

发性支气管肺癌、淋巴瘤、浆细胞肉芽肿及其他肺部疾病。因多发性骨髓瘤在骨髓上可表现为局灶性病变,也有报道早期骨髓检查阴性的患者快速发展为多发性骨髓瘤,故需要多次骨髓检查排除。文献上有骨髓检查阴性,通过 PET 发现早期骨髓受侵犯的报道,但缺乏大宗病例研究,其中 PET 检查的价值尚待确定。

**2.4 治疗及预后** 目前,EMP 的治疗手段主要有放疗、手术、化疗等,但治疗方案的选择一直存在争议。因 EMP 有较高的放疗敏感性,单纯放疗有较高控制率,故多数学者建议首选放疗。目前多数采用的放疗剂量为 4 000~5 000 cGy,局部控制率在 80%~100%<sup>[6]</sup>。Tsang 等报道治疗 14 例患者,给予放疗剂量为 3 500 cGy,1 例失败,失败的病例因为原发肿瘤大于 5 cm,Shih 等<sup>[7]</sup>报道了 7 例髓外浆细胞瘤病例接受放疗,放疗剂量为 4 700~6 500 cGy,放疗后患者局部控制率为 100%。综上所述,目前推荐最佳的放疗剂量在 4 000~5 000 cGy,如果肿瘤大于 5 cm 或伴有其他高危因素可适当提高放疗剂量。对于有不良预后因素(分化差、局部破坏、浸润明显等)的患者可考虑辅助性化疗,也有一定疗效。目前常用的化疗方案与多发性骨髓瘤、非霍奇金氏淋巴瘤相似。当病变比较局限、有足够的切缘范围时,可单纯采用手术治疗。对于原发于腮腺、甲状腺及颈部淋巴结等部位的可首选手术;对于放疗不敏感病灶、放疗后残留灶或放疗后复发的病灶可以采用手术治疗,效果较好。EMP 患者的 5 年生存率约 50%~79%,治疗后的中位生存年限约为 6~8 年<sup>[8]</sup>,但 20%~30%最终会转化为多发性骨髓瘤<sup>[9]</sup>。由于 PPP 极为罕见,预后因素尚不明确,一般而言与其他恶性肿瘤比较可能预后较好,作者认为肿瘤的大小及早期确诊是很重要。James 等统计了 23 例 PPP 病例,2 年及 5 年生存率分别为 66%和 40%,有 2 例存活了 9 年,2 例存活时间大于 20 年。而该例患者放化疗后局部控制效果均欠佳,生存时间需长期随访观察。定期行骨扫描、骨髓穿刺、胸部 CT、腹部 B 超、肝肾功能及尿本周氏蛋白等检查,必要时可行 PET 检

· 短篇及病例报道 ·

查评价疾病进展情况。

#### 参考文献:

- [1] 周乃康,田晓东.原发性肺浆细胞瘤 1 例[J].军区进修学院报,2001,22(4):314-315.
- [2] 吴一龙,黄直凡.肺浆细胞肉瘤 1 例并文献复习[J].癌症,1986,5(2):232-233.
- [3] 鲁燕云,宋勇.原发肺浆细胞瘤[J].西藏医药杂志,2005,26(3):8-11.
- [4] Yoshiko K, Hiroaki S, Norihiro H, et al. Radiologic findings in primary pulmonary plasmacytoma[J]. Thorac Imaging, 2005, 20(1): 53-54.
- [5] 黄春鑫,黄蓉.髓外浆细胞瘤的诊断与鉴别诊断[J].实用肿瘤学杂志,2008,22(2):128-130.
- [6] Soutar R. Guidelines on the diagnosis and management of solitary plasmacytoma of bone and solitary extramedullary plasmacytoma[J]. British Journal of Haematology, 2009, 124(6): 717-726.
- [7] Shih LY, Dunn P, Leung WM, et al. Localised plasmacytomas in Taiwan; comparison between extramedullary plasmacytoma and solitary plasmacytoma of bone [J]. British Journal of Cancer, 1995, 75(1): 128-133.
- [8] Rolins H, Levin M, Coldberg S, et al. Solitary extramedullary plasmacytoma of the epiglottis: a case report and review of the literature [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 1995, 112(6): 754-756.
- [9] Alexiou C, Kau RJ, Dietzfelbinger H, et al. Extramedullary plasmacytoma: Tumor occurrence and therapeutic concepts [J]. Cancer, 1999, 85(11): 2305-2314.

(收稿日期:2010-10-09 修回日期:2011-01-29)

## 以肢体功能障碍为主要表现的主动脉夹层的临床特点

林彬<sup>1</sup>,熊璞<sup>2</sup>,周肖英<sup>1</sup>

(1. 江苏省无锡卫生高等职业技术学校 214028; 2. 四川省乐山职业技术学院 614000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.11.049

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)11-1142-02

急性主动脉夹层是一类病情凶险、进展迅速、病死率高的疾病,临床表现复杂多样,其中约 18%~30%的患者有神经系统损害<sup>[1]</sup>。其发病率大约为 0.05%~0.10%<sup>[2]</sup>。本文总结 2005~2009 年诊治的以肢体功能障碍为主要表现的急性主动脉夹层病例,就其临床特点进行回顾性分析。

### 1 临床资料

男,24 例,女 5 例,男女比例 4.8:1;年龄 22~67 岁,平均 42 岁;有高血压病史者 15 例。全部病例均经彩超或 CT 扫描证实,21 例进行了介入治疗。临床表现:29 例患者均在活动的情况下突发不同程度的颈背部或腰部的疼痛,但意识清楚。其中胸、背腹痛 16 例,轻度躁动 18 例,肢体疼痛 19 例,截瘫 9 例。25 例呈病理反射阳性,小便不能自控 12 例,四肢冰冷 4 例,足背动脉搏动消失者 3 例,股动脉搏动降低 7 例,单侧肢体苍白 3 例。全部患者均有不同程度的单侧或双侧肌力下降和

肢体麻木,均有明确的感觉平面,就诊时血压均偏高。彩超和(或)CT 探测到夹层动脉瘤部位示:胸主动脉 11 例,腹主动脉 13 例,髂动脉 3 例,髂、腹、胸主动脉同时波及者 2 例,腹、胸主动脉同时波及者 9 例,死亡 3 例。

### 2 讨论

主动脉夹层系主动脉内膜撕裂后,循环中的血液进入主动脉壁内,导致血管壁分层,壁内血肿沿主动脉长轴方向扩展致主动脉远端,最远可达髂动脉及股动脉,亦可累及主动脉的各分支,夹层的持续扩张和压迫,导致动脉分支堵塞、脏器缺血。血压的改变是诱发主动脉夹层发病的重要原因。国内有研究指出,80%以上的主动脉夹层患者有高血压病,少数患者有囊性中层坏死<sup>[3]</sup>。本组患者均有高血压。由于夹层所累及的主动脉部位及范围不同,所以,其临床表现也复杂多样。其中疼痛是最常见的症状。突发严重的胸和(或)背痛是急性主动脉

夹层的特征性表现。90%以上的急性主动脉夹层患者在急诊就诊时主诉严重疼痛,而仅有小部分患者有轻微疼痛甚至根本无疼痛<sup>[4]</sup>。然而,国内外少量报道仅仅有脊髓的症状而没有疼痛的病例<sup>[5-7]</sup>。本组患者中均存在胸背部疼痛,但轻重不一,且大多没有固定的疼痛点,疼痛的范围较弥散,同时因疼痛不适而出现烦躁不安。所有患者均有肢体功能障碍的症状,表现为肌力下降,肢体麻木无力。感觉异常往往先于运动障碍,部分出现截瘫的现象。这可能与脊髓的血供的解剖特点有关。一般情况下,脊髓前动脉提供 75%的血流供应脊髓前 2/3,而脊髓后动脉供血不超过 25%。因此,脊髓的背侧供血较薄弱。当发生主动脉夹层时,血流动力学发生改变后脊髓出现低灌注,进而影响到供血较薄弱的部位。同时由于主动脉夹层分离,引起肋间动脉、腰动脉、根动脉供血不足导致脊髓缺血性梗死。当患者出现脊髓缺血性梗死时,就可能出现截瘫的症状,或出现脊髓半切综合征的症状。

本组患者中均有明确的感觉平面,其中胸腹水平较多,其中 25 例表现为胸腹部的感觉异常,经彩超或 CT 检查发现胸主动脉及腹主动脉出现夹层动脉瘤。胸主动脉及腹主动脉出现夹层动脉瘤比例高,这与脊髓的血供十分复杂性相一致。脊髓的供血动脉包括起自椎动脉的脊髓前动脉、脊髓后动脉及来源于胸腹主动脉侧支的根动脉,脊髓前动脉是脊髓灌注的最主要来源,它在下行中接受来自主动脉的肋间动脉、腰动脉的支持。因此,在接受来自主动脉血供时存在着血液供应的薄弱点,而这些薄弱点就出现在其供血的分水岭区。在发生主动脉夹层时这些供血分水岭区的血供减少甚至发生梗死,就可能出现脊髓的神经症状。

影像学检查是主动脉夹层的重要诊断手段。周海红等<sup>[8]</sup>认为 DSA 及逆行性主动脉造影则是最可靠的检查。本组患者进行了 CT/CTA 或彩超的检查均发现了夹层动脉瘤。同时,CT/CTA 检查可显示主动脉真假腔形成,并可显示破口位置。彩超作为一种检查方法,可以在条件不允许的情况下对夹层动脉瘤进行初诊,但明确诊断应以 CT 检查结果及临床表现为准。CT 检查为早期确诊主动脉夹层及尽快地进行干预提供

• 短篇及病例报道 •

## 风心病术后别嘌醇过敏综合征 1 例

马兴杰,董岸莺,杨丽霞

(解放军第 273 医院心肾呼吸科,新疆库尔勒 841000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.11.050

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)11-1143-02

### 1 病例资料

患者,男,63 岁,因“体检发现蛋白尿 1 个月”入院。既往风心病病史 16 年,6 年前行二尖瓣置换术,术后长期口服华法令 2.5 mg,每日 1 次,监测 INR 2~3,无明显出血并发症。入院查体:血压 130/80 mm Hg,心率 76 次/分,双肺呼吸音清晰,心界向左扩大,双下肢轻度浮肿。尿常规:比重 1.015,蛋白质(+);血(+)。血肌酐 173.10 μmol/L;尿素 10.12 mmol/L;尿酸 632 μmol/L。心脏超声:人工二尖瓣置换术后,左房增大,左室稍大;人工二尖瓣功能正常;主动脉瓣中度狭窄并钙化,局限性反流;二尖瓣、肺动脉瓣局限性反流;心包积液。双肾二维超声及彩色多普勒超声未见异常。诊断:“慢性肾脏

了有效的手段。蔡振林<sup>[9]</sup>研究认为,主动脉夹层患者确诊的时间与死亡有相关性,大于 6 h 确诊的患者死亡率极高。

本组病例中 9 例出现截瘫的症状:双下肢麻木无力及排尿困难。起初曾拟诊为脊髓炎,但作者在体格检查时发现了下肢动脉搏动减弱或消失,同时患者有明显的血压升高。根据这些特征及时进行彩超和 CT 检查,明确了主动脉夹层,从而得到了及时的治疗。

### 参考文献:

- [1] 楼小琳,张苗,张菁. 主动脉夹层动脉瘤的神经系统表现[J]. 中华老年心脑血管病杂志,2000,2(1):26-28.
- [2] 于健,李向东. 20 例主动脉夹层动脉瘤的临床诊治体会[J]. 中国医师杂志,2003,5(2):180-181.
- [3] 孟庆义. 急性主动脉夹层的急诊救治[J]. 中国临床医生杂志,2008,36(1):11-12.
- [4] DeSanctis RW, Doroghazi RM, Austin WG, et al. Aortic dissection[J]. New Eng J Med,1987,317(8):1060-1066.
- [5] 庄晓荣,林晓芳,郑维红,等. 急性无痛性主动脉夹层导致的截瘫[J]. 脑与神经疾病杂志,2006,14(5):357-359.
- [6] Inamasu J. Paraplegia caused by painless acute aortic dissection[J]. Spinal Cord,2000,38(6):702-704.
- [7] 杨静,韩新生,何蕴,等. 以截瘫为主要临床表现的主动脉夹层动脉瘤 2 例临床分析[J]. 临床荟萃,2005,20(3):400-401.
- [8] 周海红,赵斌,李君,等. 合并神经系统损害的主动脉夹层 30 例临床分析[J]. 神经疾病与精神卫生,2004,4(4):269-271.
- [9] 蔡振林,徐瑞芳,郑挺,等. 以急性脊髓损害为表现的主动脉夹层分离破裂的临床研究[J]. 中国临床神经科学,2006,14(3):274-280.

(收稿日期:2010-11-15 修回日期:2011-01-25)

病Ⅲ期;高尿酸血症;风心病(人工瓣膜置换术后);心功能 2 级”。入院后给予缬沙坦 80 mg 口服,每日 1 次;别嘌醇 100 mg 口服,每日 1 次;碳酸氢钠 1 g 口服,每日 3 次;华法令 2.5 mg 口服,每日 1 次;血塞通 0.8 g 静滴,每日 1 次。治疗 2 d 后出现全身红色瘀点,伴瘙痒,考虑静脉输注中成药所致,停用中成药后给予口服氯苯那敏及氯雷他定抗过敏治疗,皮疹好转不明显,入院 1 周后复查肾功血肌酐 264 μmol/L;尿素 8.38 mmol/L;尿酸 348 μmol/L。考虑别嘌醇过敏,停用别嘌醇及缬沙坦;雷公藤多甙 10 mg 口服,每日 2 次。1 周后复查肾功血肌酐 190 μmol/L;尿素 6.57 mmol/L;尿酸 279 μmol/L;尿蛋白(-)。