DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.04.025

2例穿刺活检确诊后，患者不同意截肢术，故未手术。

化学疗法对骨纤维肉瘤疗效不能肯定[2]。Taconis[6]报告对个别患者除手术治疗外，并辅助了化学疗法。本组有7例（包括2例未手术者）术后或确诊后进行了辅助化学疗法，由于时间较短，对它的疗效，有待继续观察、研究。

骨纤维肉瘤的预后与手术方式、分化程度有密切关系。本组发生肢体骨17例、肩胛骨2例行根治手术，其中5年以上生存者7例（占随访25%）。10例在5年以下，2例失访。大部分和部分切除者12例中10例（其中2例失访）生存在5年以内。2例刮除者1例生存1年以内、1例失访。2例未手术者均在半年内死亡。

从上述本组治疗结果看出：手术彻底的根治术，生存率高，预后好，5年生存率为25%，但低于Taconis报告5年生存率为34%。大部分或部分切除、刮除术，由于切除不彻底易复发，预后差。本组14例行上述手术方式者有10例复发，没有1例达到5年生存率。非手术疗法，预后极差。我们体会该瘤的预后，与手术彻底有密切关系，根治性手术为本瘤首选的方法，对提高生存率极为重要。

关键词 纤维肉瘤；骨；诊断与治疗

参 考 文 献

1. Wilner D. Radiology of Bone Tumors and Allied Disoders. Vol.3 London. WB Saunder Philadelphia. 1982:2281～326
2. Holland JF, Free C. Cancer Medicine. 2th ed. Lea & Febiger Philadelphia. 1982:2170
3. Huvos AG. Bone Tumors. London. WB Saunder Company. 1979:250
4. Maeyama I. Bone Tumors in Japan. Clin Ortho 1984;184:65
5. Taconis WK, Van Rijssel TH. Fibrosarcoma of Long. Bone J Bone Joint Surg 1985;67(B):111
6. Dahlin DC. Bone Tumors. 3th ed. Charles C Thomas Publisher Springfield Illinois. 1978:315～28
7. 刘子君 李瑞宗 刘昌茂。骨肿瘤及瘤样病变12404病理统计分析。中华骨科杂志1986;6:162
8. Mulder JB. Fibrosarcoma and Malignant Fibrous Histiocytoma of Long Bone. Skeletal Radiol 1984;11:237
9. Capanna K, Bertoni F, Bacchini P, et al Malignant Fibrous Histiocytoma of Bone Cancer. 1984;54:177
10. Mirra JM. Bone Tumors. Toyonto. JB Lippincott. 1980:276～84

（收稿：1990.12.06；修回：1991.06.17）

非功能胰岛细胞癌6例报告

何振平 王敖川（第三军医大学西南医院 肝胆外科）630038

非功能胰岛细胞癌少见，约为胰管癌的1%[1]。临床表现颇与胰管癌相似，但预后截然不同。我科1975年～1989年收治6例，现报告如下。

1 临 床 资 料

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

女性4例，男性2例。年龄15岁～60岁。症状：腹部包块5例（83%），纳差、消瘦6例（100%），上腹痛和（或）背痛4例（66%），黄疸2例（33%），腹胀1例（16.7%）。GI检查：5例均有胃、十二指肠及横结肠受包块压迫征。超声显像：胰实质包块并间以液性暗区者5例（83%），示胆道不全梗阻者2例。ERCP：1例示主副胰管普遍扩张，直径0.4cm。CT扫描：2例均示胰腺肿块，胰周淋巴结肿大并侵犯肠系膜上静脉。1例动脉造影示肿瘤内血管增多，肠系膜上静脉有狭窄。肿瘤部位：头部4例，体与尾部各1例。肿瘤直径：6cm者1例，余5例在10cm～30cm之间。治疗：行胰十二指肠切除3例，2例已分别存活6月及9年半。另例肠系膜上静脉内有癌残留，用TH胶栓塞胰管，术后3月并发假性胰腺囊肿，经反复穿刺无效后于后3年行囊肿空肠吻合，至今已存活5年半。1例尾部肿瘤行胰尾与脾切除，胃冠状静脉结扎（合并胰源性门脉高压症），现已存活9年7个月。1例体部肿瘤广泛浸润胃壁及肠系膜上静脉并胰周、肝转移，术后1.5年死亡。6例病理诊断均为非功能胰岛细胞癌。

2 讨　论

胰岛肿瘤可为功能性，因产生特异性多肽激素不同而表现相应的临床综合症，如胰岛素、胃泌素、胰高糖素、缩血管肠肽、生长抑素、ACTH、血清素、儿茶酚胺等。约15%～65%的肿瘤不表现上述临床综合症，称为非功能性肿瘤，其中恶性者占66%～92%。首例非功能胰岛细胞癌由Zanett于1927年报告，患病率低于1/10万。Cubilla认为83%的胰岛细胞癌为非功能性。

患者女性居多，女/男之比2∶1。肿瘤通常单发：Kent组中22/25例（88%），Kim组13例（100%）为单发，均以胰头部居多。常见症状有腹块、上腹痛和（或）背痛、纳差、消瘦、黄疸等。肿瘤可长至15cm～20cm方被注意。头部肿瘤可压迫浸润胆道出现黄疸，尾部者可侵犯脾脏，引起脾大及门脉高压症，甚至上消化道出血。肿瘤局部与远处的转移、血管神经的侵犯是恶性的标志。肿瘤质软，常有出血坏死。本组5例均有棕黑色液体存在，其与包块的超声显像中的囊性部分相符。最常见的转移部位是肝（70%～90%）与胰周（69%）[1][2][3]。本组为：胰周4例（66%）；血管2例，肝与脾各1例。

CT扫描是最有效的诊断手段[1][3][4]，不仅可发现肿瘤、确定来源及转移，并能鉴定包块的性质且与胰管癌相区别。其特征有：（1）包块较大，平均10cm以上，胰管癌85%的肿瘤直径＜6cm。（2）肿瘤内钙化达1/4，类似粗的色素沉着，胰管癌有钙化者＜2%。（3）肿瘤内血管丰富，增强扫描可见部分或弥漫性高密度区，胰管癌则无此特征。（4）肝转移的子瘤增强扫描同样显示比周围肝组织密度高。本组2例CT扫描者有此特征。血管造影示血管增多。免疫组化已证明大多数胰岛非功能肿瘤有胰多肽存在。神经原特异烯醇酶（NSE）与嗜铬粒蛋白（Chromograni）是神经内分泌肿瘤的标志物，前者存在于正常胰岛细胞及所有肿瘤组织中，后者则存在于75%的肿瘤中[4]。Eckhauser组11例非功能胰岛细胞癌，两者均阳性[2]，近有报告从肿瘤分出B-人绒毛膜促性腺激素者[2]。

此种肿瘤生长慢，切除率高达65%，长期存活多见。3年与5年存活率分别为60%～87%与42%～44%。Kim组5例治愈切除者，平均存活75月，最长已12年。尽管早期转移多见，术中发现转移率82%[2]，但姑息手术也可较长时间存活[1][2][3]：有肝转移者，平均存活87个月。仅行胆汁转流者2例存活过5年。9例未能切除者，平均存活23±7个月。本组1例肠系膜上静脉肿瘤存留者已存活5.5年。

鉴于肿瘤生长缓慢，虽治愈切除少见，但姑息治疗确能获得较好疗效，术中活检明确诊断以排除胰管腺癌是至关重要的。

关键词　非功能胰岛细胞癌；神经原；酶

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

参 考 文 献

. Kim DG, Chejfec G, Prinz RA, et al. Islet cell carcinoma of the pancreas. Am Surg 1989;55:325

2. Eckhauser FE. Nonfunctioning malignant neuroendocrinc tumors of the pancreas. Surg 1986;100(6):978

3. Eelkema EA, Stephens DH, Sheedy PF, et al. CT features of nonfunctioning Islet cell carcinoma. Am J Roentgenology 1984;143:943

4. Lloyol RV, Mervak T, Schmidt K, et al. Immunohistochemical detection of chromgrani and neuro-specific enolase in pancreatic endocrine neoplasms. Am J Surg Pathol 1984;8:607

（收稿：1991.01.10；修回：1991.06.13）

儿童肱骨髁上骨折的治疗

周仲安 李起鸿 张华忠 （第三军医大学西南医院 骨科）630038

肱骨髁上骨折是儿童肘部常见的损伤，占肘部骨折的60%～70%[1]。多数髁上骨折采用手法复位均能获得良好的复位，但对来院治疗较晚或多次手法复位失败，或陈旧性骨折，手法复位常难以奏效，则需手术复位内固定。我院自1975年至1989年共收治儿童髁上骨折83例，采用手术复位交叉钢针固定术65例。经长期随访结果，疗效较好。现报告如下：

1 临 床 资 料

本组83例中男63例，女20例。年龄1.5岁～12岁，平均8岁。闭合性骨折78例，开放性骨折5例，2例合并有前臂双骨折。伤后24h内入院者26例，20d内者26例，21d以上者31例。骨折合并肱动脉断裂1例，合并神经损伤15例，其中桡神经6例，尺神经5例，正中神经4例。神经挫伤9例，局部瘢痕组织粘连压迫3例，部分和完全断裂3例。伤后未接受任何治疗者23例，院外治疗失败者60例。

2 治 疗 方 法

对儿童踝上骨折的治疗，应根据不同的情况，采用不同的方法。

2.1 手法复位石膏托固定

多数新鲜髁上骨折，局部肿胀不明显，无血循环障碍，均可手法复位，骨折复位满意后用石膏托固定3周～4周，固定期间门诊随访。此类病例本文未做统计，入院后重新进行手法复位者4例。

2.2 牵引加手法复位

对新鲜髁上骨折，局部肿胀严重，皮肤有张力性水泡，或手法复位屈肘90°固定桡动脉搏动减弱或消失者，采用皮肤或尺骨牵引4d～14d，待局部肿胀消退后再行手法复位改石膏固定。采用此法治疗14例。

2.3 手术复位钢针内固定

对开放性骨折，骨折合并有其他部位骨折，合并血管损伤，或入院较晚，经多次手法复位失败，骨折端错位严重的陈旧性骨折，应采用手术复位。采用臂丛或全麻，在气囊止血带控制下，以肘外侧切口为主，肘内侧作3 cm～4 cm的辅助切口，在直视下将骨折复位，从肱骨内外髁穿入直径为0.5mm～1.0mm克氏针交叉固定骨折端，外用石膏托固定3周～4周，4周～6周后拔除钢针，采用此法治疗65例。

3 治 疗 结 果

本组手术复位内固定治疗65例，经10个月至14年随访55例。肘内翻7°～12°者有5例，肘屈伸活动受限20°～40°者有6例，有2例出现肱骨远端骨骺密度增高，呈碎裂样改变，考虑为骨骺缺血性坏死。我们参

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net