维普资讯 http://www.cqvip.com

骨髓坏死，诊断、治疗

第23卷 第2期 重庆医科大学学报 Vol.23 No.2
1998 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTIAE MEDICINAE CHONGQING 1998

30

191

# 骨髓坏死2例报告

R551.3

临床学院内科 白俊兰 韩 记 朱达英 黄宗干

中图分类号 R551.3

## 1 病例报告

1.1 例1，女，38岁。因头晕乏力，牙龈出血20天，发热3天于1991年6月17日入院。体检：体温38.6℃，血压20/11kPa，热病容，重度贫血貌，全身浅表淋巴结无肿大，心肺正常，胸骨明显压痛、肝未扪及，脾肋下3cm，质偏软，四肢及左腋下皮肤有散在数个瘀斑。实验室检查：血红蛋白44g/L。白细胞3.0×10⁹/L，N 0.61，L 0.39，BPC 30×10⁹/L。骨髓穿刺左右两侧髂前均呈洗肉水样稀薄液。镜下：有核细胞增生低下，细胞形态模糊不清，结构无法辨认。所见的细胞均呈溶解状态，核退化。少数成熟红细胞也呈溶解状态，结论骨髓急性坏死。入院后给予新青霉素Ⅱ，丁胺卡那抗感染治疗，病情无好转而自动要求出院。

1.2 例2，男，50岁。因胃窦癌术后3年余，化疗11次后出现乏力，发烧、腰背骨剧痛1周于1997年2月10日入院。入院后因腰痛卧床不起，7天后突然双下肢瘫痪，胸8水平痛觉消失，大小便失禁。同时伴不规则发热，体温37.5～38℃，精神萎靡不振，食减，活动后心悸。体检：体温38.3℃，血压18/8kPa，贫血貌，明显消瘦，全身皮肤粘膜轻度黄染，全身浅表淋巴结不肿大。心肺正常，心率132次/分，齐。肝脾未扪及，腹水（－）实验室检查：血红蛋白56g/L，红细胞1.16×10¹²/L。白细胞47.4×10⁹/L，BHC57×10⁹/L，成熟红细胞大小不等。可见嗜多色性及异形红细胞，并有大量有核红细胞。骨X线：胸6、7椎体疑有骨质破坏。B超胆囊多发性小结石、肝慢性弥慢性病变，胰头上有异常回声区，肿大淋巴结不能除外。核磁共振(MRI)T5及T8、9椎体转移，颅内未见转移灶。全身骨骼核素扫描(ECT)显示全身多发性异常放射性浓聚及稀疏区，多部位骨穿：骨髓似暗红色脓骨物。镜下：有核细胞增生明显活跃，有大量破碎细胞，多数细胞皆成溶解状态，结构模糊不清，呈云雾状网状结构，胞核变形无法分类，偶见少数完整的淋巴细胞及分叶核细胞，部份幼粒细胞及幼红细胞尚能辨认，诊断骨髓坏死。入院后经输血及抗感染等对症治疗无效，患者病情逐日恶化、恶病质，于入院后第15天因全身衰竭而死亡。

## 2 讨论

骨髓坏死是指骨髓中的造血组织和基质大面积坏死，是临床上的一种少见的并发症。引起骨髓坏死的原因甚多[1]，其中以恶性肿瘤最多见，如骨髓转移性癌，急性白血病，恶性淋巴瘤，多发性骨髓瘤等。据文献报道约有24～46％骨髓坏死病例是由肿瘤引起的。本文例2已明确胃癌骨髓转移。例1据临床表现也提示肿瘤的可能。肿瘤转移引起骨髓坏死的机理尚不完全清楚，可能与肿瘤生长过快、血供不足或与血栓，脂肪栓或瘤栓所致的局部血液断流或与细胞毒的直接作用导致骨髓内细胞死亡有关。

骨髓坏死的诊断主要根据骨髓检查[2]。本组病例抽出骨髓液呈果酱样或暗红色粘调液体。镜检显示骨髓有核细胞轮廓不清，细胞溶解变性。核退化，形态无法辨认。本文2例骨髓检查均符合骨髓坏死。文献报道尚有部份患者骨髓干抽或呈稀释样，常错误的归因于涂片制作技术问题，应引起注意。

骨髓坏死突出的症状为全身骨痛[3]，常累及脊柱、骨盆、胸骨。其中脊柱受累可引起截瘫，与恶性肿瘤晚期骨转移症状相似，确诊靠骨髓检查。近年来应用放射核素扫描[4](ECT)对检测骨转移是最为灵敏简便的首选方法，特别对于已患有癌症的病人，便于一次进行全身骨探查。约90％的病灶可显示随机多发性放射性异常浓聚及稀疏区。本文例2符合上述改变。此外ECT还可证实骨髓坏死的范围以及治疗后骨髓恢复情况，但目前报道甚少。

本症目前尚无特殊治疗[5]，处理主要针对原发病。一般认为肿瘤并发骨髓坏死后，病情凶险，预后极差，70％患者存活期不超过1月。本组例2转移性肿瘤合并骨髓坏死存活期仅3周。其次预后也取决于基础疾病情况，如果基础疾病可治的话，则骨髓坏死可随之恢复，预后则相应改善。

## 参考文献

1.刘彤华，等.诊断病理学 1994;12:685
2.袁毓贤，等.中华点液学杂志 1986;8:142
3.张友会，等.中华肿瘤杂志 1986;5:356
4.潘中允，等.临床核医学 1994;396
5.吴孟超，等.上海医学 1992;1:55

(收稿日期 1997－04－01)