维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2004年第13卷第3期
J Regional Anat & Operative Surg,2004,Vol.13,No.3

多发性骨软骨瘤致左桡骨头脱位1例

陈志中[1]，李云波[2]
（重庆市长寿区中医院：1.骨科；2.放射科，重庆 401220）

[关键词] 骨软骨瘤；桡骨头；脱位
[中图分类号] R738.1；R274.21 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)03-0212-01

1 临床资料

患者，女，13岁，左肘渐进性骨端突起伴左前臂弯曲畸形、功能障碍5年余就诊。患者在7~8岁时发现左肘关节骨端突起，否认外伤史，在当地卫生院曾拍左肘X线片诊断为"左桡骨头脱位"，未能复位。5年来左肘关节骨端突起和左前臂弯曲畸形逐渐加重，活动差。查体：一般状态好，心肺未见异常，左桡左肘关节骨端骨头向外后脱位于肱骨髁上后外皮下，左前臂向桡侧弯曲短于右侧，左腕关节向尺侧显著倾斜，左肘及前臂活动受限，右肘及前臂未见异常；左上臂近端、左小腿近端内侧、右大腿远端内侧、右小腿远端前外侧可见并触及骨性肿块，无压痛。前臂X线正位片显示尺骨远端增粗变宽，骨皮质变薄，侧位片有两个近似半球形肿块，分别向掌侧和背侧突出，略呈哑铃状。基底中心部松质骨与髓腔密度接近，有光整的薄层外壳与正常骨皮质延续，边界清楚，无骨膜反应。尺骨缩短，桡骨弯曲，桡骨远端长于尺骨2 cm，下尺桡关节脱位。桡骨头向后外脱位高于尺骨冠状突3.5 cm。其余部位X线片显示：双肩胛骨，双肱骨近端，双髂骨嵴，双股骨近、远端，双胫腓骨近、远端均有大小不等的骨赘突起。右尺桡骨未见异常。对左股骨远端肿块行针穿活检，病理诊断为骨软骨瘤。追问家族中无类似病人，患儿母亲放弃治疗。

2 讨论

多发性骨软骨瘤的典型发病部位是股骨、胫骨、腓骨的远近端及肱骨近端，常对称发病，有家族病史，男性多见，如无任何症状无特殊治疗，出现毗邻血管、神经受压症状可切除局部肿瘤，畸形严重需行矫形术，预后较好，仅有5%恶变率[1,2]。本例伴随左尺骨远端发病并致桡骨头脱位较少见，亦无明确家族病史，需注意的是，尺桡骨X线片应充分显示尺、桡骨远近端，以免漏诊；如在发病之初能给予及时分期矫正可望保存肘和前臂功能。

[参考文献]

[1] 胥少汀，葛宝丰，徐印坎. 实用骨科学[M]. 第2版. 北京：人民军医出版社，1999.1323-1324.
[2] 张德强，郝敬东，张锡庆，等. 多发性骨软骨瘤病[J]. 中华小儿外科杂志，2003，24(2)：182-183.

[收稿日期] 2004-03-20 [修回日期] 2004-04-09

（编辑：蒋登金）

43例青年自发性气胸的临床分析

黄自清，殷建兵，钟俊波
（自贡市第三人民医院胸心外科，四川 自贡 643020）

[关键词] 青年；自发性气胸；临床分析
[中图分类号]R161.5；R561.4 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2004)03-0212-02

1995年1月至2003年3月，我科共手术治疗青年自发性气胸43例。现就青年自发性气胸发病的病因和手术指征进行讨论如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

43例自发性气胸中，男性38例，女性5例。发病年龄17~35岁，平均年龄24岁。右侧8例，左侧35例。主要临床表现为胸痛、气促、胸闷。发病情况为：首发病例4例，二次发病32例，发病三次以上7例。发病后置胸腔闭式引流40例，持续置管时间最长为43 d，从发病至手术时间为3~45 d不等，平均为26 d。

1.2 手术方法

43例均行手术治疗，其中21例为开胸手术，22例在胸腔镜辅助下手术。手术发现：肺大泡破裂41例，肺尖部表面瘢痕1例，胸腔顶部粘连带将肺尖表面撕裂漏气1例。其中肺大泡基底部周围有瘢痕样变2例，病变部位均在肺尖，多数有肺小泡

[收稿日期]2004-02-28 [修回日期]2004-04-29

维普资讯 http://www.cqvip.com

病变并存;胸腔顶部有不同程度的粘连38例。手术行肺大部切除或结扎40例,行局部楔形切除3例。因扪及有小结节,行胸膜粘连分离术31例。

2 结果

本组病例中有一例术后肺未复张,术后16 h仍有大量气体排除,给予再次手术探查,术中仍未发现有新的病灶,原结扎处无漏气,给予纤支镜检查发现气道内有大量的稠痰,经吸出后,术后第三天肺已完全复张,无气体排除。其余患者术后肺均完全复张,无任何并发症,随访无复发。

3 讨论

青年自发性气胸为胸外科常见疾病。2年内复发率为25%,两次发病后复发率可高达50%~80%。因保守治疗复发率较高,近年来随着胸腔镜的发展,多主张外科手术治疗,但手术介入时机不统一。石应康[1]认为以下情况需要手术治疗:①首次发作持续漏气>5 d;②大量漏气妨碍肺复张;③双侧性气胸;④合并血胸;⑤特殊职业,如飞行员,潜水员;⑥缺乏医疗条件地区患者;⑦胸片发现巨大囊肿。据有关资料表明[2],首次自发性气胸多数在2周内可自愈,认为手术时机应为2周后。对第二次发作的自发性气胸,多数学者认为应手术治疗。对首次发病患者本文认为最好尽早给予手术治疗。在胸腔镜辅助下进行手术对患者的损伤更小,能较有效的防止复发。

根据本组资料分析,青年自发性气胸发病的原因有肺大泡破裂(41/43),炎性瘢痕(1/43),粘连带撕裂伤(1/43),病变部位大部分在肺尖部。胡旭东等[3]报道128例自发性气胸,经手术治疗的41例均由肺大泡破裂引起。老年自发性气胸多为继发性,且多继发于慢性阻塞性肺炎;而青年自发性气胸除肺大泡外常无明显基础肺部病变,称为特发性气胸,弹力纤维先天发育不良或非特异性炎性瘢痕,可能是形成这种肺大泡破裂的原因。特发性气胸多见于瘦高体型的男性青壮年,本组病例中男性38例,其中有31例属于此类型。此外,自发性气胸与胸腔粘连也有一定关系。多数患者胸腔内有不同程度的粘连,粘连在气胸发作前已存在,或因胸腔闭式引流所致;术中发现此粘连使肺不能进一步萎缩,在肺不能复张的情况下,肺大泡被悬挂,形成破口持续漏气。病程越长者,粘连越广泛,甚至在肺表面形成纤维膜,限制肺复张。因此本文认为自发性气胸采取手术治疗的理由有:①可极大的减少复发;②改善肺复张;③治疗持续漏气;④治疗合并症,如血胸等。

[参考文献]

[1] 石应康.胸心外科学[M].北京:人民卫生出版社,2000.16.
[2] 刘伦旭,周清华,陈桂枝,等.青年自发性气胸、血胸的临床分析[J].中国胸心血管外科临床杂志,2001,8(2):136-137.
[3] 胡旭东,王乾华,彭荣宗,等.自发性气胸治疗结果的临床观察[J].中国胸心血管外科临床杂志,1995,2(2):92-93.

(编辑:黄春霞)

腋臭的治疗方法

刘仕勇
(解放军77156部队医院外科,四川 乐山 614000)

[关键词] 腋臭;治疗方法
[中图分类号] R758.741 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)03-0213-02

腋臭又称狐臭,臭味的来源是由于患者大汗腺排泄的汗液受到皮肤表面细菌,其中主要是葡萄球菌的分解产生不饱和脂肪酸。大汗腺仅局限于有毛部位,常开口于毛囊内,多位于表皮深层,有的可达皮下组织,青壮年多见,有碍交往,易遭旁人厌恶,自己悲观。因此治疗者颇多,治疗方法也多样,目前主要采用外涂药法、手术法、皮内注射法。

1 外涂药法

常用外涂药有龙脑、明矾各适量碾成的细粉、半月清、名露液等。腋窝局部涂或撒腐蚀性药,破坏毛囊,使毛囊孔关闭,短时间内腋臭消除。由于大汗腺未遭破坏,易复发,反复用药,皮肤逐渐纤维化及皮下粘连。外涂药治疗成本低、方便,患者又缺乏这方面的了解,目前还有一定的市场。

[收稿日期] 2004-02-12 [修回日期] 2004-03-16

2 手术法

包括腋窝小切口皮下灼刮术、腋窝汗毛区皮肤切除缝合术、腋窝汗毛区皮肤切除原位植皮术等。

2.1 腋窝小切口皮下灼刮术

切一小口,将毛囊内皮肤剥离成皮瓣,用金属刮匙皮下灼刮,破坏汗腺,消除腋臭。但汗腺破坏有限,不能彻底治愈,并有皮瓣坏死、皮瓣下积液、感染等并发症的发生。肥胖型患者效果更差,出现并发症的可能性更大。

2.2 腋窝汗毛区皮肤切除缝合术

切除腋窝汗毛区皮肤,达到消除腋臭。但腋毛区大的病人,去除皮肤多,切口缝合张力大,术后易引起皮肤坏死、切口裂开、感染等并发症,从而引起腋部功能障碍。去除皮肤少,又不能治愈腋臭,病程长达10~15 d。