维普资讯 http://www.cqvip.com

83%。通过A、B两组治疗效果的比较，B组骨折治愈率明显高于A组，而股骨头坏死率明显低于A组，其原因在于A组患者透视下复位穿针内固定，只能使骨折准确复位，缓解局部软组织血管痉挛，改善局部软组织血运，但不能使股骨头内血运重新建立。B组采用切开复位、带旋髂深动静脉血管蒂髂骨瓣移植、三根骨圆针内固定术，使骨折准确复位，而带血管蒂髂骨的植入增加了骨折愈合因素，防止了骨不连接的发生，重新建立了股骨头内的血液循环，因此股骨头坏死的发生明显减少。

参 考 文 献

1. 戴松茂，董红章，虞堂云. 多血管蒂髂骨瓣转移植骨治疗股骨颈骨折. 中华显微外科杂志，1990，3(13)：164.
2. 王岩，朱盛修，赵德伟. 带旋髂深血管蒂髂骨骨膜移植治疗股骨头缺血性坏死及疗效评价. 中华骨科杂志，1995，9(15)：567.
3. 武钢，徐达. 股骨头颈修复术有关的显微外科解剖学研究进展. 中国临床解剖学杂志，1998，2(16)：182.

(收稿：1999－12－21)

·个 案·

涎腺粘液表皮样癌56例临床分析

王益华*

粘液表皮样癌是涎腺恶性肿瘤中最常见的一种，占涎腺肿瘤的12.0%，占涎腺恶性肿瘤的28.8%。我科自1983～1997年共收治涎腺上皮性肿瘤435例，其中粘液表皮样癌56例，占12.9%。本文对56例涎腺粘液表皮样癌进行回顾分析，并对发病年龄、临床表现、手术方法和诊断等问题进行了讨论。

一、临床资料

1. 性别和年龄：56例患者中，男性26例，女性30例，发病年龄最大的72岁，年龄最小的10岁，平均年龄37.5岁，发生率最高26～45岁，占78.6%，女性略高于男性。

2. 好发部位：腮腺31例(占55.3%)；腭部13例(占23.2%)；颌下腺6例(占10.7%)；颊粘膜4例(占7.14%)；其他部位2例(占3.57%)。发生区域淋巴结转移者8例，占14.2%。

3. 病程和临床表现：本组病程最短为1周，最长为3年。低度恶性的粘液表皮样癌为生长较慢的无痛性肿块，边界清楚，中等硬度，活动，表面光滑或稍呈结节状。高度恶性粘液表皮样癌生长较快，常伴疼痛，多属于实质性，边界不清楚，可累及面神经导致面瘫，易发生区域淋巴结转移。

4. 手术方法：腮腺粘液表皮样癌采用保留面神经的腮腺全切术，如面神经受累应同时切除。颌下腺粘液表皮样癌应行颌下三角清扫术，发生在硬腭者应做部分颌骨切除。有区域性淋巴结转移时，应做颈淋巴清扫术。

二、讨论

1. 涎腺粘液表皮样癌发病的一般特点：本组资料显示涎腺表皮样癌好发于中青年，女性多见，多发于腮腺，其次为腭部。因其临床表现甚似混合瘤，术前易于误诊。误诊原因主要因为其发病年龄、性别、好发部位和临床表现都与良性肿瘤，尤其混合瘤极其相似，难以鉴别。

2. 涎腺粘液表皮样癌的诊断：低度恶性粘液表皮样癌与混合瘤难以鉴别。当质地硬，活动受限和出现神经症状时，应考虑行恶性肿瘤腮腺造影术，对腮腺癌来说，没有特异性诊断意义，所以对肿瘤早期不可能取得有诊断价值的资料。B超、CT等检查虽对机体无损，且可明确瘤体与周围组织结构的关系，但它们也只能做为一种辅助诊断方法，不能确诊。穿刺细胞学检查目前有不同观点。由于存在沿穿刺针发生癌细胞种植的危险，我们不提倡运用。因切开包膜后可引起肿瘤扩散，易于发生复发和转移，所以一般不主张活组织检查。但对于涎腺出现涎瘘或肿瘤破溃者，作者认为可钳取活组织检查。手术中直接观察及术中快速冰冻切片可以达到治疗和诊断同期完成的目的，可提倡运用。56例患者，肿瘤自行溃破者6例，皆钳取活检并尽快手术，未发生扩散和转移。术中对35例直接观察不能确诊者，常规快速冰冻病理学检查。

3. 涎腺粘液表皮样癌的治疗：主要是手术切除，对腮腺区的粘液表皮样癌，特别是面神经受累时不能因顾及面神经而缩减手术范围，造成复发。粘液表皮样癌对放疗不敏感，但对高度恶性的粘液表皮样癌，术后配合使用放射治疗可提高疗效。本组24例高度恶性粘液表皮样癌患者术后行放射治疗，剂量7000～8000CGy。由于化疗至今未发现有特效药物和取得根治性病例，以致临床仅在手术前后做为辅助性治疗，术前运用作为缩小瘤体，减少瘤细胞数量，为手术创造条件。术后应用减少局部复发，防止远处转移。

* 作者单位：274031 山东省荷泽地区人民医院口腔科

(收稿：2000-01-03)