

■ 技术·思维

恶性肿瘤骨转移 治疗决策如何定

□刘贯聪

骨转移是一个复杂的医学现象

相关数据显示,高达50%的恶性肿瘤患者会进展到转移阶段,其中超过50%的肿瘤转移发生在骨骼。在美国,每年有30万~40万人死于恶性肿瘤骨转移。我国是人口大国,癌症患者基数庞大,恶性肿瘤骨转移患者数量较多。

恶性肿瘤骨转移是一个较为复杂的医学现象。它指的是原本在身体其他部位生长的恶性肿瘤细胞,通过血液或淋巴系统等途径,转移并定植到骨骼组织。肿瘤细胞转移至骨骼后,会对骨骼的正常结构和功能产生极大的破坏,导致骨骼相关事件。

骨骼相关事件是恶性肿瘤骨转移患者面临的严重并发症,主要包括以下4种情况:

- 1.病理性骨折:骨骼被肿瘤侵蚀后,轻微外力(如咳嗽、翻身)即可导致骨折,常见于脊柱、髌部等承重骨。
- 2.脊髓压迫:转移瘤压迫脊髓或神经根,引发剧烈疼痛、下肢无力甚至瘫痪,需紧急手术减压。
- 3.需干预的骨并发症:包括放疗或手术(如骨水泥填充、内固定术),以缓解疼痛或稳定骨骼。
- 4.高钙血症:骨破坏后钙离子释放入血,导致恶心、意识模糊、心律失常等危险症状。

常见的容易发生骨转移的恶性肿瘤包括乳腺癌、前列腺癌、肺癌、甲状腺癌、肾癌等。这些恶性肿瘤细胞在骨组织内不断增殖,会刺激破骨细胞,使其活性增强,造成骨质过度

吸收,引发溶骨性病变,使骨骼变得脆弱,容易发生病理性骨折。

骨转移患者通常会出现骨痛症状,疼痛程度轻重不一,可为间歇性或持续性,严重影响患者的日常生活和睡眠质量。骨转移还可能造成脊髓压迫,导致肢体感觉和运动功能障碍,严重时可致截瘫。

恶性肿瘤骨转移不仅大大降低患者的生活质量,还严重威胁患者的生命健康。骨转移带来的疼痛往往是持续性的、让人难以忍受的,从最初的隐痛逐渐发展为剧痛,同时患者因为骨转移失去行动自由,只能长期卧床,生活不能自理,不仅身体上承受着巨大的痛苦,而且心理上也承受着重重的打击,易产生焦虑、抑郁等负面情绪。

临床病例

病例一

一位72岁的男性患者扭伤后出现左侧上肢疼痛伴活动障碍,被当地医院确诊为左侧肱骨骨质破坏伴病理性骨折。为寻求进一步治疗,他来到河南省肿瘤医院就诊。完善相关检查后,我和同事发现肺占位,先考虑肺癌骨转移,给予肱骨肿瘤刮除、骨水泥成形、内固定术。术后病理检查提示肺腺癌。

由于这位患者已发生病理性骨折,我们在怀疑肺占位的前提下先进行肱骨手术,解除病变部位疼痛并恢复其上肢功能,然后明确病理诊断。这是患者接受后续治疗的基础。

病例二

一位46岁的男性患者被确诊为左肾癌多发骨转移2年,正在接受靶向和免疫联合治疗。在接受治疗期间,他在院外突发双侧下肢无力,呈进行性加重,遂入院治疗。查体:脐部以下浅感觉功能减退,双下肢肌力0级。急查胸椎MRI(磁共振成像),结果发现胸6椎体骨质破坏伴病理性骨折,脊髓受压。完善各项检查后,我们在症状出现48小时内完成手术。术后约2个月,患者可自行下床活动。

这位患者发生恶性肿瘤脊柱转移伴脊髓压迫,出现截瘫。肿瘤性脊髓压迫症是一种外科急症,可能导致永久性瘫痪。手术是缓解脊髓压迫最有效、最快速的方法。以往研究表明,在肿瘤压迫48小时内进行手术,患者的神经预后更好。若能在1周内进行手术,患者有可能实现神经功能恢复。

影响治疗决策的关键因素

肿瘤的具体情况

肿瘤的具体情况是治疗决策的核心依据。不同类型的原发肿瘤,其生物学行为和对抗治疗的敏感性差异非常大。乳腺癌、前列腺癌等对内分泌治疗较为敏感,如果发生骨转移,内分泌治疗可能是重要的治疗手段之一。而对于肺癌、结直肠癌等,化疗、靶向治疗或免疫治疗则可能占据主导地位。

转移部位和范围也直接关系到治疗方案的选择。如果骨转移仅局限于单个部位,局部放疗或手术切除转移灶可能是可行的。如果是全身多发的骨转移,就需要侧重于全身性治疗,如化疗、靶向治疗等,同时配合骨改良药物来预防和治疗骨相关事件。此外,一些专业的风险评估量表可作为参考,如Mirels评分系统(评估四肢长骨转移瘤患者发生病理性骨折风险的重要工具)、SINS评分系统(评估脊柱转移瘤患者脊柱稳定性的工具)等。如果发生病理性骨折或脊柱稳定性差,影响患者的行动能力,可能

需要采取更加积极的治疗措施,如手术固定来增强骨骼的稳定性。

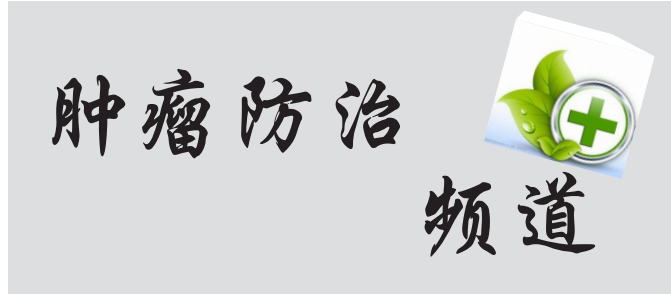
肿瘤的分子分型是近年来肿瘤治疗领域的重要进展,它为精准治疗提供了依据。以乳腺癌为例,激素受体阳性、HER2(人表皮生长因子受体-2)阴性的乳腺癌骨转移患者,内分泌治疗联合CDK4/6抑制剂(靶向治疗药物)往往能取得较好的效果;HER2阳性的患者,则需要在抗HER2治疗的基础上联合化疗或其他治疗手段。

肿瘤的进展速度也是一个关键因素。对于进展迅速的肿

瘤如三阴性乳腺癌的骨转移,可能需要更加强有力的治疗措施,如高强度的化疗或新型的靶向治疗、免疫治疗,以尽快控制肿瘤的生长;对于进展相对缓慢的肿瘤,治疗方案可以相对温和一些,注重维持患者的生活质量,同时密切观察肿瘤的变化。

总之,恶性肿瘤骨转移治疗决策的制定是一个充满挑战且至关重要的过程,涉及患者的身体状况、肿瘤特性等因素。精准决策能为患者带来生的希望。

(作者供职于河南省肿瘤医院)



■ 临床笔记

股骨头内有“空洞”,不一定是坏死

□陈献韬 文/图



图1

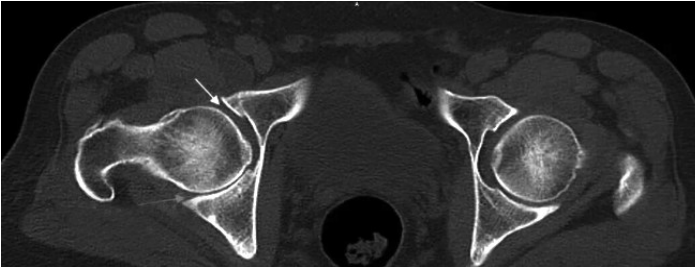


图2

股骨头坏死发展到一定阶段,会出现“裂缝”(软骨下骨折)、“空洞”(囊性变)等。其实,股骨头内有“空洞”,不一定意味着坏死。下面,我举例说明。

病例

这是一位男性患者,今年67岁,6个月前无明显诱因出现右髋部大腿内侧及右膝关节疼痛,劳累后疼痛加重。他到当地医院拍片。当地医院医生看了一下片子,认为是右侧股骨头坏死,遂让患者口服药物治疗。口服药物治

疗1个月,患者的疼痛未见明显减轻,遂来到河南省洛阳正骨医院就诊。

我看了他的MRI(磁共振成像)片,发现和股骨头坏死的影像非常相似,但的确确实是骨性关节炎。

仔细看MRI片(图1),可见左侧股骨头(L)很圆,右侧股骨头不仅不圆且髌臼有内陷。将MRI片与CT片(图2)结合起来,可以明确诊断。CT片可见关节面下囊性变,关节间隙不等宽,周

围还有骨质增生。

成人发育不良被确诊的年龄范围很大,早期可以在青春期剧烈运动后发现,也可以在40岁~50岁偶尔有疼痛时发现,当然多在60岁~70岁时被确诊——确诊时间取决于具体的头臼匹配、体重、工作性质、运动或劳动量。

当然,还可以换个思路来理解疼痛的机制——关节不稳定造成磨损增加,孟唇受到撞击后发生撕裂。

一般认为,50岁以下的髋关节发育不良可以考虑髌臼周围截骨术;50岁以上,对于疼痛无法通过保守治疗获得长期满意效果,首选关节置换治疗。

术中可见股骨头负重区软骨已经磨损殆尽,由此引起的疼痛是无法通过保守治疗解决的。

为什么骨性关节炎和股骨头坏死易混淆

骨性关节炎是一种以关节软骨退行性变和继发性骨质增生为特征的慢性关节疾病,多见于中老年人,女性发病率略高于男性。其核心病理改变是关节软骨的变性、破坏,导致关节疼痛、僵硬、肿胀及活动受限。

骨性关节炎与股骨头坏死在症状、影像学上存在诸多相似之处,这导致两者在临床诊断中容易混淆。

症状相似性
1.疼痛特点重叠
两者均可表现为髋部疼痛,且活动后加重。

骨性关节炎的疼痛多为渐进性,休息后可缓解。股骨头坏死引发的疼痛可能夜间明显,且休息后无法完全缓解。

2.关节功能影响
骨性关节炎和股骨头坏死均会导致活动受限、跛行等症状,且体格检查(如“4”字试验阳性)结果相似。

影像学表现交叉

1.早期影像学差异不明显
骨性关节炎的典型表现为关节间隙狭窄、骨质形成。而股骨头坏死早期X线检查结果可能正常,需通过MRI检查发现骨髓水肿或“新月征”。

若仅做X线检查,可能漏诊早期股骨头坏死。

2.晚期病变相互关联
股骨头坏死晚期可因股骨头塌陷继发髋关节骨性关节炎。此时影像学表现可能同时具备两者特征,增加鉴别难度。

如何避免误诊
结合多种检查手段:X线联合MRI检查可提高诊断准确性。

关注疼痛细节:若有夜间痛、静息痛,更倾向于股骨头坏死。

详细询问病史:明确激素使用、饮酒史等关键信息。

(作者供职于河南省洛阳正骨医院)

相关链接

股骨头坏死是一种因股骨头血液供应中断导致骨细胞死亡的疾病,常见于外伤、激素使用、酗酒等诱因。该病易与其他髋关节疾病相混淆,临床误诊率较高。

除了骨性关节炎,还有其他需重点鉴别的疾病。

1.腰椎间盘突出
混淆原因:两者均可出现腰臀部及下肢疼痛。
鉴别要点:腰椎间盘突出症直腿抬高试验阳性,髋关节影像学无异常;股骨头坏死被动旋转髋关节时疼痛加重,MRI可显示骨囊性变或塌陷。

2.类风湿关节炎
混淆原因:类风湿关节炎可累及髋关节,导致对称性关节肿胀和晨僵,与股骨头坏死症状相似。

鉴别要点:类风湿关节炎多侵犯小关节,类风湿因子阳性;股骨头坏死的病变局限在股骨头,X线检查可见“新月征”。

■ 临床体会

病例

小衡今年10岁。在长达数月的时间里,小衡一直有剧烈心悸。家人带着她辗转多家医院就诊,均被诊断为心肌炎。然而,常规抗心律失常药物治疗无效,她的病情持续恶化,心脏射血分数骤降至49%。在他人的劝说下,家人带着她来到阜外华中心血管病医院儿童心脏中心就诊。儿童心脏中心二病区副主任医师尉新华,主治医师张伟涛接诊了她。

尉新华和张伟涛反复研读心电图,抽丝剥茧,终于揪出真凶——无休止性房性心动过速(又称慢性自律性房性心动过速),而非心肌炎! 隐匿在右心耳的异位起搏点,持续释放紊乱的电信号,影响心脏的正常节律。发现病因后,他们对小衡进行个体化治疗。

麻醉成功后,先进行心脏电生理检查,迅速锁定病灶位置,然后通过右侧腋下小切口开辟出通往病灶的“秘密通道”。当手术钳精准夹住右心耳的瞬间,奇迹发生了:原本紊乱的房性心律消失,窦性心律恢复,心脏跳动变得平稳有力。手术全程零射线、零输血。

“无休止性房性心动过速这一心脏顽疾常常披着窦性心动过速的‘外衣’,易被误诊,药物治疗往往难以触及根本,效果微乎其微。”尉新华说,“传统心脏射频消融术对心耳起源的此类病症即刻成功率仅有70%左右,远期还有25%的复发风险。我们创新使用的‘一站式’手术方案,凭借内科和外科的紧密协作与先进的技术,不仅实现了术中100%的即刻治愈,更从根源上杜绝了复发隐患。”

诊断要点

据介绍,无休止性房性心动过速是一种特殊类型的心律失常,其诊断需结合临床表现、心电图特征及辅助检查。以下是诊断要点:

1.临床表现
患者多为儿童、青少年,常见症状包括心悸、胸闷。
若长期未治疗,可能导致心脏扩大、心功能下降,甚至发展为扩张型心肌病和心力衰竭。

2.心电图特征
心率与节律
心率通常为100次/分钟~200次/分钟,较少超过200次/分钟。
节律不规整,清醒与睡眠时心率可相差50次/分钟以上。

P波形态
P波在Ⅱ、Ⅲ、aVF导联(心电图检查中的一个加压单极肢体导联)多倒置,aVR导联(心电图12导联体系中的一个加压单极肢体导联)直立。
房性心动过速发作时P波常位于QRS波群之后,R-P间期>P-R间期。

房室传导
可望1:1传导,也可能出现房室传导阻滞(如文氏型)。
3.辅助检查
动态心电图
可捕捉间歇性发作,提高诊断率。24小时动态心电图对房性心动过速的检出率显著高于常规心电图。
心电散点图
诊断准确率高达95.56%,能清晰显示房性心动过速的集中块状分布特征。

其他检查
心肌酶、心脏超声检查等有助于排除器质性心脏病。
4.鉴别诊断
需与阵发性心房颤动、室性心动过速等鉴别。aVR导联法可辅助鉴别心房颤动伴宽QRS波群心动过速。若合并心力衰竭,需同步改善心功能。

误诊原因

无休止性房性心动过速被误诊为心肌炎,主要与两者症状重叠、检查结果非特异性以及疾病早期表现不典型有关。

症状重叠性
心肌炎早期可能表现为心悸、胸闷、乏力,与房性心动过速的症状(如心慌、气促)高度相似。
若患者近期有病毒感染史(如感冒、腹泻),医生可能优先考虑心肌炎,而忽略其他病因。
心电图表现的非特异性
心肌炎的心电图可显示ST-T改变、早搏或传导阻滞,但早期可能仅表现为窦性心动过速。
房性心动过速的心电图特征为心率160次/分钟~220次/分钟或220次/分钟~350次/分钟,但需排除生理性原因(如情绪激动、甲亢)。

(作者供职于阜外华中心血管病医院)

征 稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件。

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。

电话:16799911313

投稿邮箱:337852179@qq.com

邮编:450046

地址:郑州市金水东路河南省卫生健康委8楼医药卫生报社总编室

被误诊为心肌炎的无休止性房性心动过速