DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.06.041

耳廓巨大动脉血管瘤1例

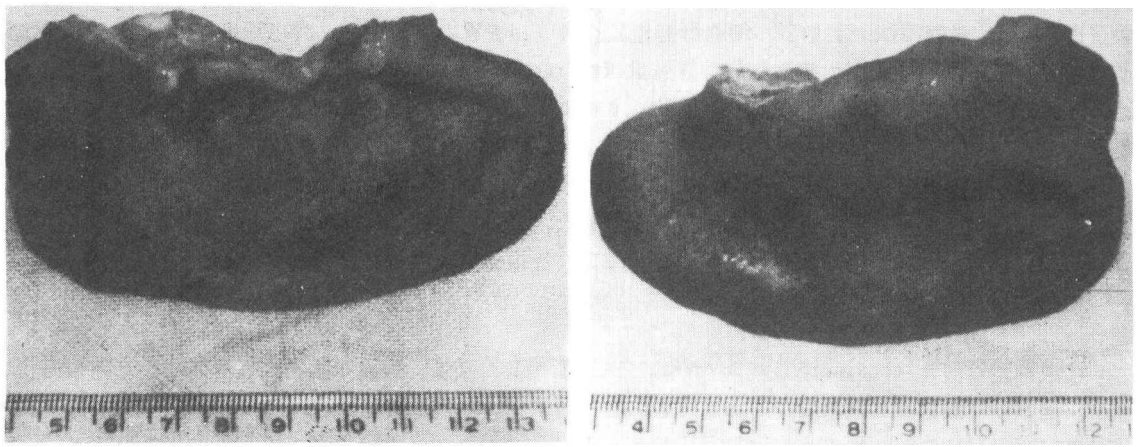
刘碾记 马惟力（西南医院 耳鼻喉科）

血管瘤可发生于人体任何部位，但发生于耳廓的巨大血管瘤较少见。我科曾收治1例，报告如下：

患者 涂某，男，22岁。因左耳廓发红，渐进性增大19年，于1987年10月14日入院。患者于3岁时左耳廓背部长出一米粒大红色丘疹样物，此后逐渐增大，色变深红、发痒，曾在当地医院给予药物外敷等治疗未能奏效。近3年肿物生长明显加快，累及全耳廓，偶不慎抓破流血较多。先后共流血5次，每次约50ml～100ml。

家族中无类似病史。

入院检查：全身情况无特殊。左耳廓明显肿大畸形，约11cm×6cm×3.5cm，色深红，触之呈海绵状，皮温高，耳廓背部皮肤溃疡，约0.5cm×0.4cm，探之软骨有坏死液化腔，并可扪及明显的血管搏动。外耳道、鼓膜均正常。入院后1987年10月29日在全麻下行全耳廓巨大血管瘤切除术，在耳廓周围先作一排间断压扎缝合，阻断周围血循环，继沿肿瘤边缘将耳廓完整切除（见附图）。电灼止血，松解伤口周围皮肤，1期愈合创口。病理诊断：左耳廓动脉血管瘤伴溃疡。



附图 a. 正面 b. 背面

血管瘤以手术治疗为主，尽可能保留正常的解剖结构。本例因肿瘤累及耳廓范围广泛和耳廓软骨有坏死液化，故行全耳廓切除。手术方法除瘤体周围作一排间断压扎缝合外，如有条件可行颈外动脉造影，以了解供应瘤体的主要滋养血管予结扎或结扎颈外动脉，减少术中出血。术后如有残留血管瘤，可行瘤体内硬化剂注射，也可予小剂量放射治疗。

（收稿：1989.11.22；修回：1990.07.08）

掌骨多发性骨纤维异样增殖症1例报告

吴继明 王家瑚（西南医院 骨科）

骨纤维异样增殖症是1种原因不明的骨骼系统肿瘤样病变。其典病特征是：常见于青少年，病变范围广、多累及下肢长管状骨的干骺端。而发生于掌骨者极少见。我院收治1例掌骨多发性骨纤维异样增殖，经手术与病理证实。现报告于下：

患者 女，27岁，工人。1990年5月右手被挡纱车击伤，当即出现手指肿胀，活动受限。在当地治疗

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

未见好转。于1990年6月23日入院。

查体：一般情况良好，右手掌轻度肿胀，中、环、小指明显较左手指增粗。环指近节有畸形压痛，手指关节活动受限。X光片提示：右手3掌骨～5掌骨及环小指诸指骨呈膨胀毛玻璃样改变，皮质骨变薄，大部份皮质骨消失。环指近节指骨病理骨折。中指近节指骨呈囊状改变（图1）。实验室检查及左手，四肢主要骨干及骨盆X线检查未发现异常。术前诊断：右手多发性内生软骨瘤病合并环指近节指骨病理性骨折（有恶变可能）。

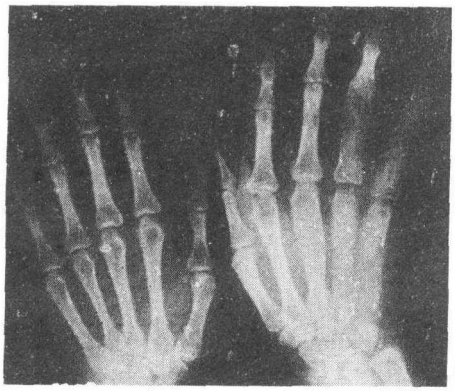


图1　术前右手正侧位片

1990年7月3日在臂丛麻醉下行右手病灶探查所见：右手3掌骨～5掌骨及环小指指骨病变广泛，皮质骨呈膜状改变与周围组织界线不清，整个骨干骨质呈砂梨状改变，增粗。直接用血管钳钳夹即碎裂。术中病理提示：骨纤维结构不良。因环小指及第4、5掌骨破坏严重，无法修复，故行环小指及第4、5掌骨截除。第3掌骨近远端部份骨质较完整，故行第3掌骨大部切除，只保留掌骨头软骨帽及部份掌骨基底部，取左髂骨行第3掌骨成形术。中指近节指骨髓腔囊状病灶行开窗刮除植骨。术后病理诊断：右手掌指骨纤维异样增殖症（图2）。术后2个月复查植骨均愈合，第3掌骨位置良好（图3）。右中指功能基本恢复。

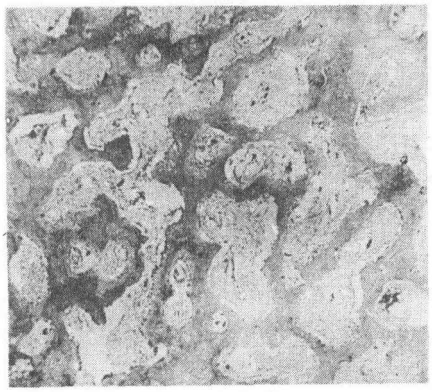


图2　术后病理

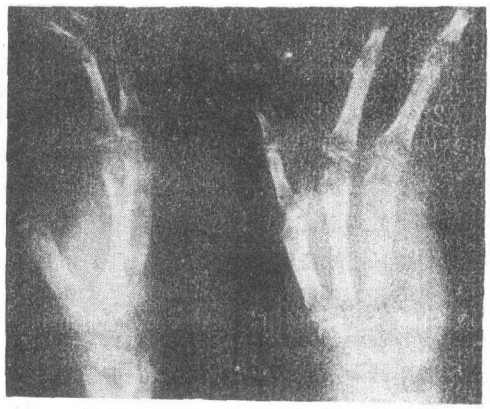


图3　术后右手正侧位片

讨论

本病病因未明，多数学者认为骨纤维异样增殖症可能与骨发育中某些缺陷有关。此病以四肢长管状骨干骺部，髂骨及下颌骨为好发部位。发生于短状骨掌骨少见，多发性更为少见，据报道12 404例骨肿瘤及瘤样病变中，发生掌骨只有3例[1]，为32/10万。本例为掌指骨多发为特征。X线表现掌指骨毛玻璃样改变，部份为囊状变。因对发病部位特殊性认识不足致术前误诊为内生软骨瘤病。其明确诊断需依附于病理。目前对本病的治疗手段有：（1）局部刮除植骨；（2）病骨段切除，根据不同骨缺损情况采用相应的骨移植修复；（3）病变范围广泛而局限在非主要功能骨段者，可采取彻底的部份肢体切除术。刮除术的复发率高达30%以上[2]。其复发原因除病变广泛外，还与手术是否彻底，填充是否完全有明显关系。部份病例有恶变可能[3]。

参考文献

1．刘子君，等。骨肿瘤及瘤样病变12 404例病理统计分析。中华骨科杂志　1986；6:162

2．林道贤，等。骨纤维异样增殖症68例分析。中华骨科杂志　1986；5:323

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

3. Pons A, et al. Malignant degenration of fibrous dysplasia of bone. Radiology 1975; 116:754

(收稿：1990.09.10；修回：1990.11.08)

游离皮瓣整复老年人口腔癌术后缺损的体会

李慧增 杨光玉 孙 远 杨道福 史文进 邓红镭（西南医院 口腔科）

自1982年6月至1989年9月我科应用游离皮瓣整复老年人口腔癌术后缺损21例，皮瓣全部成活，术后外形及功能满意，初步报告如下：

1 临床资料

21例中男18，女3。60岁～72岁，平均64岁。眼底动脉硬化Ⅰ～Ⅱ级14例。颊、舌、龈、腭、口底及腮腺等癌肿21例，按TNM分类均为Ⅳ期。病灶切除加颈淋巴清扫12例，加舌骨上清扫9例。气管切开术8例。前臂皮瓣11例，尺动脉（肌）皮瓣7例，小腿内侧（肌）皮瓣2例，额肌皮瓣1例。面积6cm×5cm～16cm×8cm。缝合动脉16条、静脉32条，73-Ⅰ型吻合器套接动脉5条，静脉12条，吻合动、静脉比例为1:2.1。其中静脉共干吻合4条。术后无血管危象发生。术后半年至7年随访：5年～7年健在2例，3年～4年健在3例，半年至3年健在7例，1年～2年带瘤生存2例，8个月至3年死亡5例。其中3例死于局部复发，1例死于其他肿瘤，1例死于肺炎。失访2例。放疗化疗等未统计。

2 讨 论

老年人皮瓣手术适应症：老年人生理机能及组织结构均有不同程度退化，尤其血管系统。而吻合血管皮瓣手术复杂、时间长、创伤大。对老年患者行此术其适应症应严格掌握。能用简单方法绝不施此术，传统手术方法不能解决再考虑此术。适应症为患者无严重系统性疾病即能承受此术者；晚期口腔癌术后缺损大其他方法难于处理者。游离皮瓣选择原则应以易于切取、吻合、可分台手术省时间及成功率高为准。前臂皮瓣、尺动脉（肌）皮瓣、小腿内侧（肌）皮瓣均为最佳选择，特别是尺动脉（肌）皮瓣[1]其表浅（贵要）静脉很少受损，易于成政。

据临床观察老年人皮瓣移植后的色泽、反应性肿胀、皮瓣温度变化及临床愈合过程等与其他年龄组同类手术（同期其他年龄皮瓣手术85例）无明显不同。其术后处理同常规进行。

老年患者血管吻合特点：此患者多数有不同程度动脉硬化，吻合操作难度大，为节省手术时间，对无明显硬化者采用73-Ⅰ型吻合器套接，此法快速简便，吻合每条血管约8min，且无吻合口狭窄之虞。但此法不适明显硬化及供、受区动脉口径相差悬殊病例。硬化的小动脉管壁不但增厚且很脆弱，术中不宜强力扩张，否则易破裂，缝合应轻细，避免张力。

老年人四肢表浅静脉往往因静脉曲张（下肢）、穿刺、输液、药物刺激及创伤等因素造成血管病变，作为血流通道通畅，但作为皮瓣回流血管往往回流较差，我们采用多吻合静脉即1条浅静脉加1条回流畅的深静脉，或行共干吻合[2]，提高了手术成功率。本组病例吻合2条以上静脉者16例（76.2%），我们体会多吻合静脉是该种手术成功之关键。

老年患者行此术气管切开适应症应适当放宽。有学者[3]指出，该种手术病变在舌根、口底、口咽及腭部者均应行预防性气管切开。本组病例行此术者8例（38.1%）。此措施对老年患者皮瓣手术后排痰、减少肺部并发症、顺利渡过皮瓣肿胀期及术后平稳康复不无益处。

术后随访有半数多（57.1%）患者健康地生活了半年至7年。有近1/3病例预后不良。对老年晚期癌按常规已不适于手术的患者而言，无疑达到了减轻痛苦、延长了生命的目的。

总之我们体会该种手术用于老年晚期癌患者既减轻了患者痛苦、延长了生命，又恢复了外形及功能，效果满意，值得扩广使用。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net