

3 张子军,卢世璧,王继芳,等. 引导性骨再生过程的实验研究. 中华骨科杂志,1995,15(9):61.

4 张浩,卢世璧,王继芳. 去除外骨膜对引导性骨再生模型成骨过程的影响. 中华外科杂志,1998,36:66-69.

5 Nielsen FF, Karring T, Gogolewskis S. Biodegradable guide for bone regeneration. Acta Orthop scand,1992,63:66-69.

6 张浩,卢世璧,王继芳. 引导性骨再生模型成骨特点及骨髓的作用. 中华骨科杂志,1998,18(9):540-543.

7 吴祖尧. 诱导成骨与骨形态发生蛋白. 中华骨科杂志,1998,18(3):231-234.

8 Takata T, D'Errico JA, Atkins KB, et al. Protein extracts of dentin affect proliferation and differentiation of osteoprogenitor cells in vitro. J Periodontol, 1998, 69:1247-1255.

9 王伟. 成纤维细胞生长因子诱导骨形成研究进展. 国外医学口腔医学分册, 1998, 25(6):340-342.

10 宁江海. 细胞外基质与骨损伤修复. 国外医学·口腔医学分册, 2000, 27(1):41-44.

11 Peter E, Tr-Sun Kim, Harald S, et al. Guided tissue regeneration with bioabsorbable barriers: Intro-bony defects and class furcations. J Periodontal, 2000, 71:999-1008.

12 Shahram Z, Roman L, Gerard B, et al. Evaluation of a diphenyl-phosphorylazide-crosslinked collagen membrane for guided bone regeneration in mandibular defects in rats. J Periodontal, 1998, 69:1238-1246.

13 Peter E, Markus L, Douglas KB, et al. Periodontal surgery of vertical bony defects with or without synthetic bioabsorbable barriers. 12-month results. J Periodontal, 1998, 69:1210-1217.

14 Koyama Y. Study on regeneration of mandibular bone with bioabsorbable organic/inorganic composite membrane. Kokubyo Gakkai Zasshi, 2000, 67(1):63-69.

15 Crump TB, Francisco, Harrison, et al. Influence of three membrane types on healing of bone defects. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1996, 82(4):365-374.

16 Thitiwan T, Charles WS, Lewis JC, et al. Clinical comparison of bioabsorbable barriers with non-resorbable barriers in guided tissue regeneration in the treatment of human intro-bony defects. J Periodontal, 1998, 69:632-641.

17 Koichi I, Koichi N, Seidai M. Effects of bioabsorbable and non-resorbable barrier membranes on bone augmentation in rabbit calvaria. J Periodontol, 1998, 69:1229-1237.

18 Bartee BK. Evaluation of a new polytetrafluoroethylene guided tissue regeneration membrane in healing extraction sites. J Contemp Educ-Dent, 1998, 19(2):1256-1264.

(收稿:2001-09-28 编辑:李为农)

## 病例报告 ·

### 骶尾部脊索瘤误诊为腰椎间盘突出症一例

刘建业 张云峰 苏明华 周再华  
(保山地区中医院,云南 保山 678000)

患者,女,29岁,因妊娠期腰及双下肢疼痛5个月,于产后半月二便失禁,双下肢无力,无潮热盗汗,在当地诊断为腰椎间盘突出症,并在1个月后进行L<sub>5</sub>S<sub>1</sub>全椎板髓核摘除术,术后疼痛稍减。20余天后,腰骶部疼痛剧烈,给予抗感染治疗,疗效不显。于2个月后,我院以“骶尾部肿瘤待排?”收入院,查:骶部膨大,向后凸起,肿块约25cm×25cm,边界不清,质地中等,压痛,无波动感,二便失禁,双下肢肌力Ⅱ级,皮肤痛、温、触觉消失,膝跟腱反射消失,骨盆分离挤压试验(+),肛门指检:扩约肌松弛,骶骨前缘无肿块。X片提示:骶椎明显膨大近一倍,双骶髂关节处呈溶骨性破坏,尾椎后缘骨膜隆起。术前胸部X线片有散在结核钙化点,术前CT示:L<sub>5</sub>S<sub>1</sub>椎间盘突出,余(-)。细阅该片可见骶椎稍膨大。ESR:76mm/h,ASO 500<sup>u</sup>,CRP(+),ALP44u/L,WBC18.5×10<sup>9</sup>/L,RBC3.3×10<sup>12</sup>/L,Hb95g/L,N83%,L17%,骶椎组织活检:肉眼见组织有一层包膜,包膜下呈白色半透明胶冻样物质,易出血。镜下见:切面灰白实性分叶状,瘤细胞索状排列,可见囊泡状细胞。结果:脊索瘤(低度恶化),最后确诊为:巨大脊索瘤。

#### 讨论

脊索瘤是一种较少见的低度恶性性肿瘤,由胚胎时期残

留的脊索组织发生,多发生于骶骨及蝶枕部,肿瘤生长缓慢,浸润局部,穿破骨质到骨外向周围软组织生长的,表面均覆以一层纤细包膜,故不穿破到邻近腔器内,骶尾部脊索瘤通常可引起腰痛,坐骨神经痛和大小便紊乱,且手术治疗选用与周围正常组织边缘一起切除,但术后极易复发,对化疗、放疗不敏感。

对疾病的诊断不能完全依靠CT、X线,而应根据患者的症状、体征、生化检查,综合分析,才能下结论,我们认为:患者术前(产后20余天)已有二便失禁,腰及双下肢症状,虽然CT片、X线提示L<sub>5</sub>S<sub>1</sub>椎间盘突出,但此时已出现骶椎膨大,但未进行骶椎CT加扫,在情况不明下,凭腰椎CT就下结论是不可取的。我们考虑,当初脊索瘤已波及骶神经而致二便失禁。患者术后骶尾椎疼痛剧烈,双下肢症状未消,二便失禁,骶尾椎明显膨大畸形,就应考虑其它诊断,而做进一步检查,我们认为L<sub>5</sub>S<sub>1</sub>全椎板髓核摘除术激化了脊索瘤的生长,使其在短短3个月生长成为25cm×25cm,其生长速度是比较快的。在偏远地区医疗设备不足,当然脊索瘤也可能误诊为其它肿瘤,但最后诊断依据是病理检查。如果能在早、中期确诊,手术清除病灶比较容易。

(收稿:2001-01-19 编辑:李为农)