维普资讯 http://www.cqvip.com

重庆医科大学学报 1993年第18卷第2期

骨肿瘤，髌骨，X线诊断

(27) 154—156

4例髌骨肿瘤的X线所见

R738.104

第一医院放射科 高必琼 宋成义* 戚誉吾

中图分类号 R814.41 R738.1

发生在髌骨的良性肿瘤少见。我院近几年遇4例，并经手术、病理证实。现报道如下，并讨论其X线特点。

例1 女，18岁，右膝关节疼痛7月余。7月前无明显诱因行走时感右膝疼痛，无红肿。4月前不慎跌伤，感疼痛加剧，出现轻度跛行。检查见右膝明显肿胀，无压痛及包块，患侧髌骨比对侧大。

X线表现 右髌骨内上方可见2cm×2.5cm椭圆形破坏腔呈轻度膨大，腔内可见多个大小约为0.5mm不十分致密的阴影，似绒毛状小块阴影。破坏腔轮廓清楚光滑，有一薄层略呈分叶状硬化边缘。无骨膜反应。

手术所见 髌骨有3cm×2cm囊样腔，伴有血性液体及肉芽状物，髌骨面光滑，无粗糙及破坏处。

病理诊断 右髌骨良性成软骨细胞瘤，细胞生长活跃。

例2 男，25岁，10月前打篮球后，次日出现右髌骨处疼痛，局部不红，皮温不高，无波动感。检查：右髌骨比左侧略大。

X线表现 右髌骨后下方可见2cm×3cm卵圆形骨质破坏区，略向下方膨大，其长轴与髌骨长轴一致。破坏腔内有多个蜂窝状透亮区，其间有粗细不均，似骨小梁分隔，其密度较正常骨小梁为高，腔内无钙化影，破坏腔上方及内侧边缘密度高，且

* 万县地区医院进修医师

肺部浸润及骨破坏逐渐好转。

例3：患儿，女，10-$\frac{4}{12}$岁，因进行性面色苍白2月余，反复发热1月余，双侧腮腺肿大半月，于1991年12月16日入院。无流行性腮腺炎接触史。体检：神萎，重度贫血貌。皮肤无瘀点瘀斑，全身浅表淋巴结肿大1.6×1.0cm至2.0×1.5cm。双侧腮腺肿大，均约3.0×3.0×1.5cm，质硬，有结节感，无压痛，不红，双侧腮腺导管口无红肿。双侧颌下腺肿大2.0×2.5cm，质硬，结节感。心肺无异常。腹平软，肝肋下3cm，剑下3.5cm，脾未扪及。实验室检查：Hb53g/L，WBC8.4×10⁹/L，N0.24，L0.44，幼稚细胞0.32、plt60×10⁹/L。骨髓有核细胞增生减低，单核系占75%、其中原单加幼单占66.5%，其余系统细胞均严重受抑，确诊为急性单核细胞性白血病。入院后给予COHP治疗1疗程后，腮腺颌下腺肿大逐渐消失，用COHP3个疗程后骨髓原单加幼单84.5%。改用VP_{16}加阿糖胞苷治疗1个疗程后骨髓仍未改善，放弃治疗。

讨 论

3例急性白血病均无流行性腮腺炎接触史，出现双腮腺及颌下腺肿大，无疼痛及压痛，质硬，有结节感，不红，双侧腮腺导管亦无红肿。病程超过15天。经化疗1个疗程后腮腺、颌下腺肿大逐渐消失，且其中一例颌下腺穿刺找到大量白血病细胞，腮腺颌下腺肿大由白血病细胞浸润所致。尽管本病报道很少[1]，我们对腮腺白血病应引起重视。

参 考 文 献

[1] 靳秀荣. 中华血液学杂志1989，8(10)：447

（收稿日期1992-09-07）

维普资讯 http://www.cqvip.com

呈不规则分叶状，下方及外侧边缘阴影不十分清楚。

手术所见 右髌骨皮质变薄如蛋壳，其内有6ml液体，髌骨软骨面破坏。

病理诊断 右髌骨软骨粘液纤维瘤。

例3 女，26岁，一年前行走后出现左膝关节疼痛，为持续性钝痛，局部无红、肿、热感，近两月除疼痛外，伴有膝关节活动障碍。检查：左膝关节较右膝关节丰满，左髌骨内缘压痛，皮温略高。

X线表现 左髌骨偏内前方可见2cm×3cm椭圆形溶骨性骨质破坏区，轻度膨大，破坏腔边缘较光滑，不呈分叶状，边周部有少许残留的不规则似骨小梁影。

手术所见 于髌骨前方钻孔后，即可见清亮液体流出，搔刮内腔，刮出肉芽及软组织。

病理诊断 巨细胞瘤1级。

例4 男，31岁，9年前打球时曾有外伤史，此后一直感左膝隐痛不适，曾疑诊为"盘状半月板"。检查：左髌骨较对侧膨隆，皮温略高，髌骨下缘有轻压痛，关节活动尚可，肌肉有萎缩。

X线表现 破坏腔几乎占据整个髌骨，腔内部份密度较低，但大部份为不规则网织状排列小梁阴影。破坏腔边缘密度增高且增厚，但厚薄不均，似由增生的骨膜与皮质连接而组成。

手术所见 肿瘤组织为坚实而硬化结构，呈紫红色，极易出血，部份肿瘤软化呈囊样改变。病理镜下检查：见大量成骨细胞，呈囊状或片状，附近可见较多破骨细胞。

病理诊断 成骨细胞瘤。

讨　论

由于髌骨为一形态不十分规则且较小的骨，一旦遭肿瘤破坏，均形成占据髌骨大部的破坏腔，且其形态大致相仿，造成x线鉴别诊断有一定困难。作者经结合上述各类肿瘤的病理基础和临床特点，并与x线所见进行对比分析，发现各类肿瘤各自尚有某些x线特点，后者对诊断和鉴别诊断有一定帮助，现分述如后。

1. **成软骨细胞瘤** 此瘤绝大多数发生在20岁以前（本例患者为18岁）的骺部。由于髌骨虽为一子骨，但其发生可相当于骺，故发生在髌骨者不少见，占全部成软骨细胞瘤的1/6。肿瘤组织50%为软骨或软骨样组织，后者是原始的软骨组织，虽可钙化，但其密度不十分致密，x线表现为略较模糊似绒毛状小块影，这些表现有别于软骨瘤所含有的致密钙化影。原始的软骨样组织虽尚可见于软骨粘液纤维瘤（在下面讨论）、骨肉瘤，但本例手术所见髌骨面较光滑，无粗糙及破坏处，病理组织所见细胞生长虽活跃，但临床和手术均无恶变证据，故可除外骨肉瘤。此外，本例破坏腔轮廓清楚光滑，有一薄层略呈分叶状硬化边缘[1]，因此，如果髌骨破坏腔内含密度不十分致密，略较模糊似绒毛状小块影，而其边缘轻度硬化略呈分叶状，后者是起始于软骨组织肿瘤的特点[1]，可诊为良性成软骨细胞瘤。

2. **软骨粘液纤维瘤** 此瘤与成软骨细胞瘤虽同属起始于软骨组织的肿瘤，且同样含软骨样组织[1]，但病灶内出现钙化者不多，可能与此瘤是从幼稚的粘液样间胚组织发生有关，后者虽有分化为软骨的特性，但再由软骨发生钙化需经过相当长的时间。本例破坏腔内无钙化（包括致密及模糊的钙化影），而有粗细不均似骨小梁分隔，形成蜂窝状阴影。这些骨性分隔少见于成软骨细胞瘤。上述改变可作为两者鉴别点。此外，一般文献曾报道破坏腔髓侧边缘骨质增硬化，而外侧边缘皮质变薄或不清，也是此瘤的特征。本组病例破坏腔上、内方边缘致密硬化呈不规则分叶状而外、下方边缘较模糊与文献报道相符。

3. **巨细胞瘤** 巨细胞瘤分为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ级，本例属Ⅰ级。Ⅰ级为良性（因部份病例可复发，有作者称此瘤为低度恶性而不称良性巨细胞瘤[1]。良性巨细胞瘤一般表现为局部膨胀性破坏，骨皮质变薄，无硬化，边缘也不呈分叶状。破坏腔内无钙化，但可见不规则的小梁分隔，很少呈规则的、完整的皂泡状阴影。作者之一[2]曾分析66例骨巨细胞瘤的x线表现，发现极大多数病例仅在破

维普资讯 http://www.cqvip.com

重庆医科大学学报 1993年第18卷第2期

(23)
156-157

结核病，预防，治疗

当今结核病的防与治

第一医院 王宪林

R52

结核感染后五年内自然发病率约4%。如果未予化疗，发病后病情进展，五年内50%死亡，30%可以自然痊愈，痰菌阴转，20%成为慢性排菌者(社会传染源)。自从有了化疗除了少数情况外，多数病人可以延长寿命，甚至不死于结核病。而正规合理的化疗则可使95%患者治愈，只有极少数成为慢性传染源。我国目前多数病人治疗不正规，不到50%经化疗治愈。五年内不到20%死亡，而慢性传染源则多达30%以上。这样，人群中原始耐药菌多，使治疗更为困难。

防治结核病的的措施，一是预防，二是发现-治疗。预防靠卡介苗接种(对未感染人群)和化学预防(对已感染人群)。由于我国感染率高、等等原因，化学预防不够现实。卡介苗对人群中结核病流行控制作用不大，这是因为卡介苗接种不能预防感染，只能减少感染后发病，而原发肺结核并不排菌，故不能用以减少传染源，因而不能减少人群感染率。接种卡介苗能减少儿童粟粒性结核和结核性脑膜炎，但在全人口死亡中现在儿童结核病死亡只占少数。

发现结核病并予正规化疗是降低疫情的最重要手段。可以说，治疗是最好的预防。但治疗必需合理、规范化。不规则的治疗害处很大。病人发现、治、管的综合效应%=病人发现率×治疗复盖率×完全治疗率×痰菌阴转率。这四个率很低，则防治效应就很差。我国病人发现率不到30%，治疗复盖率不到50%，完全治疗率不到60%，痰菌阴转率约50%，因此，0.3×0.5×0.5×0.5=3.8%。例如估算某一地区有100名涂阳病人，最终96个病人依然继续在人群中散播结核菌。这就是发现率低，查出又不治、不管，

坏腔的一端有不规则小梁分隔，或在破坏腔边周见毛糙短小的小梁样分隔。本例髂骨破坏腔位于内前方，轻度膨大，边缘无硬化，不呈分叶状，而在破坏腔的边周部有少许残留的不规则似小梁分隔。这些表现均符合巨细胞瘤的诊断。

4. **成骨细胞瘤** 此瘤的组织学与上述三类肿瘤的不同点是肿瘤内含骨样组织及交织骨，后者为非板层骨，其骨小梁较正常骨小梁为细，排列不整齐不规则，可呈"C"或"r"等形态[1]。这些交织骨的x线表现为不规则网织状阴影，在某一方位观察时，又可形成致密深白颗粒状阴影，须注意勿将后者误为钙化。肿瘤内尚有溶骨灶，形成x线所见的透亮区。肿瘤周围为一层完整的骨膜新骨。本组病例的x线表现完全符合上述病理组织学特点：破坏腔内部分密度较低(溶骨灶)，但大部为不规则网织状排列小梁状阴影(交织骨)破坏腔边密度增高且增厚(骨膜新骨形成)，与文献所述"边缘被一完整的钙化骨壳包绕"相同。上述诸特点未见于其它肿瘤。

参考文献

[1] Mirra J.M, et al. Lippincott Co Philadelphia-Toronto 1980
[2] 戚鲁吾. 等. 骨巨细胞瘤x线诊断的若干问题

(收稿日期 1992-08-29)