

2. 天津医院. 临床骨科学(创伤分册), 北京: 人民卫生出版社, 1982; 319~333.
 3. 戴克戎, 苑建新, 高玉兰, 等. 螺钉穿刺插钉内固定治疗新鲜股骨颈骨折. 中华骨科杂志 1981; 1(1): 42.
 4. 马志新, 李晓东, 邵斌, 等. 类桁架型多针内固定治疗股骨颈

骨折的实验研究和临床运用. 中华骨科杂志 1993; 13(1): 55
 5. 梁雨田, 卢世璧, 张伯勋, 等. 经皮加压螺丝钉治疗股骨颈骨折. 中华骨科杂志 1991; 11(4): 252
 (收稿: 1996—09—10)

手部与其它部位血管球瘤的病理学分型与临床特点

北京医院(100730)

路奎元 张子诚 王英氏

临床素有“疼痛性”结节之称的血管球瘤是一种良性错构瘤, 多因自觉疼痛或压痛而就诊, 自 1812 年报告本病以来, 国内外已有许多临床和病理学报告。此种肿瘤发病不仅在手指, 身体其它部位亦有发生, 但就其病理学分型与临床关系论述不多。手指处与身体其它部位的血管球瘤是否有差别亦无人报告。现就 1981 年以来本院收集的 20 例血管球瘤报告如下。

临床资料

20 例血管球瘤按发病部位分为两组: A 组: 血管球瘤发生于手指部, 可查到记录者 15 例, 男 2 例, 女 13 例, 年龄 16~42 岁, 平均年龄 33 岁(见表 1); B 组: 发生在身体除手指外的其它部位的血管球瘤, 分在在胃、肘、小腿、腋和膝部共 5 例, 男 3 例, 女 2 例, 年龄 17~67 岁, 平均年龄 47 岁(见表 2)。

所有送检标本经 10% 福尔马林固定, 常规石蜡切片, HE 染色。为了确定肿瘤组织中某些结构及成分, 加染 VG、PAS 和 Desmin 免疫组化。

病理学检查及结果

肉眼见肿物多为圆形或卵圆形, 呈灰白色或紫红色, 边界清楚, 看不清包膜。A 组肿瘤平均直径 0.42cm, B 组肿瘤平均直径 0.98cm。显微镜下观察主要有两种分型。A 组肿瘤为实性团块, 瘤细胞排列紧密, 簇集成团, 血管少而管腔狭小, 排列紧密的瘤细胞边缘可见有梭形细胞, 与血管壁平滑肌相移行, 偶见有血管球瘤样器官出现在瘤体外。VG 染色显示有胶原纤维, Desmin 免疫组化亦有纤维成分出现。间质有程度不等的粘液变性或水肿, 甚至累及瘤细胞, 呈 PAS 反应阳性。肿瘤的边界清楚, 有纤维包膜。B 组的组织结构酷似海绵状血管瘤, 瘤细胞形态规则, 大小一致, 呈圆形或多角形, 胞浆轻度嗜伊红, 核圆位于细胞中央。细胞排列疏松, 分布在扩张的血管之间, 细胞间的纤维组织无明显的

间变。PAS 染色反应为阴性, VG 染色可显出纤维, 未发现阳性反映纤维, 看不到黄色的平滑肌纤维, Desmin 免疫组化能显示有纤维成分。

表 1 A 组血管球瘤

性别	年龄	临床表现	临床诊断	病理分型	直径 (cm)
1 男	38	拇指痛性肿物 5 月	肿物	血管瘤型	0.84
2 男	32	不详	甲下血管瘤	变性型	0.3
3 女	25	不详	血管球瘤	变性型	0.3
4 女	16	指甲暗红伴疼痛	血管球瘤	变性型	0.5
5 女	41	指甲紫伴疼痛 12 年	血管球瘤	变性型	0.6
6 女	30	拇甲痛 1 月	不详	变性型	0.5
7 女	40	中指根痛	神经纤维瘤	变性型	0.2
8 女	33	拇甲紫黑伴痛 6 年	血管球瘤	变性型	0.3
9 女	20	不详	甲床血管瘤	变性型	0.2
10 女	34	不详	甲下血管瘤	混合型	0.2
11 女	38	不详	环指血管瘤	变性型	0.5
12 女	38	指甲突起 3 年	血管球瘤	变性型	0.3
13 女	37	不详	血管球瘤	变性型	0.6
14 女	42	示指尖痛 7 年	纤维瘤	变性型	0.4
15 女	34	拇指甲根痛	血管球瘤	变性型	0.5

表 2 B 组血管球瘤

性别	年龄	临床表现	临床诊断	病理分型	直径 (cm)
1 男	67	膝部疼痛性紫斑	肿物	血管瘤型	0.96
2 男	58	左腋皮肤紫褐色	血管瘤	混合型	0.92
3 男	50	左肘皮肤紫红疼痛	血管瘤	血管瘤型	0.7
4 女	17	小腿外紫红伴疼痛	静脉瘤	血管瘤型	0.8
5 女	44	反复便血 3 年	胃平滑肌瘤	血管瘤型	1.5

讨 论

本病的病理组织学已有多次报告^(1,2), 与临床有何

关系至今尚缺乏文献报道。我们将血管球瘤以发病部位分组,结合病理学观察和临床表现,将其分为两型:变性型和血管瘤型,其临床表现和病理学都各有特点。

变性型:全部发生在指部,以女性居多,年龄偏小,男女之比约为 1:4.15 例手指部肿瘤中有 13 例表现为变性,1 例表现为血管瘤型,1 例既有变性,又表现有海绵状血管瘤特点。自觉疼痛和压痛者占 53%,其余为甲隆起、指甲变红紫等,症状不详有 6 例。术前诊断为血管球瘤者 8 例,诊断为血管瘤 3 例,其余则被认为是纤维瘤、神经纤维瘤或肿物等。本型肿瘤大体标本体积小,镜下有密集成团的瘤细胞,间质有不同程度的粘液变性。由于血管球大多在指端^[3],局部组织紧密,特别是甲下限制肿瘤的生长,加之易有损伤或摩擦,变性为其特点。指端感觉神经丰富,多数病人有疼痛的主诉。

血管瘤型:分别发生在膝、腋、小腿、肘和胃,5 例病人的平均年龄大于变性型的病人。男女之比为 3:2。主要临床表现为皮肤颜色的变化,3 例还伴有疼痛。胃部的血管球瘤表现为反复便血 3 年。术前诊断无一诊断正确。本型肿瘤为紫红色肿物,体积大,质软。镜下类似于海绵状血管瘤,间质内几乎看不到粘液变性。其它作

者曾报告过骨、肌肉、子宫和泌尿系统的血管球瘤^[4,5]。由于肿瘤位于组织疏松区,血供丰富,瘤体也较大。

以往多数文献报告血管球瘤有完整包膜^[1,2,3,5]。本文除 1 例 1.5cm 的胃部肿瘤有包膜外,其余均无此类记录。可以想见,平均直径 0.4cm 的小结节,肉眼能看到包膜是不易的,况且本病为非真性、错构性肿瘤。显微镜下,肿瘤界限清楚的占 80%,有包膜者占 45%。这符合界限清楚无包膜的描述,记录为“完整包膜”的报告值得商榷。

参考文献

1. Masson P. La glomos neuromyo-arteriel desregions tactileses tumore. Lyon Chir 1924;21:25.
2. 胡有谷,等. 血管球瘤. 中华医学杂志 1980;60(3):124.
3. David JB, et al. Even's histological appearance of tumores. New York:Churchill Livington,1978:74.
4. 武汉医学院. 外科病理学. 北京:人民卫生出版社,1977:551.
5. 朱博明,等. 血管球瘤. 哈尔滨医科大学学报 1990;24(5):424.

(收稿:1996—03—21;修回:1996—08—30)

梅花针加钢丝内固定治疗股骨粗隆下粉碎性骨折

黑龙江省佳木斯市中医院(154002)

刘贵成 邹志新 高 鹤

我们应用梅花型髓内针加钢丝内固定治疗股骨粗隆下粉碎性骨折 31 例,疗效比较满意,报告如下。

临床资料 本组 31 例中男 21 例,女 10 例;年龄 17~76 岁;伤后至手术时间 2~14 天。

治疗方法 术前予患肢皮牵引。手术采用硬膜外麻醉,病人取仰卧位。患侧臀部垫高,作大粗隆下纵切口约 10~12cm,显露骨折端。用 4.5mm 钻头经近折端打一隧道,以防止逆行打梅花针时粗隆部骨质劈裂。选一合适梅花针由近端逆行打入,复位前,先用 2~3 股钢丝在游离的小粗隆骨膜下穿入,在骨折复位后,顺行打入梅花针,将游离的小粗隆折片复位,旋紧钢丝。术后可维持患肢皮牵引 4~6 周,8 周后可扶拐下床。

治疗结果 本组 31 例经 6~18 个月随访,骨性愈合时间为 10~14 周,无 1 例骨不连接和髓内翻等并发

症发生。髋关节功能,除 3 例高龄病人练功较晚发生屈髋受限外,其它病人均达到正常。

讨论 本组 31 例粗隆下骨折病人,均为粉碎不稳定型骨折,小粗隆成为游离折片,由于小粗隆受髂腰肌的牵拉,移位严重,破坏了股骨距的正常结构。由于小粗隆的移位,股骨内侧骨皮质失去了支撑力。或者股骨内侧皮质塌陷、粉碎等是形成髓内翻的一个原因。

选用梅花针加钢丝内固定治疗股骨粗隆下不稳定型骨折,由于梅花针做髓腔内固定,抗剪力、抗折弯强度均大于钢板,钢丝捆绑小粗隆,恢复了股骨距的正常结构,也增强了股骨内侧皮质的应力,同时,钢丝捆绑也对梅花针的髓腔内固定是一种加强。此种方法内固定,有效地防止了髓内翻等并发症的发生。

(收稿:1997—05—21)