肘关节时肿物隆起皮面, 张力升高, 轻触痛, 右环小指皮肤发麻, 右上肢各处未闻及血管杂音。彩色超声多普勒示: 右前臂血管瘤, 界限不清。诊断: 右前臂肌肉血管瘤。术中见右肘部尺侧上方3cm × 5cm × 5cm的血管瘤。尺神经沟以下至尺侧腕屈肌之间的尺神经被毛细血管瘤侵袭, 前臂除旋前肌外的尺侧所有屈肌被毛细血管瘤侵袭; 予分离尺神经, 见该段尺神经外膜欠完整, 质地弹性好。切除部分尺侧腕屈肌及桡侧腕屈肌、全部掌长肌。术后病理报告: 肌肉血管瘤。

讨论

血管瘤是由残余中胚叶或血管细胞形成的一种良

性肿瘤。临床常见于儿童及婴儿。好发于头面部及四肢躯干的皮肤及皮下组织层, 较少在肌肉层发生, 侵犯罕见, 国内近10年文献未见报道。

血管瘤虽属良性肿瘤, 但如处理不当, 致晚期已侵犯和破坏深部组织及重要器官时, 往往缺乏有效治疗^[1]。本例患者由于就诊较迟, 致瘤广泛侵袭前臂屈肌群及尺神经, 给手术完整切除瘤组织造成困难。因此, 应该及早有效地处理血管瘤。

参考文献

1. 吴阶平, 裘法祖. 黄家驷外科学(上册). 第5版. 北京: 人民卫生出版社, 1992. 626~630

(收稿: 1998-06-11)

骨膜韧带样纤维瘤一例

王少山 邱红明

山东中医学院附属医院 (济南 250011)

× ×, 男, 5岁, 因左膝关节内侧疼痛2月余, 当地医院诊断骨肿瘤转我院。查体: 跛行, 左膝主动伸直受限, 被动伸直膝内后侧疼痛, 股骨内髁内后侧摸到不明显的硬物, 边缘不清, 表面不光滑, 明显压痛。右膝关节在相同部位触摸到相同硬物, 无症状, 关节活动正常。化验: AKP、ESR、血Rt均正常。X线片: 双股骨内髁内后侧骨骺板上方约1.5cm各有一个1cm × 1cm大小卵圆形密度减低区, 边缘无硬化, 无骨膜反应, 周围软组织无肿胀。CT扫描: 清楚显示病变的宽度和深度, 骨皮质有虫蚀样破坏, 未穿透骨皮质。诊断: (1) 干骺端纤维皮质缺损; (2) 骨膜韧带样纤维瘤。1995年6月29日在全麻下行双侧病灶清除术, 术中所见: 股骨内髁内后侧腓肠肌起点与骨膜处轻度增厚, 骨膜下有白色质软的卵圆形类似软骨样组织, 病灶清除后病

灶约1cm × 1.2cm × 0.5cm大小。双侧术中所见相同。病理所见: 镜下均是分布均匀的纤维细胞, 中间夹有大量波浪状束样排列的胶原纤维。病理诊断: 骨膜韧带样纤维瘤。

讨论

骨膜韧带样纤维瘤1951年Kimmels Tiel先描述, 此后本病的名称较混乱。组织学特征为骨膜处纤维组织生长活跃, 产生骨膜下的骨质破坏。病因有劳损学说, 但本例为儿童否认有劳损史。发病年龄8~20岁; 部位大多数在股骨下端干骺端内侧, 约1/3为双侧发病。此病需与以下二种疾病相鉴别: (1) 干骺端纤维皮质缺损。二者发病年龄和好发部位相近, 骨形态改变和X线征象较难区别。骨膜韧带样纤维瘤约1/3对称性双侧发病, 而纤维皮质缺损则可见一骨多发或多骨多发;

在 X 线片或 CT 片上，纤维皮质缺损多有完整的硬化边缘，边缘多是多房样或分叶状，而骨膜韧带样纤维瘤则边缘呈虫蚀样不规则改变；纤维皮质缺损病理镜下成纤维细胞呈密集的漩涡状和束状，细胞非常密集，而骨膜韧带纤维瘤则表现纤维细胞和胶原纤维交错成波浪样，束块状排列。(2) 骨韧带样纤维瘤：二者瘤细胞相同，镜下组织构成相似，从病理上难以区别。但二者的发病年龄、好发部位不同，对骨结构破坏明显不同。

骨韧带样纤维瘤多发于成年人(20~30岁)，好发于长骨如股骨、胫骨等，多为单侧发病，病变多侵入髓腔使病变骨膨胀，X线及CT征象为密度减低、溶骨性、多房性、蜂窝状改变。从临床及X线能鉴别二者。

骨膜韧带样纤维瘤为良性肿瘤，预后良好，单纯手术刮除即可，复发率较低。

(收稿：1996-03-01)

胸椎管狭窄症两次误诊一例

姚共和 熊辉

湖南中医学院附属第一医院 (410007)

郭××，男，68岁，退休工人，病案号85984。因腰腿疼痛麻木3年，双下肢活动障碍1月余，于1995年12月11日收住院。患者1992年8月出现腰部疼痛伴双下肢麻胀，劳累后加剧。3月前曾在某县人民医院就诊，经CT扫描诊断为“腰椎间盘突出症”，经牵引、按摩治疗无效，病情进行性加剧，近月余出现双下肢乏力，行走困难。入院体查：脊柱无畸形，活动不灵便，腰、背部脊椎深叩击痛阳性，双下肢肌肉轻度萎缩，肌张力减低，大腿及小腿各肌群肌力为II~III级，双膝平面以下痛、温、触觉迟钝，深感觉正常，双膝、踝反射减弱，腹壁及提睾反射正常，双下肢Babinski征阳性。X线平片示胸腰段脊柱广泛性骨质增生。椎管造影显示造影剂散在分布。奎肯氏(Queckenstedt)试验阴性；脑脊液生化检测，潘氏试验阳性，糖半定量试验750%。入院诊断：腰腿痛原因待查。科室会诊意见：作胸腰段MRI检查。MRI检查报告为“胸椎管内多发性神经纤维瘤”。拟行椎管探查神经纤维瘤切除术。

为了手术定位，术前行CT密扫，CT片显示胸段多处小关节突有不同程度的骨质增生，黄韧带肥厚，T₁₀左侧上关节突增生凸向椎管内，占据椎管约1/2，明显压迫脊髓。最后确诊为退行性胸椎管狭窄症，手术切除

T₈₋₁₁椎板和T₁₀左上关节突内侧半，将脊髓受压充分解除。术后肌力逐渐恢复。

讨论

本例在某县人民医院初次误诊为腰椎间盘突出症，究其原因，主要是没有进行系统的神经系统检查，遗漏了病理征阳性这一重要的椎体束体征，依靠CT报告“腰椎间盘突出症”而作诊断结论，因而造成误诊误治。

第二次误诊为“胸椎管内多发性神经纤维瘤”，是根据MRI报告作出的诊断，可以解释病理征阳性体征。其误诊原因主要是对图像辨认与分析有误以致发出了错误报告。同时MRI检查不能清晰显示椎板骨皮质，对关节增生、黄韧带骨化、后纵韧带骨化等引起的胸椎管狭窄症不易与椎管内肿瘤相鉴别，其诊断的阳性率低于CT扫描，临床上应引起重视。

凡腰腿痛病人，尤其是老年病人，椎间盘大多有退行性改变，不要轻易诊断为“腰椎间盘突出症”，尤其是病理反射征阳性和X线平片显示脊柱广泛骨质增生时，应考虑到胸椎管狭窄症的存在。

(收稿：1996-03-21)