维普资讯 http://www.cqvip.com

20-21

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 3 期总第 19 期

腹壁外部位的硬纤维瘤手术治疗

中国医科大学第一临床学院骨外科 韩继东 范广宇 邓向东

永新——沈阳化工股份有限公司医院骨科 孙虎成

(辽宁沈阳,邮政编码 110001)

R735.262

〔摘要〕硬纤维瘤是一种来源于纤维组织的肿瘤,腹壁外硬纤维瘤以四肢好发,女性多于男性,病理学上是一种良性肿瘤,临床上局部极易复发,不转移为特点的潜在恶性肿瘤。治疗以手术为主,局部扩大切除,辅以放疗。

〔关键词〕硬纤维瘤;易复发;扩大切除。

硬纤维瘤在文献上有许多不同的名称,以局部复发,不转移为其特点。现将本院 1977 年～1995 年 5 月,18 年中所遇到 80 例报告如下:

临床资料:本组 80 例,男 28 例,女 52 例,男女比 1∶1.8,多数年龄 21～40 岁,本组 10 岁以下 7 例,11～20 岁 13 例,21～30 岁 20 例,31～40 岁 16 例,41～50 岁 9 例,51～60 岁 12 例,61 岁以上 2 例,发病部位多在四肢,其中臂部 9 例、上肢 19 例、大腿 14 例、小腿 15 例、腘窝 3 例、足 9 例、肩 4 例、肘 1 例及手部 2 例。

病例摘要:例 1. 男 55 岁,10 年前左上臂出现一肿物,无明显疼痛,行肿物切除,一年后复发,再次手术切除,又分别于术后 1～2 年复发,行四次手术,4 年前再次复发,左上臂出现鸡卵大肿物,逐渐增大,无疼痛,查:左上臂下 1/3 处有一 4×3cm 肿物,质硬,无压痛,活动性差,表面光滑,境界不清,术中见肿物位于肱二头肌健与肌肉移行部偏向内侧约 3×4cm,光滑,无粘连,病理论断为侵袭性纤维瘤。

例 2. 女 30 岁,4 年前右上臂发现一鸡卵大肿物,伸手时麻木加重,2 年前在外院以肌纤维瘤手术切除,术后 6 个月又出现卵黄大的肿物,查:左上臂前下部可触及 4×6cm 肿物,质硬,压痛阳性,不活动。术中见肿物位于肩关节囊处,下至肱骨髁,胸大肌止点及三角肌前方。均为硬性肿物,与正中神经,尺神经,肱动脉粘连,将神经,血管分离后,肿物彻底切除,病理所见:由瘤细胞增生的肌纤维构成,纤维母细胞较肥大,瘤细胞排到紊乱,纵横交错,瘤细胞受色较浅,诊断为韧带状纤维瘤。

讨论:硬纤维瘤(F:bromadiuram)来源于纤维组织的肿瘤,又称韧带样纤维瘤,(Desmoidtumor)侵袭性纤维瘤(aggressivefibromatosis)或肌腱膜瘤样纤维组织增生[1],是一种病理上为良性表现,临床特征为局部极易复发的潜在恶性肿瘤。

MacFar lane 于 1832 年首次报导 2 例发生于腹部肌肉的肿瘤,并做了形态学的记载,Muller 首次把在肉眼上显示腱样构造的肿瘤命名为硬纤维瘤,1923 年 Nichels 报导 6 例腹壁外部位的病变,其大体外观及组织学与腹壁硬纤维瘤相似,病理相似,源自肌—腱膜,具有进行性局部侵润肌肉及周围软组织,高度复发倾向的纤维组织肿瘤,提出腹壁外硬纤维瘤的概念[2,3,4]。硬纤维瘤多发生在腹壁的腹直肌前鞘,以生育期妇女为多见[1,5],腹壁外硬纤维瘤多见于大腿,肩胛带及上臂,亦可见于臀、头、颈、胸壁、小腿、足及前臂等处。本组病人以臂、大腿、小腿为多,有人认为此病与损伤有关,腹壁硬纤维瘤与分娩有关,Ceschicter 认为与激素有关,患者体内含有较高的促性腺激素[5],有人在动物实验时注入雌激素于腹肌中可诱发此病,腹壁外硬纤维瘤病因尚不清楚,有的学者提出遗传因素。本病特点是局部极易复发,常数月内复发,有的数年内复发 5～6 次,复发率 25～57%,浸润性生长,有恶变倾向[6],但从不转移。

1948 年 Musgrove 等提出本病的诊断标准,临床上肿物生长缓慢,浸润性生长,可有触痛或不适,检查肿物界限不清,质坚硬如橡皮,轻压痛,不活动,与表面皮肤无粘连,肉眼肿物大小不等,大者可达 23cm,小者 1.5cm,平均 6－8cm,常局限于肌肉或与筋膜相连,有时附于骨膜,在骨质上形成压迹,被称为骨膜韧带样纤维瘤。沿肌纤维方向生长,边界不清,可延伸于肌肉相当距离,与正常肌肉交错生长,无包膜,切面为灰白色,切时有砂粒样感,有条纹或颗粒状,可见编织状灰白色纤维束,常侵入周围肌肉内。镜下:肿瘤由增生的纤维组织所组成,为纵横交错的纤维条索组织,由大量

维普资讯 http://www.cqvip.com

的纤维母细胞及胶原纤维构成，胶原纤维特别丰富，肿瘤细胞呈长梭形、细胞核较小，椭圆形或长形，大小规则，染色质疏松而色浅，单个核仁，大量纤维因细胞增生浸润周围肌组织、肌纤维被分隔成小岛呈萎缩变性，可出现多梭肌巨细胞，瘤组织内血管较少，以梭形细胞代替正常的肌纤维，胶原纤维多呈平行排列或错综排列，偶作漩涡排列，无清楚边界，常穿插于组织中，也可见轻度间变和少数核分裂象，偶尔可恶变为低度恶性的纤维肉瘤，隆突性纤维肉瘤[5,6]。

由于本瘤具有浸润性生长的特点，加之有时细胞成份丰富，术后复发率高，因而易与分化较好的纤维肉瘤相混淆。两者的鉴别点：①纤维肉瘤生长一般较迅速，常有假包膜，质软，并常有坏死灶，或液化小囊腔形成，本瘤生长慢，无包膜，质坚韧如橡皮、无坏死灶可见，②纤维肉瘤一般细胞成份更为丰富，排列较致密，异型更明显，核大深染，核分裂易见。

治疗：手术疗法是目前治疗硬纤维瘤的主要手段。由于本瘤在局部极易复发，并浸润性生长、特别是沿纵轴方向，在横纹肌内可侵入相当距离，仅凭肉眼所见切除可遗留微小肿瘤组织而致复发，有时担心影响肢体的功能而没有扩大切除。所以早期诊断，早期治疗，在肿瘤较小时即手术切除，肿瘤侵润范围小，没有累及重要的神经血管，易于彻底切除，尤其是初次手术，应扩大切除，Bouffer 早在 1899 年就竭力提倡彻底切除，切除范围应包括 2～3cm 正常组织，纵向切除范围尚需加倍[4,5]。肿瘤复发较大时可将重要的神经血管包裹在内，彻底切除较困难，在保留重要神经血管同时尽量可能扩大切除。因肿瘤从不转移，很少危及生命，一般不选择截肢术，术中冰冻可进一步确定诊断。岩崎康平等提出术中用 99mTcDMS 照射得到较好的效果[3]。术后可采用放疗，根据肿瘤位置深浅而用深 X 线及 60Co，总剂量为 40～50Gy 每天 2Gy，可控制肿瘤的生长。也可用激素治疗，有人在动物实验时注入雌激素于肌腹中可诱发组织学上与之相同的纤维性病变，投予睾丸酮，孕酮或去氧皮质酮则可防止其发生。

参 考 文 献 略

（收稿日期：1995－09－20）

急诊右侧附件切除术后 5 个月左侧卵巢恶性畸胎瘤再手术 1 例

陕西省乾县人民医院外科 魏建文 秋彦成 李平均
妇产科 李巧莲 李刚选 赵杰林
（陕西乾县，邮政编码 713300）

病历摘要：患者，王某某，女，43 岁，农民、已婚。首次入院时间为 1994 年 10 月 25 日外科以持续性右下腹区疼痛 5 天加重伴腹胀 1 天之主诉收住入院。查体：体温 38.5℃，脉搏 90 次/分，呼吸 24 次/分，血压 12/8KPa。发育一般、营养差，神志清，精神差，急性痛病容，贫血外貌，强迫体位，查体台作。头颅及五官无异常，心肺无异常，腹部膨隆，腹式呼吸减弱，未见肠型及蠕动波，全腹肌紧张，压痛阳性，反跳痛阳性，尤以双下腹区为显著、未触及包块，移动性浊音阳性，肠鸣音减弱，右下腹区穿刺抽出 5ml 黄白色脓液。血常规化验：RBC2.1×10^{12}/L，Hb60g/L，WBC13.2×10^{9}/L，N0.83，L0.17，腹部透视未见膈下游离气体。入院诊断：急性弥漫性腹膜炎①急性化脓性阑尾炎并穿孔②双侧子宫附件炎。入院后急诊在硬外麻醉下行剖腹探查术。手术所见：腹腔有黄白色稀薄脓液约 500ml，混浊，有臭味；右侧输卵管长 12cm，管径 2cm，充血水肿，表面覆盖有脓苔，卵巢肿大约 6×3×1cm^3，灰白色，光滑，侧面部分覆盖脓苔；阑尾长 5.5cm、管径 0.7cm，灰白色，光滑，覆盖薄层脓苔，左侧输卵管长 8cm，管径 0.5cm，卵巢 3×2×1cm^3、充血水肿并浸泡于脓液之中，大网膜及小肠充血水肿。即引右侧输卵管及卵巢切除术，并同时行阑尾切除术，保留左侧输卵管及卵巢。术后冲洗腹腔，输血，输液，支持，抗感染，对症治疗，如期拆线，痊愈出院。病理检查报告为 1. 右侧急性化脓性，间质性输卵管炎 2. 右侧卵巢黄体血肿 3. 急性单纯性阑尾炎并淋巴（下转 23 页）