

骨母细胞瘤 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文  
[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/305/2021\\_2022\\_\\_E9\\_AA\\_A8\\_E6\\_AF\\_8D\\_E7\\_BB\\_86\\_E8\\_c22\\_305571.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E9_AA_A8_E6_AF_8D_E7_BB_86_E8_c22_305571.htm) 名称骨母细胞瘤所属科室骨科病理 骨母细胞瘤含有丰富的血管，故呈粉红色、红色或紫红色，质地随肿瘤内钙化程度而定。钙化程度高者，表现较坚实或坚硬；颗粒状或沙粒状钙化者，则较脆弱，易碎裂，在质地柔软的区域，亦可出现囊性变。肿瘤表面的骨皮质显著变薄，或甚至被侵蚀，但骨外膜保持完整。肿瘤四周可有一个狭窄的反应性硬化带。显微镜下肿瘤的基本组织为血管丰富和疏松纤维的基质，其中含有丰富的骨母细胞，并有骨样组织形成。骨母细胞集结成巢状、索条状或片状，其外形大小较一致，无细胞不典型或核分裂。细胞间表现为不同的骨样组织，或钙化，或骨化。肿瘤的组织学图像虽属良性，但有些学者并不完全同意该肿瘤真正属于良性。Schein报告的病例标本内，都能看到骨质破坏和很多核分裂。最近，有不少报道证实，原来诊断为骨母细胞瘤的病例，以后都发现为骨肉瘤，或转化为恶性，并向肺部转移。因此，当细胞出现异染性、核分裂和密度过大时，应怀疑恶性变。

临床表现

- 1.该肿瘤不太多见，约占骨肿瘤总数的1%，男女之比为2 : 1，患者年龄80%小于30岁，25岁左右为发病高峰。
- 2.脊柱的发病率较高，占41%~50%，其中半数发生于腰椎，其次是胸椎、颈椎和骶椎，椎骨上的病变多位于脊柱的后方，尤以椎弓根易先受累。
- 3.早期为局部疼痛及根性放射痛，夜间疼痛多不加剧，但对阿司匹林反应不敏感。
- 4.神经症状：根据受累的脊柱平面出现相应的神经症状。腰椎的肿瘤可产生小腿放射痛，并伴有腰部肌肉痉挛。颈椎或胸椎的肿

瘤则可出现上肢和/或下肢无力与麻木，甚至运动感觉完全障碍。骶骨的肿瘤也同样能引起神经根的压迫症状。辅助检查实验室检查基本正常：个别病例血沉增快，CSF变化不大。若肿瘤转变为恶性，血清碱性磷酸酶（AKP）将升高。影像学检查 X线表现 肿瘤呈溶骨性膨胀改变，边界清楚，病灶外的骨皮质变薄。根据钙化以及血管丰富的程度，或表现为斑块状钙化，或为较大的透亮区。病变若波及一侧皮质，可使之破溃，以致瘤体侵入椎管或四周软组织。体层摄影较前者更清楚地显示病灶及受累范围，以利诊断。其他 CT扫描及MRI因有准确判定病情和指导治疗的突出优越性，应争取采用。

诊断1.本病以青年多见，约41%~50%位于脊柱，椎弓根易先受累。2.根性症状出现较早，其余的神经症状依受累平面不同而各异。3.X线见边界清楚、范围大小不等的骨质破坏，并有不同程度的骨化，边缘骨质膨胀变薄。4.病理检查见瘤组织中有大量的骨母细胞、骨样组织和血管纤维组织。

鉴别诊断 若单从X线片来作鉴别有一定的困难，所以鉴别诊断主要依靠病理检查。易与骨母细胞瘤相混淆的肿瘤有骨样骨瘤、骨肉瘤、骨巨细胞瘤、骨纤维结构不良、动脉瘤样骨囊肿及血管瘤等，应注重鉴别。

治疗 针对肿瘤组织学表现的特点，可进行局部刮除和植骨填塞空腔。根据脊椎骨非凡的解剖，目前治疗方法有：局部刮除 脊椎骨上的骨母细胞瘤经局部刮除后多可治愈，复发率也较低。如范围大，局部切除困难时，只能进行搔刮，术后需结合放疗。椎管减压 若同时察有神经根或脊髓压迫症状时，手术治疗旨在减压。减压的效果主要取决于压迫的程度和时间，以及减压手术是否彻底。

放射疗法 适用于无法手术、术后复发的患者或需行辅助治

疗的患者。照射剂量一般为20 ~ 50Gy。预防及预后对骨母细胞瘤的预后应予保留。应密切观察随访，以防恶变。对照射病例更应注重是否会转化成纤维肉瘤或骨肉瘤。手术后复发率不超过10% 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)