

■ 技术·思维

脊柱转移瘤的手术治疗

□田志超

脊柱是骨转移瘤最常见的部位。20%~40%的癌症患者发生脊柱转移病变,其中多达20%的患者出现症状。一般来说,包括化学疗法、分子靶向生物制剂和免疫疗法在内的系统治疗,对实体肿瘤内脏转移灶的效果比对骨转移灶的更好。在传统的脊柱转移切除手术中,常采用分段切除术。该方法最大的缺点是肿瘤组织残留在该部位的椎骨及周围结构的风险较高,导致肿瘤局部复发率较高。全脊椎切除术已经在脊柱外科流行,但由于全脊椎切除术的稀有性和缺乏高质量证据的研究,对其治疗脊柱转移瘤的效果尚无共识。

外科技术

影响脊柱手术方法的是病变阶段和肿瘤发展的程度。对于颈胸交界处和下腰椎病变,全脊椎切除术通常需要后前路。对于胸2~腰1椎体病变的全脊椎切除术,采用单一后路入路。在钝性解剖和后路椎体切除过程中,可以在肿瘤部位横切神经根以挽救脊髓。对于一些肿瘤扩大至前椎旁区域的患者,术前通过前路进行前路切除,有助于外科医生安全地实施经后路全脊椎

切除术。脊柱转移瘤的完全切除应在达到局部治愈和防止围手术期并发症之间得到很好的平衡。骨科专家对累及的同心层进行分类,提出肿瘤累及椎体的时钟型(横向)分类。这种分类方法有助于决定恶性原发性脊柱肿瘤的边缘切除或广泛的整体切除。对脊椎转移瘤患者有时采用半椎体切除术。在胸椎,全脊椎切除术在大

多数病例中比矢状面切除更安全可行,可预防发生脊髓损伤等并发症。如果肿瘤仅位于脊柱后部,则需要切除后弓。然而,对于大肿瘤后外侧延伸至骨外棘旁组织的患者,采用病灶内囊外切除(分段全切除)来实现完全转移灶切除术,且无明显的围手术期并发症。这种手术包括分段全切除,也适用于椎动脉靠近的颈椎完全性转移灶切除。

适应证和预期生存期

在我们看来,确定脊柱转移瘤患者是否适合接受转移瘤切除术的关键问题是选择合适的方法。与转移瘤切除术用于其他器官转移的情况一样,只有在满足以下条件时,脊柱转移瘤切除术才被认为适合原发性癌症得到良好控制的患者:没有弥散性或无法控制的椎管外转移性病变;完全切除脊柱孤立性病变是可

行的;患者能耐受手术。该领域未来的临床研究可能指向正确识别合适的脊柱转移瘤患者。预期生存期是决定脊柱转移瘤患者如何治疗的关键因素之一。大多数外科医生认为,对于预期寿命≥3个月的患者,应该考虑对脊柱转移瘤进行姑息性手术。脊柱转移瘤的完全性切除与更大的手术压力相

关,应该只考虑预期寿命≥12个月的患者。一些评估系统已经被报道用于估计脊柱转移瘤患者的预期寿命,并帮助选择合适的治疗方案。几十年来,各种现代系统疗法已经发展,因此,许多脊柱转移瘤患者活得更长。我们认为,脊柱转移瘤切除术可以用于预计生存时间为2年或更长时间的患者。

完全性转移瘤切除术(尺寸和位置)的可行性

颈椎的完全性转移瘤切除术通常是具有挑战性的。此部位的转移瘤切除术采用分段全切除法。整块切除术通常用于胸椎和腰椎的病变。涉及胸椎或腰椎单个椎体的孤立病变是脊柱转移瘤切除术的理想指征。此前,一家经验丰富的机构发现,减少脊柱肿瘤术中患者的失血量,与减少手术时间和手术压力有关。住院患者死亡率下降趋势表明,转移瘤切除术现在比以前更安全。它

可以帮助扩大脊柱转移瘤切除术的潜在应用范围。原发性癌症的类型和病理学评估是决定转移性疾病患者如何治疗的关键。对于脊柱转移瘤患者,应根据原发性癌症的特点选择治疗方法,包括转移瘤切除术。肾癌和甲状腺癌的转移性病变是脊柱转移瘤切除术的适应证。肾癌和甲状腺癌的骨转移有以下

共同特征:
1.它们经常影响脊柱。
2.表现为破坏性溶骨性病变。
3.与其他原发性癌症的转移相比,它们在系统治疗和放射治疗中更为棘手。
4.根据目前关于孤立的骨骼转移灶(包括脊柱)的治疗指南,如果可行的话,建议用完全性转移瘤切除术切除整个肿瘤。对这些转移灶进行完全性转移瘤切除术后,临床效果良好。

总 结

尽管关于脊柱转移瘤切除术的文章越来越多,但是详细描述脊柱完全性转移瘤切除术的文章很少。相关文献表明,手术切除的完整性是影响术后患者持久生存的主要因素。完全性手术切除的结果优于姑息性手术或细胞减少手术。长期以来,转移性脊柱疾病被认为是晚期癌症患者的

一种侵袭性疾病。因此,转移瘤切除术被认为没有作用。然而,肾或甲状腺恶性肿瘤脊髓转移的患者中有相当一部分是孤立的脊髓病变,没有脊髓外骨转移或其他器官转移。这些患者可以接受积极的手术治疗,包括转移瘤切除术。完全性转移瘤切除术被认为是骨转移患者的一个重要预后因素。

一些报道认为,同时伴有可控性肺转移的患者接受脊柱转移瘤切除术,预后良好。相关报道指出,老年患者和进行多节段椎体切除术的患者发生严重术后并发症的概率明显更高。如果可以的话,专家建议对转移性脊柱癌患者进行微创手术,帮助减少手术压力和并发症。谨慎选择合适的患

者和最小的围手术期发病率或死亡率相关,并对确保脊柱转移瘤切除术的效果至关重要。转移瘤切除术的使用在各种癌症中都在增加。在脊柱转移瘤治疗方面,现在的放射治疗可改善脊柱转移瘤切除术患者的预后,降低并发症发生率。综上所述,对于某些孤立

的和可切除的脊柱转移瘤患者,完全性转移瘤切除术是一个有用的选择,因为它可以改善生理功能和患者的生存质量。然而,适当的患者选择和手术的可行性仍然是较重要的管理因素。我们建议,成立MDT团队(多学科团队),对脊柱转移瘤患者进行联合治疗。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

■ 医学影像

同一患者,部位不同,治法迥异

□陈献韬 文/图

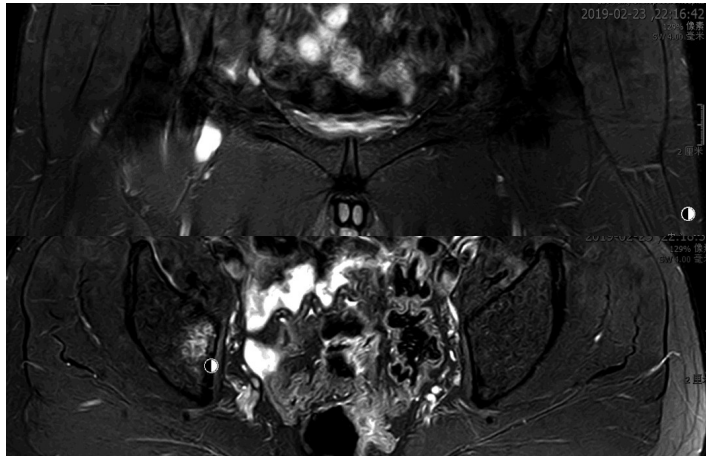


图 1

经常有股骨头坏死患者问:“我的股骨头坏死是几期、几型?治愈率有多高?”能问出如此专业问题的患者,大致有两类:一类是高级知识分子,会上知网等查询,但无法把浩瀚的知识有机串联起来并加以消化;一类是走南闯北看了好多医生,听得多了,感觉自己也懂得多了,自以为问的问题很高端,其实忽略了个体病情的差异性。分期分型是针对患者具体病情而言的,是医生考虑治疗

方案的重要参考,但不是唯一依据。治愈率是某个医生团队、使用同一治疗体系或方法治疗大宗患者的结果;对于单个患者而言,治愈率只有两个:0%和100%。这里有个病例,可以用来说明一个问题:在X线片上貌似相同的股骨头坏死,治疗方法可以大不同。患者的基本资料如下:病因基本明确:长期抽烟、喝酒。治疗目标明确:发病时间

短,保“头”为先。患者做了磁共振检查(图1)，“黑白混杂、呈地图样”改变就是坏死。右侧股骨头白色(骨髓水肿)面积大,左侧股骨头仅有双线征,似乎没有塌陷(通过磁共振片子看塌陷不及CT片、X线片明了),但因为右侧股骨头骨髓水肿严重,故仅右侧有疼痛症状,左侧属于无症状的股骨头坏死。磁共振检查是确诊股骨头坏死的“金标准”:1.有利于确诊;2.明确无症状的股骨头到底坏死了没有(单侧股骨头坏死患者,对侧60%~80%的股骨头会在2年~3年内发生坏死)。通过X线片,可从整体角度了解股骨头坏死有无塌陷、关节间隙、骨密度、囊性变等。CT检查结果(图2)是制定治疗方案的重要依据。似乎双侧股骨头没有明显的区别,只是左侧股骨头没有疼痛。制定治疗方案时有以下考虑:右侧股骨头:股骨头骨髓水肿明显,骨密度下降,可彻底减压、植骨治疗。比如微创陶瓷棒植入术、植骨术,当然选择

关节置换也是可以的。我们考虑患者处于疾病早期,年龄不大,选择微创植骨术,既能彻底减压,又能对不规则的坏死区处理周全,对增生滑膜亦能处理,降低后期疾病进展风险。左侧股骨头:尽管坏死面积和右侧相似,但存在明显的双线征,所以即便没有症状,也要积极治疗。适宜的治疗方法:髓芯减压术、微创陶瓷棒植入术、开放植骨术,我们选择了高能冲击

波体外治疗。由于没有症状,优先选择非手术治疗,便于患者右侧术后下地活动,保障生活质量。毕竟,卧床会让绝大多数人苦不堪言。远期注意事项:保持良好的生活习惯,从病因上切断发生疾病的根源;定期体检、化验,及时进行药物调理;定期进行X线或磁共振检查,延缓、阻止骨性关节炎的出现。(作者供职于河南省洛阳正骨医院)

图 2

无框架立体定向穿刺术治疗脑干出血

□刘展 文/图

半个月前,患者梁某突然昏迷,不省人事。患者家属带着他到当地县医院就诊,医生建议转诊至大医院治疗。经过多方打听,患者家属带着梁某来到郑州大学第二附属医院神经外科就诊。“患者刚来时自主呼吸微弱、深度昏迷、双侧瞳孔对光反应消失,病情危重。”郑州大学第二附属医院的接诊医生这样描述刚到医院时的梁某。经过会诊,神经外科医务人员

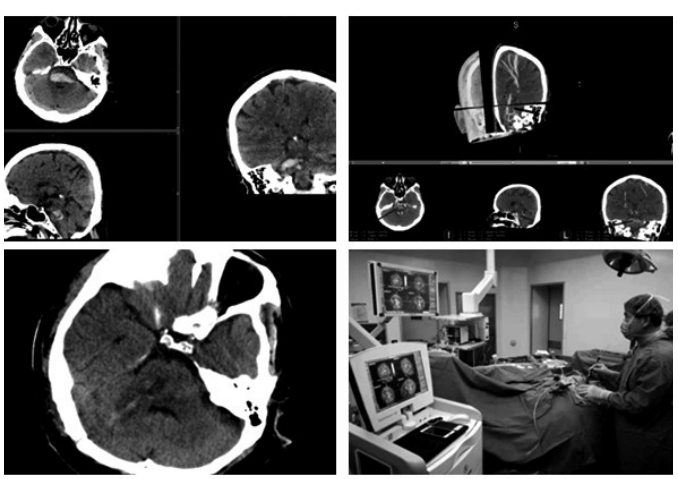


图 1

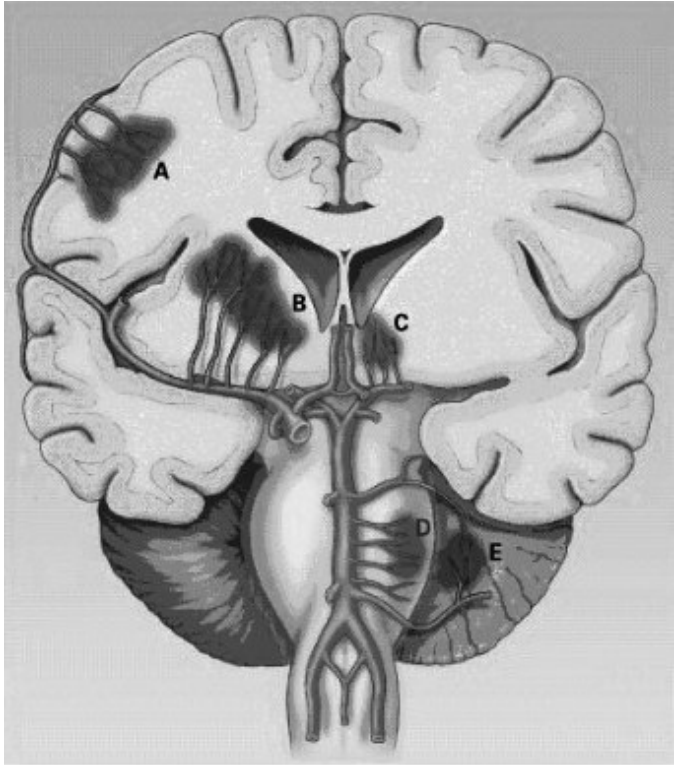


图 2

征 稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《精医懂药》《医学检验》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件给我们。稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。联系人:贾领珍电话:(0371)85966391投稿邮箱:337852179@qq.com邮编:450046地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社编辑部