进行 SPT 检测,并用随机编号方法以减少人为因素对检测结果的影响。

参考文献:

[1] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编委会鼻科组、中华医学会耳鼻咽喉头颈外科分会鼻科学组. 变应性鼻炎诊断和治疗指南(2009 年, 武夷山)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44(12): 977 - 978.

[2] 韩德民, 张罗, 黄丹, 等. 我国 11 个城市变应性鼻炎自报患病率调查[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2007, 42(5): 378 - 384.

[3] 刘承耀, 韩德民, 张罗, 等. 2 种血清学检测在变应性鼻炎诊断中的比较研究[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 23(11): 484 - 487.

[4] Bousquet J, Van-Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma[J]. J Allergy Clin Immunol, 2001, 108(5 Suppl): S147 - S334.

[5] 禹辉, 张洛燕, 范兴文. 摩拉生物共振诊断治疗仪治疗慢性湿疹的疗效观察[J]. 山西医药杂志, 2010, 39(4): 352 - 353.

[6] 邢继华, 孙天全, 王文娟, 等. MORA-Super 生物共振诊断治疗仪治疗慢性过敏性疾病的临床研究[J]. 中外医学研究, 2009, 7(9): 25 - 26.

[7] 江向东, 黄艳华. 量子物理学[M]. 上海: 上海科技教育出版社, 2001: 81.

[8] 卜国铉. 鼻科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 411 - 420.

[9] 钟韩荣, 余声华, 余晓娟, 等. CAP 过敏原检测系统在高危哮喘儿中的应用[J]. 中华儿科杂志, 2002, 40(10): 605 - 607.

[10] Cox L, Williams B, Sicherer S, *et al*. Pearls and pitfalls of allergy diagnostic testing: report form the American College of Allergy, Asthma and Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology Specific IgE Test Task Force[J]. Ann Allergy Asthma Immunol, 2008, 101(6): 580 - 592.

[11] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编委会鼻科组. 变应性鼻炎诊断和治疗指南解读[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44(12): 972 - 976.

(**收稿**:2011-03-24;**修回**:2011-04-16)

(编辑 张 维)

文章编号:1000-5404(2011)15-1655-01

个案与短篇

小儿髋部巨大脂肪瘤 1 例

杨 俊[1],蔡伟斌[1],黄碧燕[2],郝 健[3],秦建强[4],郭新辉[1](510318 广州,中国人民解放军第 421 医院:骨科[1],康复科[2],放射科[3];510515 广州,南方医科大学临床解剖学研究所[4])

[**关键词**] 脂肪瘤;髋部;小儿

[**中图法分类号**] R730.262 [**文献标志码**] B

脂肪瘤常见于中年,有 2 种类型:①皮下生长缓慢的肿瘤,约在数厘米大后自限,持续为软的、可移动的、无症状的表浅肿块,有时成群生长,但都是良性;②深部脂肪瘤,见于肢体近端,大约起于骨外脂肪组织,生长缓慢但可累及近股骨全长,有软而光滑的包块,有的可触及分叶状及假性波动。小儿髋部巨大脂肪瘤少见,我们收治 1 例,现报告如下。

1 临床资料

8 个月男婴,无明显诱因出现左髋部肿胀 6 个月余,加重 2 周于 2010 年 9 月 16 日首次就诊于我院。入院查体:左髋部外侧可见大小约 22 cm×20 cm 肿胀区,皮肤肿胀发亮,皮表可见浅静脉血管走行、无溃损及瘀斑(图 1)。触诊患处,患儿表现不适感明显,肿物质软、韧相间,与周围组织分界较清,移动度较小。双侧腹股沟区未及淋巴结肿大。左髋关节站立不稳,左下肢较右侧短缩约 2 cm,双侧髋部及股骨周围肌群无明显差异,髋关节活动自如,双侧 Babinski 征阴性。X 线示:左髋关节、左股骨上部周围为透亮区,边界清楚,未见钙化或日光放射状影像,因肿物较大,压迫其周围肌肉、皮下脂肪和皮肤层变薄(图 2)。MRI 冠状面、横断面扫描提示:病灶为类椭圆形或肾形的脂肪密度区,病灶边缘较规整、光滑、无硬化,病灶内未见大血管、神经组织分布(图 3)。完善术前检查,排除手术禁忌证后,于 9 月 21 日在全麻下行左髋部肿瘤切除术,术中沿髋臼外侧壁小心钝性剥离、完整切除肿瘤,无骨质破坏,大体观察:肿瘤大小约 18 cm×15 cm,肿瘤周围有很薄而透亮的包膜,无反应区。牵开正常肌肉后,从肿瘤包膜外疏松组织,易于钝性剥离取出,将游离的肿瘤切开,见其横断面,表面呈叶状,有纤维隔将其分开(图 4)。送 3 家医院行组织切片病检:鉴定为脂肪瘤。术后随访 1 年,患儿跛行消失,双下肢等长、肌肉无萎缩、肌力正常,双下肢感觉、运动正常,肿瘤未复发。

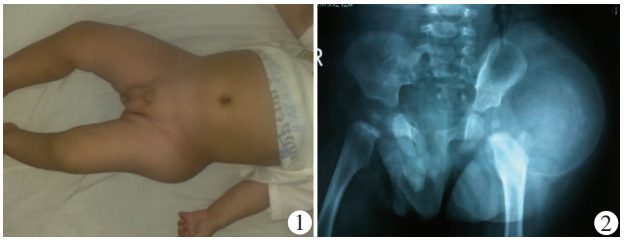


图 1 患儿左髋部巨大肿瘤外观

图 2 X 线观察患儿左髋部肿瘤与周围组织的比邻关系

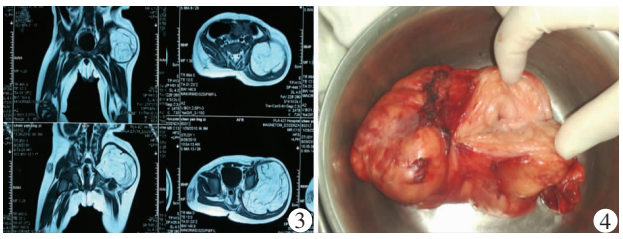


图 3 MRI 观察患儿左髋部肿瘤位置、性质及浸润程度

图 4 患儿左髋部肿瘤标本断面大体观察见有纤维隔

[**通信作者**] 郭新辉,E-mail:guoxh421@163.com

(下转 1665 页)

死,术后并发症较多;改良术式较好地解决了这个问题,切除病灶相应下颌骨外侧骨膜及相应下颌骨外侧骨皮质为皮下蒂穿过留出了空间,蒂部受压不明显,皮瓣远端血供较好,术后易成活,且无面部明显膨隆。

颊癌根治手术做下颌骨方块切除,不仅切除牙槽骨且范围抵下牙槽神经孔,术后下颌骨缺少血供,一旦放疗,极易出现病理性骨折、严重并发症放射性骨坏死[5-7],甚至不做放疗也会出现病理性骨折。下颌骨L型、C型切除后只剩下支架功能,咬合重建、咀嚼功能丧失,即使做下颌骨咬合高度重建及种植修复功能未必得到很好的修复且费用不菲。改良术式较好地解决了这个问题,不需做切骨手术,只需切除下颌骨外侧骨皮质及部分牙槽骨,术后易于咬合重建和义齿修复,患者生活质量较高,故该术式值得在临床推广。术后颈清扫组织发现有淋巴结转移患者3例,均常规辅助放疗,射线量在5 000~6 000 rad之间。随访2年以上没有出现放射性骨髓炎、放射性骨坏死和病理性骨折[8]。

综上,本研究采用下颌骨外侧皮质及牙槽突切除术替代传统的下颌骨方块切除术,结合颈阔肌瓣修复颊癌术后缺损,可减少对颈阔肌瓣蒂部的压迫,提高颈阔肌瓣的成活率,减少术区组织膨隆,提高患者双侧面部对称性,较之传统术式有显著的优势,值得在临床应用推广。

参考文献:

[1] Jan J C, Hsu W H, Liu S A, *et al*. Prognostic factors in patients with buccal squamous cell carcinoma: 10-year experience[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2011, 69(2): 396-404.

[2] Chiou W Y, Lin H Y, Hsu F C, *et al*. Buccal mucosa carcinoma: surgical margin less than 3 mm, not 5 mm, predicts locoregional recurrence[J]. Radiat Oncol, 2010, 5: 79.

[3] Jenwitheesuk K, Surakunprapha P, Chowchuen B, *et al*. Results of multidisciplinary therapy of squamous cell carcinoma of the buccal mucosa at Srinagarind Hospital, Thailand[J]. J Med Assoc Thai, 2010, 93(11): 1262-1267.

[4] 肖林. HSP70/HSP70-PC在舌癌热疗联合CTL免疫疗法中作用机制的研究[D]. 成都: 四川大学, 2006.

[5] 董玉英. 口腔颊癌p53、p16基因变异和蛋白表达与其生物学行为的关系[D]. 石家庄: 河北医科大学, 2006.

[6] Curi M M, Oliveira-dos-Santos M, Feher O, *et al*. Management of extensive osteoradionecrosis of the mandible with radical resection and immediate microvascular reconstruction[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2007, 65(3): 434-438.

[7] Gal T J, Jones K A, Valentino J. Reconstruction of the through-and-through oral cavity defect with the fibula free flap[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2009, 140(4): 519-525.

[8] Pitak-Arnnop P, Sader R, Dhanuthai K, *et al*. Management of osteoradionecrosis of the jaws: an analysis of evidence[J]. Eur J Surg Oncol, 2008, 34(10): 1123-1134.

(**收稿**:2011-04-08;**修回**:2011-05-29)

(编辑 张 维)

(上接1655页)

2 讨论

在四肢肿瘤中软组织肿瘤的发生率远较骨肿瘤多。软组织肿瘤来源于中胚层,分为良性与恶性两类,良性软组织肿瘤多见,其中海绵状血管瘤最常见,其次为脂肪瘤、神经组织肿瘤等[1]。临床常见小儿良性肿瘤有血管瘤、淋巴管瘤、脂肪瘤。多出现在颈部、背部、四肢等处,而躯干与肢体连接部发生者少见。据统计,该良性肿瘤约占全部脂肪瘤的0.3%,占骨肿瘤的0.9%[2]。

该病可发于任何年龄,以成人多见,男性多于女性。本例为男性婴儿,出生后2个月出现局部无痛的肿物逐渐增大使临近骨、软骨受压凹陷,局部畸形明显,具有明显的手术治疗适应证。但在术前需要和小儿脂肪肉瘤进行鉴别。既往研究表明,除病理诊断外,可通过超声、CT诊断,尤其是MRI扫描最为有效[3]。因此,我们对患儿进行MRI检查后初步认定为脂肪瘤并进行了手术治疗。

肢体与躯干骨盆部软组织肿瘤基本可以触及,对肿瘤的部位、深度、边缘清楚程度、活动度和肿瘤形状及大小均可触摸及测量。同时还应检查通过瘤区附近的神经干与大血管有无受累,对判断肿瘤深部范围有帮助。如肿物直径<5 cm,孤立肿瘤边界清楚,对深部组织可移动,深部未穿出间区之外,属于良性肿物;如肿物直径>5 cm,边界不甚清楚,与深部组织黏连、压痛等是恶性肿瘤的表现。触诊还可知该肿瘤是否在一个间区之内。X线检查可显示软组织肿瘤对骨有无侵袭。MRI检查可显示肿瘤是否穿出间区及判断间区内大血管和神经干的关系,鉴别肿瘤的成分等。本例患儿经过上述系列临床检查和术前讨论后,制定了手术彻底切除肿瘤的方案,同时做好了整块切除有损伤大血管及神经的危险预判,突发情况下可行包膜内分块切除。术中在间隙之外,我们将整个肿瘤连同间隙的周壁,在横面上及远端、近端整块切除,不遗留肿瘤细胞,术中送3家医院行病理学检查,结果均为脂肪瘤。术后患儿康复理想,随访1年,患儿双下肢感觉、运动正常,未见肿瘤复发。该病有恶变的报道,但较少。故该病治疗应采取术前完善的肿瘤性质初步鉴定,进行早期包膜外完整的切除脂肪瘤,如果整块切除困难时,可先行包膜内切除,同时避免神经及血管的损伤,直至彻底切除包膜,以免肿瘤复发。

参考文献:

[1] 胥少汀, 葛宝丰, 徐印坎. 实用骨科学[M]. 第3版, 北京: 人民军医出版社, 2005: 1539-1540.

[3] 江浩, 陆建平, 丁建国, 等. 骨旁脂肪瘤[M]//江浩. 骨与关节MRI. 上海: 上海科技出版社, 1999: 543-544.

[3] 藤原利男, 齐南. 小儿良性肿瘤[J]. 日本医学介绍, 2001, 22(1): 26-27.

(**收稿**:2011-04-14;**修回**:2011-05-30)

(编辑 汪勤俭)