

## • 临床研究 •

## 截肢与瘤段刮除加植骨术治疗股骨下端骨巨细胞瘤

Treatment of giant cell tumor of bone in the distal femur with amputated extremity and tumor curettement combined with bone grafting

刘琳<sup>1</sup>, 韩国瑞<sup>2</sup>, 胡爱侠<sup>1</sup>

LIU Lin, HAN Guorui, HU Aixia

关键词 骨瘤; 股骨; 截肢术; 骨移植 **Key words** Osteoma; Femur; Amputation; Bone transplantation

骨巨细胞瘤(giant cell tumor of bone)是介于良、恶性之间,列为低度恶性或潜在恶性的骨肿瘤,我科自 1997 年 2 月-2002 年 5 月采用截肢结合瘤段刮除加植骨术对其进行治疗,取得满意效果。

## 1 临床资料

本组 15 例,其中男 9 例,女 6 例;年龄 16~45 岁,平均 32 岁。均有完整的影像学资料和病理报告。按 Jaffe 标准分型: I 级 10 例, II 级 4 例, III 级 1 例。其中伴患肢麻木 3 例,伴疼痛、肿胀 8 例,伴酸沉不适 10 例,伴局部皮温增高 2 例,伴静脉曲张 2 例。CT 及 X 线表现:呈囊状溶骨破坏改变 13 例,骨皮质变薄膨胀呈球样,骨壳包绕低密度的瘤性实质,并呈虫蚀样、斑驳样改变;出现骨膜反应 2 例,呈现 Codman 氏三角 1 例,葱皮样骨膜反应 1 例。病理检查:本组所有标本均以常规 HE 染色,并作网状纤维及 VG 染色。肿瘤的类型采用 Jaffe 诊断标准,确定骨巨细胞瘤 15 例,其中 2 例发生恶变。大体形态:3 例位于骨干,12 例位于骨骺部,瘤体呈偏心性,切面较软,呈灰白色或灰红色,质软如鱼肉,多半轻重不一的出血坏死及囊性变。镜下形态:肿瘤主要成分为基底细胞和多核巨细胞构成。良性骨巨细胞瘤,基底细胞无异型性,多核巨细胞之体积较大,量多,核多,核大小一致。胞质红染,常含有颗粒状物。恶性骨巨细胞瘤,基质细胞呈明显的异型性,多核巨细胞较少且小,核也少。

## 2 治疗方法

首选手术治疗,术式:瘤段刮除加植骨术 13 例,

发生恶变的 2 例行截肢术。手术方法:在连硬外麻醉下,作股骨髓内侧或外侧波状切口,如病灶位于内髁部,可在股内侧肌与内收大肌腱之间进入,将股侧肌从关节囊扩张部上切下,再切断该肌在股骨上部分附着并牵向外侧,即显露内髁部;病变位于外侧,切断阔筋膜,将股外侧肌从关节囊扩张部及外侧肌间隔切下,并牵向内侧,即可显露外髁部病灶。然后视病灶大小开窗,以保证直视下彻底刮除肿瘤为度,用刮齿彻底刮除,勿留死角,注意保护术野不为瘤细胞污染。刮除后用纱布团蘸碘酒,取溶液覆盖骨壁灭活 10 min,周围均匀灭活,用纱布保护正常组织,勿损伤周围重要血管神经。刮除后骨腔壁必须保持丰富的血液供应,是植骨愈合的首要条件。取自体髂骨或异体骨植入瘤腔,异体骨应保留网状支架,以减少术后排异反应。如瘤腔甚大或残留骨壳十分薄弱,可采用 L 型或分叉钢板内固定。术后管形石膏外固定;2 级者可行瘤段截除,腓骨植入术;3 级者则可直接行高位截肢术,术中应严格执行无菌操作,术后行残肢功能锻炼,早期安装假肢。

## 3 结果

术后 3 个月,11 例 X 线显示植入骨块临床愈合;2 例无愈合征象。术后半年,2 例复发,后行截肢术,2 例均在 5 年内死亡。本组随访 5 年,术后复发率为 13.33%,生存率为 86.7%。

## 4 讨论

骨巨细胞瘤在我国发病率约占全部骨肿瘤的 18.4%<sup>[1]</sup>,仅次于骨软骨瘤,尤其好发于股骨下端和胫骨上端。近年,股骨下端骨巨细胞尤为多见,且有低龄化、复发率增高趋势。CT 检查可明确定位,并更清楚地显示肿瘤向骨外突出与侵犯,提供早期诊

1. 商丘市中心医院,河南 商丘 476000; 2. 柘城县梁庄乡医院骨科

断依据,同时又可作为术后复查了解有无复发的重要手段<sup>[2]</sup>。

膝关节是人体主要负重关节,而股骨髁是关节重要组成部分。因此,术后保留关节应尽量从利于关节功能恢复出发,选择合适术式既关系到患者的生命,又关系到生活质量。瘤骨骨壳碘酒灭活再植方法简单、安全,具有较好的生物学重建和无免疫反应的优点<sup>[3]</sup>。我们初步认为良性即 1 级者可行局部刮除加灭活植骨术,碘酒具有较强渗透性,可使蛋白凝固,细胞死亡;恶性低度或 2 级者可采用瘤段截除,腓骨移植术;有明显恶变倾向者行高位截肢术。

在截肢和刮除植骨术的选择上,提高首次治疗彻底性与可靠性是防止复发的主要措施,反复多次

刮除可导致肉瘤变。术后肺转移多由于局部反复发作和处理不彻底造成。高位截肢要慎重考虑选择,可在术中取材快速活检,参考家属意见后方可施术。有明显恶变的病例,截肢后存活率大大高于其他类恶性肿瘤。根据具体情况而选择合适术式是提高患者术后生存率的重要措施。

参考文献

- 1 陆裕林,葛宝丰,徐印秋.实用骨科学.北京:人民卫生出版社,1991.1450-1455.
- 2 卢仁羿.CT 在骨与软组织肿瘤诊断中的应用.中华骨科杂志,2000,20(增刊):13-17.
- 3 徐万鹏,郭卫,杨荣利,等.骨肿瘤的保肢术及其进展.中华骨科杂志,2000,20(增刊):47-49.

(收稿日期:2003-07-22 本文编辑:王宏)

### 儿童寰枢椎旋转移位 17 例治疗分析

#### Treatment of atlantoepistrophic rotation displacement in children: A report of 17 cases

仝允辉, 万富安

TONG Yun hui, WAN Fu an

关键词 寰枢关节; 骨科手法; 儿童 **Key words** Atlantoaxial joint; Orthopedic manipulation; Child

儿童寰枢椎旋转移位在儿童上颈椎损伤中最为常见,上感、颈部炎症、轻微外伤均可致病。早期准确的诊断,及时得当的治疗相当重要,否则易发生上颈椎不稳,不仅使高位颈脊髓处于危险状态,而且长期斜颈可致使颜面发育不对称等<sup>[1]</sup>。我院自1995年7月-1998年12月收治儿童寰枢椎旋转移位17例,以枕颌带牵引,配合手法治疗,疗效满意。报告如下。

#### 1 临床资料

本组 17 例,其中男 11 例,女 6 例;年龄 3~12 岁,平均 6 岁;病程 1~63 d,平均 7 d;颈部外伤 9 例,上感 5 例,类风湿性关节炎 1 例,原因不明 2 例。临床表现:本组均表现为头倾向一侧,下颌转向对侧,同时颈部有轻度前屈,急性期患儿拒绝转动头部,被动转动时疼痛加重,枕颈部压痛,枕颈区变平,枢椎棘突偏移,并明显突起。影像检查:①齿突与侧块间隙:17 例均不相等,其中差值 2 mm 8 例,3 mm

6 例,4 mm 2 例,5 mm 1 例,平均差值 2.4 mm;②寰枢关节间隙:即寰椎下关节面与枢椎上关节面之间隙,均不对称,差值 1 mm 8 例,2 mm 7 例,3 mm 2 例,平均 1.7 mm;③向右旋转移位 10 例,向左旋转移位 7 例,合并前移位 9 例,其中寰齿前间距 ≥3 mm 6 例,≥5 mm 3 例。

#### 2 治疗方法

2.1 颌枕带牵引 仰卧床,头颈部取略过伸位,颈及双肩区置于宽枕上,牵引重量 2~3 kg,牵引 3~5 d,拍摄床头 X 线片,或手法复位,或持续牵引至头颈两侧主动旋转活动相同时去除牵引,以充气颈托固定 2~3 周。本组 10 例。

2.2 手法复位 若牵引 3~5 d 后拍片或 CT 检查旋转移位仍较明显,采用手法复位。维持牵引,头颈前屈约 15°。若 X 线片或 CT 所示:枢椎与侧块间隙右侧增宽者,术者以左掌托扶患者下颈部,嘱患者头颈部放松,并随术者推动转向左侧,当转动接近极限位置时,术者以右手拇指向左侧推拔枢椎棘突,双手交错用力,既可感到颈部被推动和“咔嗒”弹响声,然