

相结合对明确髌关节 PVS 的诊断,了解破坏程度,选择治疗方法有重要的意义。

**3.3 髌关节 PVS 治疗方法的选择** 彻底清除病变的滑膜组织是治疗 PVS 的关键,也是减少术后复发的有效方法。既往对髌关节 PVS 的治疗较多的主张行关节切除融合术或关节置换术。对 PVS 的患者来说关节融合术严重影响生活质量,髌关节置换将面临多次翻修。实际上若 PVS 对髌关节骨质破坏未造成结构上不可逆转的毁损,采用保留髌关节的手术有着重要的现实意义。我们采用改良 S-P 切口入路,通过将股骨头由关节腔内脱出,在直视下彻底清除滑膜组织。对股骨头、白及股骨颈骨内之滑膜组织采用刮爬术,清除骨内病变滑膜组织,对骨缺损予松质骨填塞。由于将股骨头由关节腔内脱出,对附着于关节囊表面滑膜组织的清除势必破坏关节囊内的股骨头滋养血管,因此我们在清除髌关节病变之滑膜组织的同时,采用了多条血管束植入术,以防止股骨头缺血坏死。术后随访结果证实了本术式在治疗髌关节 PVS 中的实用性及科学性。本术式操作简单,有临床推广应用价值。

**参考文献**

- 1 袁浩,陈基长,何振辉,等.多条血管束植入治疗成人股骨头坏死(附 56 例 58 髌分析).中华骨科杂志,1992,12(5):357-360.
- 2 刘子君.骨关节病理学.北京:人民卫生出版社,1992.425
- 3 王福熙,罗俊铭.色素沉着绒毛结节性滑膜炎的电镜观察.湖南医学院学报,1987,12(1):37-40.
- 4 Nakashima M, Ito M, Ohtsuru A, et al. Expression of parathyroid hormone(PTH)related peptred(PTHrP) and PTH/PTHrP receptor in giant cell tumor of tendon sheath. J Pathol, 1996, 180(1):80-84.
- 5 Mario. Campanacci 著.张湘生,张庆译.骨与软组织肿瘤.长沙:湖南科学技术出版社,1999.833.
- 6 Rao AS, Vigorta VJ. PVS giant cell tumor of tendon sheath and synovial membrane a review of eighty-one case. J Bone Joint Surg(Am), 1984, 66(6):76-94.
- 7 Bertoni F, Unni KK, John W, et al. Malignant giant cell tumor of the tendon sheath and joints (malignant PVS). AM J Surg Patlol, 1997, 211(2):153-163.
- 8 Choong PFM, Willen H, Nilbert M, et al. PVS-monodality and metastasis case for neoplastic origin. Acta Ortho(Scandinavica), 1995, 66(1):64-68.
- 9 李瑞宗.色素沉着绒毛结节性滑膜炎.天津医药骨科附刊,1962,6:39.
- 10 Cotton A 著.王芳军译.髌关节色素沉着绒毛结节性滑膜炎:58 例分析.国外医学.临床放射学分册,1997,20(1):53-53.
- 11 Flipo RM, Chastanet P, Duquesnoy B. Imaging of pigmented villonodular synovitis press. Med, 1993, 22(12):591-594.

(收稿 2001-09 修回:2002-01-30 编辑:李为农)

**· 病例报告 ·**

**髌关节脱位易被漏诊的上脛腓分离**

李卫平

(甘肃省中医院骨科,甘肃 兰州 730050)

上脛腓分离临床少见,文献中罕有报道。单纯上脛腓分离多因腓总神经损伤所致的脛前肌群和腓骨肌群瘫痪出现的马蹄足和疼痛就医,而髌关节脱位也易合并损伤坐骨神经而致足下垂,因此在髌脱位合并足下垂畸形者,往往不注意上脛腓关节部位的检查而被漏诊。

**1 病例介绍**

患者,男,35 岁因车祸直接暴力致伤右髌部,髌部疼痛,功能丧失。查:右下肢短缩 4cm,髌部肿胀,弹性固定,局部叩压痛(+++),右膝关节稍肿,足下垂畸形,拍片示:髌白粉碎性骨折,髌关节中心性脱位,右髌骨下极骨折,上脛腓,踝关节未见骨关节异常。入院后,行股骨髌上牵引 3 周,在腰麻下取髌股扩大切口行髌白骨折内固定,髌关节复位,髌骨下极骨折块摘除,术后仍将患肢外展,位于布朗氏架,维持股骨髌上牵引,两周伤口愈合拆线,逐渐行髌肌,股四头肌收缩锻炼,术后 6 周仍足下垂畸形,伸肌群运动,感觉仍无恢复,拆除股骨髌上牵引,搬动患肢,小腿外旋,意外发现上脛腓关节处有明显压痛,按压腓骨小头有异常活动,遂即诊为上脛腓关节脱

位损伤腓总神经,并在腰麻下行切开探查。术中见腓总神经色泽较暗,并有斑痕粘连,外形扁长松弛,无明显断裂,外旋小腿,腓骨小头向前外侧移动约 0.5cm,修补缝合上脛腓前外侧韧带,检查上脛腓关节稳定后,冲洗缝合,术后第 3 天即感小腿前外侧、足背、足底感觉恢复,术后 10 周,瘫痪伸肌群已基本恢复,肌力 4 级。

**2 讨论**

髌关节中心性脱位合并致伤坐骨神经罕有报道。因此在临床工作中,大凡髌部损伤合并坐骨神经损伤症状者,不再仔细追究鉴别,以致脛腓分离合并伤被漏诊,尤其 X 线片无明显提示上脛腓分离者,更易被漏诊。当直接暴力致伤髌部,下肢屈曲股二头肌及外侧副韧带松弛,躯体向反方向扭转,则腓骨头向外侧脱位,易致伤经过腓骨颈处的腓总神经,引起足下垂。坐骨神经损伤若位于髌臀部平面,则引起下肢屈肢关节功能障碍,踝关节及足趾运动功能丧失,足下垂,小腿外侧、后侧及足部感觉丧失,若于股部平面损伤,患肢踝关节及足趾运动丧失,足下垂。

(收稿:2002-09-25 编辑:李为农)