

度保护全身关节（肩、肘、髌、膝四大关节）、橡皮牙垫置于病人两侧磨牙间。将交流电休克机电压调至 110V，定时为 0.3 秒。电极置于病人头顶部、右颞部，通电后患者出现全身肌肉强直、抽搐等一系列抽搐发作表现（从略）。双下肢膝、髌先屈突然转变为直伸、抽动。发作之初听到髌关节处有骨折声响，发作停止后发现双下肢出现短缩外旋畸形，考虑到有股骨近端或股骨颈骨折发生。经拍骨盆片显示双侧股骨颈骨折。此例患者在入院常规胸片检查时，肋骨及胸骨等均正常，没有骨质疏松征象。电休克治疗后拍片（骨盆片）显示骨质疏松。为了进一步证明骨质疏松，加拍胸片和入院时胸片对比，骨质疏松明显。

讨 论

电休克治疗是治疗精神病的一种方法，副作用有：一过性头痛、恶心、呕吐及记忆减退等，骨折及脱臼少见，以脊柱压缩性骨折常见，其次是股骨颈骨折。本例青年患者，电休克治疗引起双侧股骨颈中段骨折，临床实属少见。分析其骨折的原因，作者认为

主要是患者长期接触光线少，营养欠佳，活动特别是双下肢活动少，致骨质代谢障碍而骨质疏松，电休克治疗时，由于肌肉强直有力收缩，造成股骨颈薄弱处骨折发生。为预防骨折、脱臼的发生，我们体会：电休克治疗时，助手保护病人四肢及关节一定要用力适度，切勿用力过度；在电休克治疗前，要详细询问病史，认真进行躯体检查，注意有无骨关节病，严格掌握适应症和禁忌症；对体质较弱或从事特种工作的患者在电休克治疗前可考虑先进行麻醉和给予肌肉松弛剂，即改良电休克治疗。

我们对本例双侧股骨颈骨折采取了双重治疗，即：骨折治疗（手法整复，皮肤牵引，局部敷药，外展夹板固定，内服高效接骨片、骨质增生丸以补肾壮骨）和骨质疏松的治疗（加强营养，多接触光线等）。1年3个月复查，X线片示：颈三角双侧均在130°左右，骨折线消失，无疼痛，下蹲正常。

（收稿：1996-02-06 修回：1996-07-30）

骨斑点症合并骨巨细胞瘤 1 例

巩四海 周玉林 李 琼

陕西省西安市红十字会医院（710054）

××，男，41岁，工人。以“右髌疼痛2月余，加重4天”之主诉于1995年5月29日收住我院。入院前2月，患者不明原因感右髌部疼痛、酸困，无发热及红肿。在基层医院诊断为“皮神经炎”及“髌关节炎”，治以局部封闭，口服解热镇痛药及激素类药物和右下肢皮肤牵引。疗效欠佳，症状呈进行性加重。入院前4天患者右髌撞于墙上，即感右髌部剧烈疼痛、肿胀，功能障碍。查体：发育营养正常，右下肢外旋位畸形，右髌部肿胀明显，压痛及纵轴叩击痛阳性，右髌关节功能活动受限，足趾血运及活动好，双下肢皮肤感觉无异常。血碱性磷酸酶、血糖及尿糖均在正常范围，血沉80mm/h，抗“O”及类风湿因子阴性，血常规检查未见异常。

X线片显示：骨盆及双侧腕骨、跗骨和股骨、肱骨、尺桡骨、胫腓骨等长管状骨骨端的松质骨内有散在的大小不一的致密影，髌骨上以髌臼为中心向周围弥散，其它各骨致密影长轴与骨的长轴平行；右股骨颈骨连续性中断，骨折偏股骨粗隆部有骨质破坏区并骨质疏松。

双髌MRI显示：右股骨颈病理性骨折；右髌关节腔积液，右股骨近端髓腔水肿；双髌（股骨近端）骨斑点症。

骨密度测定结果：右股骨上端骨矿物质含量及骨质密度低于正常值，左股骨上端骨矿物质含量及骨质密度明显增高。

病理检查：取右股骨上端病变部位之骨皮质及软组织作活检。活检术中可见右股骨上段骨质疏松明显，股骨颈处有约4cm×6cm的空洞，呈虫蚀样破坏。病理切片镜检结果：碎块骨组织中可见散在的多核瘤巨细胞及单核瘤细胞，其中部分单核瘤细胞有明显的异型性。在瘤组织中可见有较多的新骨形成，新生骨边缘有成骨细胞增生。病理诊断：骨巨细胞瘤II级伴囊变及骨折。

诊断：（1）骨斑点症；（2）骨巨细胞瘤II级；（3）右股骨颈骨折（病理性）。

讨论

骨斑点症和骨巨细胞瘤临床均有报道，但大多是单独发病，而骨斑点症合并骨巨细胞瘤很少见。本例

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 个月后去除石膏托，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