的前提是术中稳固的内固定。早期加强足趾远端及踝泵的活动,有利于静脉回流通畅,减轻下肢肿胀,避免深静脉血栓形成。拔除引流管后,指导患儿逐步加强股四头肌肌力锻炼和膝关节自主屈伸活动锻炼。为避免负重屈膝时前交叉韧带的张力增大导致内固定松脱、骨折块移位,我们要求所有患儿在接受手术后6周内限制患肢部分负重活动,且必须使用长腿直夹板保护,在床休息时则可去除夹板加强屈伸功能锻炼,术后6周摄片证实骨折稳定无移位,则可去除夹板自由负重活动。临床随访观察证实该方法在保证膝关节屈伸功能不受影响的情况下,保证了良好的骨折稳定愈合。

参考文献:

[1] Tudisco C, Giovarruscio R, Febo A, *et al*. Intercondylar eminence avulsion fracture in children: long-term follow-up of 14 cases at the end of skeletal growth[J]. J Pediatr Orthop B, 2010, 19(5): 403-408.

[2] Louis M L, Guillaume J M, Launay F, *et al*. Surgical management of type Ⅱ tibial intercondylar eminence fractures in children[J]. J Pediatr Orthop B, 2008, 17(5): 231-235.

[3] Vander-Have K L, Ganley T J, Kocher M S, *et al*. Arthrofibrosis after surgical fixation of tibial eminence fractures in children and adolescents [J]. Am J Sports Med, 2010, 38(2): 298-301.

[4] Wilfinger C, Castellani C, Raith J, *et al*. Nonoperative treatment of tibial spine fractures in children-38 patients with a minimum follow-up of 1 year[J]. J Orthop Trauma, 2009, 23(7): 519-524.

[5] Hunter R E, Willis J A. Arthroscopic fixation of avulsion fractures of the tibial eminence: technique and outcome [J]. Arthroscopy, 2004, 20(2): 113-121.

[6] Schmitgen G F, Utukuri M M. Arthroscopic treatment of tibial spine fractures in children: a review of three cases[J]. Knee, 2000, 7(2): 115-119.

[7] 刘玉杰, 王俊良, 齐玮, 等. 不可吸收缝线领带结套扎固定技术治疗胫骨髁间隆突撕脱骨折[J]. 中国修复重建外科杂志, 2011, 25(8): 903-906.

[8] Reynders P, Renyders K, Broos P. Pediatric and adolescent tibial eminence fractures: arthroscopic cannulated screw fixation[J]. J Trauma, 2002, 53(1): 49-54.

[9] Kocher M S, Micheli L J, Gerbino P, *et al*. Tibial eminence fractures in children: prevalence of meniscal entrapment [J]. Am J Sports Med, 2003, 31(3): 404-407.

[10] Chandler J T, Miller T K. Tibial eminence fracture with meniscal entrapment[J]. Arthroscopy, 1995, 11(4): 499-502.

[11] 刘云鹏, 杨柳, 唐康来, 等. 关节镜下陈旧性胫骨髁间棘骨折治疗[J]. 重庆医学, 2006, 35(13): 1159-1160, 1162.

(**收稿**:2011-08-04;**修回**:2011-09-15)

(编辑 王 红)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2011)23-2526-01

上颌窦结核误诊1例

梁小军[1], 杨 桦[1], 杨东宝[2] (400037 重庆, 第三军医大学新桥医院耳鼻咽喉科[1]; 408200 重庆, 重庆市丰都县人民医院耳鼻咽喉科[2])

[**关键词**] 结核; 上颌窦; 误诊

[**中图法分类号**] R529.8 [**文献标志码**] B

1 临床资料

患者,男性,60岁,因"右侧颌面部隆起伴鼻塞、反复鼻出血、头痛流泪10个月"于2010年3月入我院。患者入院10个月前右侧颌面部出现无明显诱因的黄豆大小隆起,伴右侧鼻塞及出血,量少,同时伴头痛流泪,偶伴面部麻木感,不伴潮热盗汗,局部隆起包块不伴红肿热痛及压痛。就诊于当地医院给予输液治疗(具体治疗不详)后症状无明显好转,此后患者未经特殊治疗,因患者右侧颌面部隆起包块明显增大,且鼻出血症状加重,来我院门诊给予鼻窦CT(图1A、B、C)提示右上颌窦肿瘤破坏吸收上颌窦前壁,可见尖牙窝处骨壁缺损,窦腔内组织与颌面部软组织粘连;上颌窦内侧骨壁破坏吸收,瘤体突入鼻腔;上颌窦后外侧骨壁大部分破坏吸收,瘤体突入翼腭窝及颞下窝;上颌窦顶壁破坏吸收,瘤体突入同侧眶内并伴有同侧筛窦侵犯。门诊以"右上颌窦肿瘤"收住入院。

[**通信作者**] 杨 桦, E-mail: yh55495@163.com

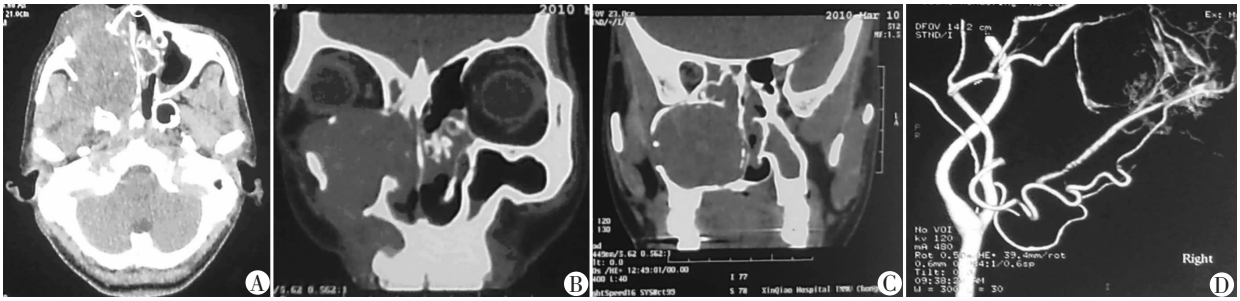
入院体检:体温36.4 ℃,脉搏76次/min,呼吸20次/min,血压133/83 mmHg,双侧颈部未扪及包块,心、肺、腹未见异常,颈部B超(淋巴结及甲状腺)未见明显异常,胸部X检查未见异常,专科检查:右侧颌面部尖牙窝处可见4 cm×5 cm包块,质软、无压痛、边界不清、活动度差;鼻内镜检查可见表面粗糙的暗红色新生物从右鼻腔外侧壁膨出,触之易出血。根据患者的CT表现及专科检查,初步诊断考虑"右上颌窦恶性肿瘤",但不排除"上颌窦血管瘤"可能[1],故行右鼻腔新生物活检及右上颌窦穿刺活检,活检时可见大量不易凝固的新鲜静脉血涌出,约200 ml。病理活检提示:鼻腔鼻窦黏膜慢性炎伴纤维血管组织退变、坏死及出血,因诊断可能为"右侧上颌窦血管瘤",为了解肿瘤组织的血供情况,给予患者行上颌窦肿瘤CTA检查提示:右侧上颌窦占位性病变由右侧颈外动脉发出2条分支血管参与供血,病灶周围骨质可见破坏(图1D),因患者的术前诊断很困难,再次病理活检发生大出血的风险性很大。为此,我们在充分考虑患者的医疗费用承受能力、术中出血的控制及手术视野的暴露问题后决定手术探查,并取出大体标本送病理检查明确诊断。

(下转2534页)

杂志, 2004, 7(3): 188 - 189.
[2] 中华医学会肝病学分会脂肪肝和酒精性肝病学组. 非酒精性脂肪性肝病诊疗指南[J]. 中华肝脏病杂志, 2006, 14(3): 161 - 163.
[3] 张素敏,陈斌斌,闫少芳. 高校退休人员脂肪肝患病情况及与体质指数、血脂水平的关系[J]. 中国慢性病预防与控制, 2009, 17(1): 66 - 67.
[4] Chen Q K, Chen H Y, Huang K H, *et al*. Clinical features and risk factors of patients with fatty liver in Guangzhou area[J]. World J Gastroenterol, 2004, 10(6): 899 - 902.
[5] Lee S, Kim Y J, Jeon T Y, *et al*. Obesity is the only independent factor associated with ultrasound-diagnosed non-alcoholic fatty liver disease: a cross-sectional case-control study[J]. Scand J Gastroenterol, 2006, 41(5): 566 - 572.
[6] 张素玲,王春秋,刘万芳. 超重及肥胖与脂肪肝的相关性分析[J]. 中华保健医学杂志, 2010, 12(3): 215.
[7] 周婷婷, 秦波, 郑天鹏, 等. 非酒精性脂肪肝患者血浆 FGF21 水平及与肥胖、胰岛素抵抗关系研究[J]. 第三军医大学学报, 2010, 32(3): 265 - 268.
[8] 张华捷,庄辉,刘学恩. 脂肪肝的流行病学研究进展[J]. 中华流行病学杂志, 2004, 25(7): 630 - 632.
[9] 徐林发,祝华君,叶林军, 等. 成年人脂肪肝与代谢综合征关系[J]. 中国公共卫生, 2010, 26(6): 764 - 765.
[10] Portincasa P, Grattagliano I, Palmieri V O, *et al*. Nonalcoholic steatohepatitis: recent advances from experimental models to clinical management[J]. Clin Biochem, 2005, 38(3): 203 - 217.
[11] Quiros-Tejeira R E, Rivera C A, Ziba T T, *et al*. Risk for nonalcoholic fatty liver disease in Hispanic youth with BMI > or =95th percentile[J]. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2007, 44(2): 228 - 236.

(**收稿**:2011-07-11;**修回**:2011-08-27)
(编辑 吴培红)

(上接2526页)



A:鼻窦横断位 CT 示右上颌窦前、后、内、外骨壁呈溶骨性破坏,可见瘤体突入翼腭窝;B:鼻窦冠状位 CT 示同侧眶内及筛窦侵犯;C:鼻窦冠状位 CT 示右侧颞下窝侵犯;D:CTA 检查示右侧上颌窦占位性病变由右侧颈外动脉发出 2 条分支血管参与供血

图 1 患者右侧上颌窦结核横断冠状 CT 及 CTA 表现

我们选择先行右侧颈外动脉暂时结扎,阻断瘤体的血供,再选择联合径路(Caldwell-Luc 径路 + 鼻内镜径路)清除病灶,完整清除瘤体后再松开右侧颈外动脉,术腔给予彻底止血后碘仿纱条填塞,术中出血控制良好,术中出血约 550 ml。术后大体标本送病理检查结果:右侧上颌窦组织可见大片凝固性坏死,可见部分上皮细胞及郎罕氏细胞,诊断为上颌窦结核(图 2)。后给予患者行 PPD 实验(+++),结核抗体(+),患者出院后给予 3HRZE/6HR 抗结核治疗,术后 1 年随访无复发。

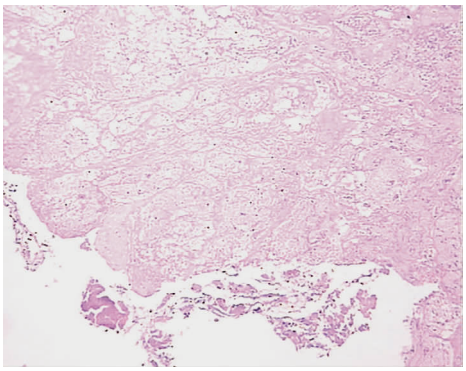


图 2 上颌窦结核患者右侧上颌窦组织病理观察(HE ×400)

2 讨论

鼻窦结核可分为原发性和继发性 2 种,前者结核菌经过空气污染和接触病菌直接侵入鼻窦,后者常继发肺结核和胃肠道结核[2]。本例患者因其他全身检查无结核的阳性体征,故原发性上颌窦结核的可能性较大。耳鼻咽喉部结核临床上相对少见,根据文献[3]报道,耳、鼻、咽、喉 4 处,鼻结核发病率低于咽喉和耳部居第 4 位,而无结核病史的原发性鼻窦结核更为少见,其术前诊断甚为困难。

回顾分析本例患者的病例特点,我们不难发现其他因素导致误诊的原因:①CT 扫描提示右侧上颌窦各骨壁呈溶骨性破坏,其骨质破坏为边缘性不规则缺损,支持恶性肿瘤的诊断;②鼻内镜检查提示突入鼻腔的瘤体呈暗红色,易出血,且右上颌窦穿刺活检时可见大量不易凝固的新鲜静脉血涌出;上颌窦 CTA 检查提示:右侧上颌窦占位性病变由右侧颈外动脉发出 2 条分支血管参与供血都支持上颌窦血管瘤的诊断。③上颌窦肿瘤位置深,在病理活检时取材可能较浅,活检病理标本很可能不具有其代表性,因此病理检查常为阴性。

通过以上分析,我们认为原发性鼻窦结核很可能具有“鼻窦恶性肿瘤”和“鼻窦血管瘤”的临床表现及体征,在今后的临床工作中应进一步加以重视。

参考文献:

[1] 方检生, 陶正德. 鼻腔及鼻窦海绵状血管瘤: 附 47 例临床分析[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1988, 23(3): 170.
[2] 孟雅琴, 张良. 上颌窦结核一例报告[J]. 天津医药, 2002, 30(8): 468.
[3] 郑中立. 耳鼻咽喉科诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 258 - 259.

(**收稿**:2011-07-20;**修回**:2011-08-12)
(编辑 张 维)