维普资讯 http://www.cqvip.com

胞，每例随机观察 10 个高倍视野，每个视野计数 100 个细胞，然后算出阳性细胞百分比作为 PCNA 增殖指数。

结　果

一、77 例部分喉切除术占同期收治全喉切除术 210 例的 37%。术后 2 周拔管 13 例，1 个月拔管 41 例，3 个月拔管 11 例，未能拔管 11 例，6 个月拔管 1 例。拔管率为 66/77(93%)，术后 3 年随访 59 例，其中死亡 3 例，三年生存率为 94%，术后五年随访 51 例，死亡 9 例五年生存率为 81%。术后复发 9 例，其中 3 例二次行全喉切除术。所有患者术后均保留了发音功能。

二、肿瘤切除安全缘组织增殖细胞核抗原染色结果：

附表　增殖细胞核抗原染色结果

组别	阳性例数	PCNA 增殖指数
复发组	5/6	10.10±2.03
未复发组	3/10	4.05±0.98

注：统计学处理差异不显著($P>0.05$)

讨　论

回顾行部分喉切除治疗喉癌的 77 例病例，从临床 TNM 分期上看，T_3 期病例仅有 11 例，其余均为 T_1、T_2 期病例，这与以往有关报道比较有些保守[1]，但部分喉切除和全喉切除的比例为 77/210(37%)，与以往国内报道比较处于中位[2]。术后拔管率为 66/77(93%)，三年生存率为 56/59(94%)，五年生存率为 42/51(81%)，与有关报道相近。由于本组病例术式选择较谨慎，相当一部分 T_3、T_4 期病例未行部分喉切除术。

本组病例术后 9 例(13%)复发，其中 1 例术前及术后快速病理报告有误，2 例系患者不同意全喉手术，6 例可能与切除安全范围不足或肿瘤恶性程度较高所致。

为分析肿瘤复发原因，本文用免疫组化方法分析了已存术中肿瘤切缘组织标本 PCNA 表达情况，发现复发组 6 例中 5 例 PCNA(+)，未复发组 10 例中仅有 3 例 PCNA(+)，且复发组 PCNA 增殖指数 10.10，高于未复发组 4.05，虽然统计学处理差异不显著，但也提示肿瘤复发与切除不足有一定关系。

结论：如果适应症掌握恰当，手术切除肿瘤保留安全范围足够，部分喉切除同样可以根治喉癌；肿瘤切缘保留组织中 PCNA 表达阳性组织可能与肿瘤复发有关。

参 考 文 献

1. Tu Guiyi. Conservation laryngectomy: advantage and limitations. Chin J Otorhino largngol, 1997, 32: 552.
2. 王斌全. 晚期喉癌边缘 DNA 含量和增殖细胞核抗原表达. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1998, 33: 361－363.

(收稿：2001-03-22)

·个案与短篇·

腰骶椎巨大恶性脊膜瘤一例

蒋　梁*　杨国富*

一、临床资料

病例：患者女，20 岁，学生，因后腰部疼痛一年余，加重伴尿潴留、便秘和行走困难 1 月入院。检查，躯干部和双上肢有少量咖啡斑，双下肢肌力Ⅳ级、双侧跟腱反射减弱，肛周感觉消失。MRI 及椎管造影示 L5-S4 椎管内外占位性病变，向骶前生长，骶椎骨质破坏，余无特殊。于 2001-01-23 在全麻下经椎板后入路行肿瘤切除术。术中见 L5-S4 椎板和硬脊破坏，肿瘤向前侵蚀椎体，包膜不完整，与周围神经有轻度粘连。切除肿瘤 7 cm×5 cm×6 cm，同时切除部份硬脊膜。缝合并修复硬脊膜，术中手术顺利。术后病人尿潴留，经"新斯的明"等治疗，已痊愈。于术后 28 天出院，出院时肌力恢复正常，肛周感觉正常。继续放射治疗。病理示：腰骶椎恶性脊膜瘤。

二、讨论

侵蚀椎体并向骶前发展的腰骶椎巨大恶性脊膜瘤临床罕见。手术入路的选择取决于盆腔内肿瘤大小和肿瘤生长方向、腰骶椎破坏程度，骶髂关节受累程度，病人的年龄等。此病多见于胸段，腰骶段少见。肿瘤在病理形态方面与颅内脑膜瘤极其相似。手术时出血较多，在个别病例须将受累硬脊膜一并切除方能根治。若肿瘤不能全切除，可同期或分期经椎板后入路再切除椎管内肿瘤。另外，对脊髓感觉区的节段性分布及脊髓神经根性疼痛、括约肌功能障碍这一临床现象，必须引起重视，应想到椎管占位性病变的可能，做到早期发现，早期诊断，早期手术。

* 作者单位：678000　云南省保山地区医院神经外科

(收稿：2001-05-21)