

• 病例报告 •

肩胛骨骨样骨瘤合并肩关节滑膜炎 1 例

乙军¹, 魏善武¹, 乙楠楠², 杨建¹, 徐丹¹
(1. 沭阳县人民医院骨科, 江苏 沭阳 223600; 2. 东南大学医学院)
关键词 肩胛骨; 骨瘤, 骨样; 滑膜炎; 肩关节

Osteoid osteoma of the scapula associated with synovitis of the shoulder: a case report YI Jun*, WEI Shan-wu, YI Nan-nan, YANG Jian, XU Dan. *Department of Orthopaedics, the People's Hospital of Shuyang Country, Shuyang 223600, Jiangsu, China

Key words Scapula; Osteoma, osteoid; Synovitis; Shoulder joint
Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2009, 22(6):472-473 www.zggszz.com

患者,男,16岁。6个月前无明显诱因出现活动时右肩部疼痛,1个月后表现为夜间疼痛,服用非甾体类消炎药疼痛可明显缓解。病程中不伴发热,无夜间盗汗。查体:右肩关节无明显肿胀,无明显肌肉萎缩,肩关节外展受限(85°),肩关节周围及喙突下方压痛。实验室检查:白细胞计数 5.2×10⁹/L,血沉 22 mm/h, C 反应蛋白 23 mg/L。X 线片无异常发现(图 1a)。MRI 示:右肩关节腔及周围软组织内见片状长 T1、长 T2 信号,压脂像为高信号;肩胛骨近关节盂处可见小圆形呈等 T1、稍长 T2 信号,周围见环形短 T1、长 T2 信号包绕(图 1b)。临床放射诊断为:肩胛骨骨髓炎、肩关节滑膜炎。应用抗生素和非甾体类消炎药治疗 2 个月,症状未缓解,患者仍诉夜间右肩部疼痛。回顾性分析图 1b 所示 MRI,确认此病灶可能是骨样骨瘤瘤巢。CT 扫描显示,右侧肩胛骨近关节盂处、喙突下方有一圆形直径约 9 mm 病灶(图 1c),病灶中心显示成骨趋势。最后临床诊断为:骨样骨瘤合并肩关节滑膜炎。

诊断明确后行手术治疗,通过常规的肩前切口,于关节盂下、邻近肩胛骨喙突的下方探查到一个直径约 1 cm 褐色肿瘤,术中见肩关节滑膜水肿、增厚,切除水肿、增生之滑膜组织。刮除肿瘤组织并凿除周围反应骨,自体髂骨充填骨腔。病理显示在丰富的血管及未成熟的骨小梁中可见成骨细胞增殖,这些成骨细胞的异型性较小;滑膜组织可见小血管扩张充血及炎性细胞渗出,病理诊断为骨样骨瘤,肩关节滑膜炎。术后肩部疼痛消失,术后 3 个月随访肩关节功能恢复正常。

讨论

骨样骨瘤的特征为边界清楚的瘤巢,其内充满成骨细胞,瘤巢周围包绕反应性硬化骨,局部无明显生长趋势,直径一般小于 1 cm^[1]。骨样骨瘤通常发生于长管状骨骨干,很少发生于扁骨,特别是肩胛骨。骨样骨瘤的某些特征使之诊断相对容易,80%的患者有夜间疼痛,对非甾体类消炎药敏感^[2]。邻近大关节的患者可能仅仅表现为非特异性关节炎,这种炎症性的过程被认为是前列腺素 E2 自瘤巢释放的结果。合并关节滑膜炎的骨样骨瘤常常涉及肘部、髋关节、踝关节,但合并肩关节滑膜炎的骨样骨瘤报道较少。

特殊部位的骨样骨瘤需与如下骨病鉴别^[3]:①慢性骨髓炎。为低度慢性化脓性感染,具有红、肿、热、痛等炎症症状,且有反复发作病史,好发于长骨干骺端,破坏区较大,骨皮质局限破坏,周围致密,有时有小死骨,但无瘤巢。②成骨细胞瘤。两者同属良性骨肿瘤,但成骨细胞瘤无骨样骨瘤特有的夜间疼痛,但发展较快,破坏区较大,直径常超过 2 cm,皮质膨胀明显,周围硬化轻微。③骨斑(bovespot)或骨岛(bone island),为松质骨内骨发育异常,呈骨岛状,一般无症状,无须治疗。

本病例病灶部位罕见, X 线片并未显示出病灶, MRI 成像中病灶的漏诊导致 2 个月后方做出准确诊断。MRI 虽然有助于探测病灶,但由于有广泛的软组织水肿、渗出,并伴有骨髓密度的变化,极易造成误诊,如诊断为骨感染。CT 不仅可以确定病灶位置,且通过典型的影像学表现早期即可作出明确



图 1 男,16岁,肩胛骨骨样骨瘤合并肩关节滑膜炎
1a. X 线片未显示异常
1b. MRI 示肩胛骨异常信号,关节腔内积液
1c. CT 示直径约 1 cm 圆形病灶,周围见硬化带,呈典型“牛眼”征

·手法介绍·

手法整复治疗跟骨骨折 36 例

郭建欣,高朝霞,张健

(新乐市中医院,河北 新乐 050700)

关键词 跟骨; 骨折; 正骨手法

Manipulative reduction for the treatment of calcaneal fractures in 36 cases GUO Jian-xin, GAO Zhao-xia, ZHANG Jian.

Xinle TCM Medicine Hospital, Xinle 050700, Hebei, China

Key words Calcaneus; Fractures; Bone setting manipulation

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2009, 22(6):473 www.zggszz.com

自 2002 年至 2007 年,采用俯卧屈膝足背贴胸法整复跟骨骨折 36 例,取得了满意的疗效,现总结如下。

1 临床资料

本组 36 例中,男 24 例,女 12 例;年龄 17~60 岁,平均 38.5 岁。单侧骨折 28 例,双侧骨折 8 例,共 44 足。按 Essex-Lopresti 分型^[1]: I 型未波及距下关节的骨折 27 足, II 型波及距下关节内的骨折 17 足。受伤原因:直接暴力伤 32 例,间接暴力伤 4 例。就诊时间为伤后 30 min~7 d。

2 治疗方法

2.1 固定材料 中号及大号石膏绷带各 2 卷,脱脂棉适量,绷带 2 轴。

2.2 整复方法 患者取俯卧位并屈膝 90°,助手按压患肢大腿后侧固定于床面,术者两手大鱼际按压足跟两侧,两小鱼际扳住跟腱部,并使患肢踝关节跖屈,足背贴于术者胸前,两手逐渐用力牵引。术者身体向后仰以增加牵引力,牵引时间 3~5 min。两大鱼际对向挤压,并左右摇摆患足跟,重复 3~4 次感觉骨折端移动,整复即告完成,但双手不能离开足跟,保持患足跖屈内收位。

2.3 固定方法 足跟两侧加棉垫,小腿前石膏夹固定,使石膏塑形于患足跖屈内收位,固定 6~8 周后去石膏扶拐逐渐负重行走。

2.4 术后处理 术后抬高患肢,口服消肿止痛接骨药物。

3 治疗结果

本组 36 例均获随访,时间 3 个月~2 年,平均 13.5 个月。

参考功能评定标准^[2]:良好,无疼痛或偶有酸痛,肌力正常,恢复原工作与步行;较好,轻度酸痛,肌力正常,但负重多后酸痛,能正常工作;较差,疼痛略重,踝关节活动比对侧受限>10°,轻度跛行,步行长路困难;不良,负重即疼,跛行,不能坚持原工作。本组结果,良好 28 例,较好 5 例,较差 3 例。

4 讨论

跟骨骨折为临床常见病、多发病,其发病机制多为自高处坠落垂直压缩或前足强力外展,使骰骨撞击跟骨,以及跟腱强力牵拉所致。治疗上目前多采用患者仰卧整复法,由于跟腱的拉力强大,整复时较为费力,并且需要助手较多。而本法让患者呈俯卧位,只需术者及助手两人即可,在整复过程中始终为术者一人用力,这样可使操作更为协调,且患者的足背紧贴术者胸部,两手交叉抱住足跟,使患足成-跖屈状态,有利于恢复足弓及 Böhler 角。对向挤压及左右摇摆,可恢复跟骨宽度,使小的骨块复位,同时使患足内收可防止骨块挤压腓骨长短肌腱产生的后期疼痛。我们总结了整复时应注意的几个要点:①俯卧屈膝;②足背贴胸;③跖屈牵引;④对向挤压;⑤左右摇摆;⑥患足内收跖屈固定。

参考文献

- [1] 刘立峰,蔡锦方.跟骨骨折的分型与治疗.中国骨伤,2004,17(8):510-511.
- [2] 许会敏,曹文宏,辛彦生,等.钢针撬拨内固定治疗跟骨骨折.中国骨伤,2001,14(6):376.

(收稿日期:2009-03-25 本文编辑:王玉蔓)

诊断。

骨样骨瘤具有自限性,无恶变倾向,治疗上多以外科手术切除瘤巢或破坏瘤巢组织为主,但也有运用药物保守治疗取得较好效果的报道。由于长期服用非甾体类抗炎药物可能导致一系列不良反应,以及废用性肌萎缩等问题,目前对该病的治疗多选择手术治疗。

参考文献

- [1] 吕洪海,薛克修,李晓燕.股骨上段骨样骨瘤冷冻治疗后病理学

骨折原因分析与对策.中国骨伤,2001,14(4):222.

- [2] 胥少汀.实用骨科学.第 3 版.北京:人民军医出版社,2006.1423-1426.
- [3] 郭院生,齐利海,韩书勇,等.骨样骨瘤误诊 4 例分析.中国误诊学杂志,2007,7(25):6060-6071.

(收稿日期:2008-12-10 本文编辑:王宏)