DOI:10.16016/j.1000-5404.1986.02.018



# 骶椎脊索瘤

王家瑚[Δ] 徐维邦 许新复

（第二附属医院 骨科） （第一附属医院 放射科）

脊索瘤起源于胚胎时期残余的异位脊索组织[1]，临床极少见[2]，占原发性恶性骨肿瘤的1.8%[3]。1856年Luschka首次报告，1894年Ribbert命名为脊索瘤，百余年来仅见报道548例（1982）[4]，50%发生于骶尾部[5]。国内报告不多。我们从1954至1985年共收治6例，报告如下：

## 临床资料

*1*. 性别与年龄 6例均为男性。年龄自22～64岁，平均41.6岁。

*2*. 病程 由开始出现症状到就诊时间，2个月至6年，平均39个月。

*3*. 临床表现 5例有疼痛及肿块。2例有神经压迫症状。5例有括约肌功能障碍。6例均无活动受限，全身情况尚好。

## X线检查

骶椎X线摄片显示中心膨胀性溶骨性破坏，皮质骨变薄，破坏区可见残存的骨碎片。1例钡盐灌肠检查见肿瘤将直肠，乙状结肠向左推移。1例可见棉絮状钙化影(图1、2、3)。

## 治疗与结果

骶骨大部分截除术1例，局部瘤体切除术2例，刮除术2例，1例未手术。

5例在1年内死亡，1例在2年内死亡。

## 讨论

一、诊 断

脊索瘤生长缓慢，病程较长，早期症状轻微，且不典型，更由于临床罕见及骶椎特殊解剖结构，早期易漏误诊。待肿瘤增大症状明显时，骶尾部隆起，可突入盆腔，压迫直肠、膀胱及引起括约肌功能障碍，晚期者手术困难，且预后不良。因此，早期诊断极关重要，其要点是：(1)．早期症状为骶部及腿部疼痛。本组5例开始多为骶部隐痛、胀痛、钝痛，活动和站立稍久则加重，门诊易误为慢性腰腿病，待严重症状与出现坐骨神经症状、感觉运动障碍时才引起医生注意。因此，对无任何原因的下腰痛及坐骨神经痛，特别是夜间疼痛加重或进行性加重的患者，更应高度重视；(2)．骶部肿块是本病的重要体征。本组5例可扪及肿块。故对有可疑症状的患者应常规作直肠指诊检查，有助于早期确诊；(3)．在CT尚未普及应用时X线检查对早期诊断有重要参考价值[6]。对慢性腰腿痛的可疑患者，特别是年龄偏大者，摄骶椎正侧立片更为重要。早期骨质轻微破坏时，加上肠道有气体及粪便重叠，常显示不清，易误为正常。对腰椎投照时，常以腰$_{4-5}$或骶椎上缘为中心，而忽略骶椎的病变。因此，疑为骶椎肿瘤者，应先用泻剂或灌肠，清除肠道积气与粪便，然后摄以骶椎为中心的正侧位片[7]，仔细观察骶孔周围骨小梁有无破坏，骶孔是否有破坏，如有可疑最好再摄断层X线片，肿瘤的影像更清，从而早期确诊。如此上述方法都难以确诊时，则需行骶椎穿刺或切取活检。本组1例穿刺、5例切开活检均证实为脊索瘤。

二、鉴别诊断

（一）骶椎巨细胞瘤[4]：病程长，年龄偏大，X线片也显示溶骨性破坏，无明显“分房征”，临床与放射学不易区别，需借助病理学确诊。本组有2例术前诊断为骨巨细胞瘤，后经病理检查才确诊为脊索瘤。

（二）转移性肿瘤[8]：骶部疼痛、肿

Δ 现在第一附属医院

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

块、症状发展较快，可与原发癌症状并存。X线摄片示骶骨溶骨性破坏，或合并肋骨、锁骨、髂骨等多处病变。因此，可胸部摄片、B型超声检查、同位素扫描等综合资料以辅助确诊。

（三）软骨肉瘤[4]：发病年龄45岁左右，局部疼痛、肿块。X线摄片显示含有大量钙化的软组织阴影，有时与脊索瘤也难以鉴别[9]。

（四）尤文氏肉瘤：发病年龄10～14岁[5]，发生在骶椎者罕见。临床表现症状更为剧痛、病程短、发热38～39℃、贫血、白细胞增多，一般情况差，根据临床表现与X线特征，不难与脊索瘤区别。

（五）骨肉瘤：发生在骶椎者极少见，发展迅速，化验检查碱性磷酸酶升高。X线摄片示破坏区不规则，软组织阴影内有骨化及钙化征象[4]。

三、治疗与预后

骶椎脊索瘤化疗与放疗效果不佳，早期手术、彻底切除最好。刮除术虽简便，但易复发；而切除术只适用于局限的病变；截除术则用于广泛的病变。由于骶椎解剖结构特殊，手术中渗血常难以制止，故有一定的危险和死亡率，如肿瘤范围大，手术更困难，易损伤骶神经而致膀胱、直肠功能障碍。Localio[9]建议经腹部及骶部后侧两个切口途径来治疗骶$_3$平面以上的脊索瘤。Kaiser[1]报道55例经后侧切口大块切除骶椎肿瘤。本组5例中3例经腹、2例经后侧途径、1例未手术。经腹途径者，作下腹部正中切口，常规先结扎双侧髂内动脉，仔细分离肿瘤包膜，术中用干纱布压迫可减少出血。故本组无术中大出血者，输血最多为1800ml。因出血减少，手术野显露好，故也避免了损伤坐骨神经、阴部神经。特别是巨大脊索瘤侵入盆腔，压迫直肠、肛管、输尿管等，使这些脏器移位，并紧密粘连。因此，分离时，要特别仔细，以防损伤。本组除1例行骶$_{3、4、5}$肿瘤切除，保留骶$_{1、2}$，术后出现大小便失禁，一月后逐渐恢复正常外，其余4例，均未发生手术并发症。Camphell[11]等认为，虽然有的损伤了骶神经，但由于膀胱和直肠括约肌神经可能未受损伤，其本体感受器接受刺激，改由交感神经系统传入高级中枢，也可完成排便功能。本组5例手术中4例在1年内死亡，1例在2年内死亡。

## 参考文献


1. Bogumill GP and Schuwamm HA. Orthopaedic Pathology. London WB Sauders Company 1984:451

2. Kaiser TE. Clinicopathologic Stuby of Sacrococcygeal. Cancer 1984; 54:257A

3. 福间久俊，等。骨肿瘤诊断与发病率。骨肿瘤论文选，白求恩医科大学第四临床医院，1983

4. Wilner D. Radiology of Bone Tumors and Allied Disorders. London. WB Sauders Company 1982; P2807

5. Huvos, AG. Bone Tumors. WB Sauders Company, London 1979; P373

6. Wilkes, LL. Malignant tumors of the pelvic girdle mimiking the herniated disk symdrome. Clin Orthop 1979; 138:217

7. 北京积水潭医院创伤骨科骨肿瘤组。原发性骶骨肿瘤诊断和治疗。中华外科杂志 1978，16:150

8. Mirra JM, et al. Bone Tumors. Philadelphia Toronto: JB Lippincott Company, 1980; P 243

9. Localio SA. et al. Abdminosarcal resection of sacrococcygeal chordoma. Ann Surg 1967; 166:394

10. 王家瑚。骶椎尤文氏肉瘤二例报告。肿瘤防治研究 1983; 10:26

11. 刘植珊，等。骶骨部巨大肿瘤的手术治疗。中华骨科杂志 1983; 3:15


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

## 中度以上冲击伤狗的早期临床观察（正文见第158页）



图1　肝　破　裂



图2　肝　大　泡

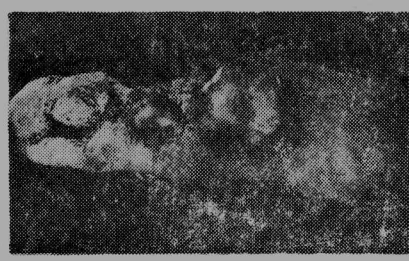


图3　脾血肿及破裂



图4　脾系膜血肿

## 骶椎脊索瘤（正文见第178页）



图1　骶椎呈溶骨性破坏



图2　钡盐灌肠肿瘤将直肠向左椎移



图3　骶椎溶骨性破坏区可见残存的骨碎片

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