

罕见髌关节唇外后下脱位误诊一例

张文健

(广元市文昌区计生站, 四川 广元 628431)

患者, 男, 40 岁。因修公路砸伤右大腿外侧膝关节部。膝关节上 10cm 处形成 15cm×8cm 血肿。于 1998 年 1 月 17 日跛行步行入院就诊, 经 X 片显示: 股骨中下段及膝关节无骨折及脱位。3 周后, 血肿、局部肿胀消退, 自动出院。又于 1998 年 4 月 10 日来院复查发现: 右髌关节僵硬、畸形、功能障碍, 比健侧长 2cm, 原血肿部位无异常, 并能跛行行

走。X 片显示: 右股骨头与髌关节重叠, 关节腔上与股骨头下移 2cm。诊断为: “陈旧性右髌关节半脱位”。即在全麻下试复位, 失败。随即用髌关节改良外切口, 切开皮肤, 逐层进入关节腔, 发现关节腔内大量软组织嵌顿。股骨头在髌关节唇外后下方, 游离股骨头, 清除腔内组织, 助手用反旋转问话符号方法, 复位成功。关闭各层组织。术后胫骨结节骨牵

引 4 周出院, 于 1998 年 8 月 20 日复查, 功能恢复良好。

讨论

本案例髌关节唇外后下脱位实属罕见, 第一次就诊时只摄了血肿局部及膝关节的 X 线片, 患者能行走, 只是跛行, 误认为是膝关节及周围软组织损伤, 未作全面检查分析, 是造成误诊的重要原因, 应引以为戒。

(编辑: 连智华)

腰骶管内巨大表皮异位囊肿一例

冯合才 郝世渊

(陕西省纺织医院, 陕西 西安 710038)

患者, 女, 45 岁, 农民。以右下肢无力 10 年, 左下肢无力 2 年, 行走困难半年之主诉入院。10 年前无明显原因出现右下肢抽痛感, 自感右下肢及会阴部感觉麻木, 行走快时感无力加重而跌倒。大便干燥, 每 2~3d 大便 1 次, 小便正常。曾以“小儿麻痹”后遗症行针灸治疗, 效果不佳, 无力逐日加重, 每行走 500m 左右即要休息, 1~2min 后可继续行走。近 1~2 年出现左下肢无力, 双下肢抽痛, 以右下肢为重。后渐感双膝以下发凉, 用热水袋取暖时感觉麻木而烫伤右足第五趾, 并导致趾骨骨髓炎, 行右足第五趾切除术。半年来站立不稳, 扶双拐行走, 重时需他人搀扶行走。大便干燥, 每 3~5d 1 次, 排尿不畅。外院曾诊断为“腰椎间盘突出症”, 行牵引、按摩无效。本次以“腰骶管内占位性病变”入院。查体: 神志清楚, 颅神经(-), 脑膜刺激症(-)。腰段脊柱生理弯曲变僵直, 腰骶部皮肤可见较浓之毛。双足趾屈曲畸形, 右第五趾缺如, 腰 2 至骶部扣击痛(+), 放射痛(+), 腰椎活动受限。

双下肢肌力 III 级~IV 级, 右侧伸趾肌力及跖屈肌力 III 级。会阴部、骶尾部及小腿后外侧及足底感觉迟钝。肛门反射、双膝跟腱反射均减弱。未引出病理反射。X 线片示 L₅S₁ 隐性脊柱裂。腰椎管造影 L_{1,2} 间隙以下梗阻。CT 示腰骶管内硬膜下占位性病变。手术探查, 全椎板入路。术中见 L₂ 至骶管内硬膜下 1.5cm×1.5cm×20cm 囊性肿块, 囊壁与硬膜粘连紧密, 切开囊壁, 囊腔内可见豆腐渣样内容物 50ml, 马尾神经紧贴于囊壁四周, 剥离困难。切除游离囊壁, 冲洗后探查, 囊肿壁呈袋状, 始于平 L₂ 上缘, 终于 S₂, 上部粗大, 占据整个椎管, 下部稍细。病检为表皮样囊肿并异物巨细胞反应。术后 2 周后下床活动, 随访 3 月恢复良好。

讨论

表皮样囊肿又称上皮样囊肿, 包涵囊肿珍珠病等。有人认为是胚胎细胞结构而成, 但更多学者认为是由于外伤而将上皮带入深部组织形成肿瘤, 临床上多数病人都有局部外伤史。动物实验将

表皮埋入深部组织可造成表皮样囊肿。椎管内皮肤异位囊肿属先天性肿瘤, 有外胚层细胞在中枢神经中的胚胎性发展而来。其特征是完整的包膜, 表皮有典型的珍珠样光泽, 囊壁较薄, 囊内为豆腐渣样脱屑上皮细胞, 囊肿大多为单发性, 以骶部多见, 手术切除是唯一的治疗方法。硬膜外的囊肿与四周分离清楚, 可连同包膜摘除。硬膜内的囊肿可与脊髓和神经根粘连, 粘连较重时, 不可勉强剥离, 以免损伤神经, 只宜做肿瘤囊内摘除。囊肿包膜的游离部分可切除, 而与神经根粘连较紧的部分可以保留, 刮除或吸去囊内容物时, 囊四周均以棉片保护, 防止内容物散入蛛网膜下腔而引起无菌性脑脊膜炎。由于囊肿生长缓慢, 虽残留部分囊壁也能获得较持久的疗效。肿瘤切除之后硬脊膜应予缝合。本例发生在椎管内的皮肤异位囊肿, 其体积之大、范围之广, 且长期误诊, 实属罕见。

(编辑: 连智华)