

3167.

[8] 黄明, 邹晓峰, 袁源湖, 等. 应用输尿管镜处理上尿路结石术后尿瘘[J]. 现代泌尿外科杂志, 2004, 9(1): 23.

[9] Mailliet PJ, Pelle-Francoz D, Leriche A, et al. Fistulas of

the upper urinary tract: percutaneous management[J]. J Urol, 1987, 138(6): 1382-1385.

(收稿日期: 2011-08-25 修回日期: 2012-02-07)

• 短篇及病例报道 •

献血员 B 亚型 1 例的报告

聂 锋

(安徽省宣城市人民医院输血科 242000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.09.044

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2012)09-0934-01

ABO 血型有数种亚型, 如 A 亚型(A1、A2、A3、Am、Ax 等)、B 亚型(B2、B3、Bm、Bx、Bel 等)及 AB 亚型(A1B、A2B 等)。目前检出的 B 亚型较 A 亚型少。作者最近在临床输血工作中发现 1 例 B 亚型无偿献血者, 其血清学特征符合 Bx 型, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 男, 43 岁, 汉族, 血型初检为“O”型 Rh(D)阳性, 2010 年 11 月 15 日行左胫骨平台骨折术, 术中需输悬浮红细胞 2 U, 交叉配血复检血型时发现献血员为 B 亚型。血型复查、抗体筛查、交叉配血及直接抗人球蛋白试验均采用微柱凝胶法。微柱凝胶卡(血型卡批号 20100317, 配血卡批号 20100503)由长春博讯生物技术有限公司提供; 筛检细胞(批号 20105620)及反定型细胞(批号 20105325)由上海血液生物医药公司提供。患者血型复检, 正定型: “O”型 Rh(D)阳性, 反定型: “O”型; 献血员血型复检, 正定型: “O”型 Rh(D)阳性, 反定型: “B”型, 正、反定型不符。交叉配血主侧凝集, 次侧不凝集。患者“不完全抗体筛查”阴性, 献血员“直接抗人球蛋白试验”阴性。献血员血型鉴定, ABO 正定型: 抗 A 抗体(-), 抗 B 抗体(-), 抗 AB 抗体(++), 抗 H 抗体(++++) ; ABO 反定型: A1 细胞(++++) , B 细胞(-), O 细胞(-)。取献血员洗涤后的压积红细胞与等量抗 B 血清混合, 4 ℃ 吸收 1 h, 洗涤后经酸放散, 取放散液与 Bc 反应, 结果为(++), 证实了红细胞表面有弱的 B 抗原存在。

• 短篇及病例报道 •

2 讨 论

B 亚型血和 B3 亚型血的区别在于 B 亚型血凝集成一个大的凝集块, B3 亚型血为混合外观; B2 亚型血的凝集强度介于 B 亚型血和 B3 亚型血之间; Bx、Bm、Bel 亚型血的区别是三者均与抗 A 抗体、抗 B 抗体不凝集, 而 Bx 亚型血与抗 AB 抗体发生凝集, Bm、Bel 亚型血都不与抗 AB 抗体发生凝集^[1-2]。由于亚型红细胞抗原性弱, 容易造成误判, ABO 血型鉴定时应按照临床输血技术的规范要求, 采用正、反定型法, 同时加抗 H、抗 AB 血清试剂, 辅以吸收放散试验, 以避免将亚型血误定为 O 型血。B 亚型血较 A 亚型血少见, 凡红细胞上显示为较弱的 B 特异性者, 统称 B 亚型(或弱 B)。周冰^[3]报道 382 361 名无偿献血者中检出 B 亚型 51 例, 其中 Bx 型仅 1 例, 这说明了该种血型极为罕见。

参考文献:

- [1] 李勇, 杨贵贞. 人类红细胞血型学实用理论与实验技术 [M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1999: 214-267.
- [2] 杨天楹, 杨成民, 田兆嵩. 临床输血学 [M]. 北京: 北京医科大学, 中国协和医科大学联合出版社, 1993: 48-77.
- [3] 周冰. 无偿献血人群中 B 亚型的调查 [J]. 中国误诊学杂志, 2007, 7(5): 1163-1164.

(收稿日期: 2011-09-08 修回日期: 2012-01-22)

外阴恶性纤维组织细胞瘤 1 例及文献复习

蔡慧华, 王雪峰

(南方医科大学附属珠江医院妇产科, 广州 510280)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.09.045

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2012)09-0934-02

1 临床资料

患者, 女, 48 岁, 因发现外阴肿物 4 个月于 2011 年 3 月 8 日入住本院妇产科。查体: 心、肺无异常, 阴阜偏左处皮下可扪及一大小约 4.0 cm×3.0 cm×3.0 cm 的隆起肿物, 表面无红肿及破溃, 无波动感, 质硬、边界清, 无触痛, 蒂较宽、根部较深, 活动度差, 左侧腹股沟区可扪及另一肿物, 大小约 4.0 cm×2.0 cm×1.0 cm, 质韧、活动度好, 疑为淋巴结肿大。彩色多普勒超声检查提示左侧外阴皮下 2~30 mm 处实性非均质光团,

大小约 42 mm×23 mm×35 mm, 边界清, 内部回声强弱不均, 未见明确旋涡状结构, 周边及内部均探及丰富血流信号; 双侧腹股沟区可见条状略低回声, 左侧范围约 36 mm×3.6 mm×12.0 mm, 右侧范围约 13.0 mm×3.5 mm×6.8 mm。心电图、胸部 X 线片、泌尿系统及消化系统彩色多普勒超声检查均未见异常。患者要求仅行外阴肿物切除术, 无论术中冷冻切片检查结果如何, 拒绝扩大手术范围。患者于 2011 年 3 月 10 日在硬膜外麻醉下行外阴肿物切除术, 术中见单发性肿物, 与周围组织有分界, 但无完整包膜, 基底部部分组织深入肌层, 切面呈

灰白色,伴灶性出血坏死。术中冷冻切片检查提示纤维组织细胞瘤可能性大。术后病理检查提示外阴巨细胞型恶性纤维组织细胞瘤(malignant fibrous histiocytoma, MFH),镜下见瘤细胞呈多形性改变,散在破骨样多核巨细胞;免疫组织化学:波形纤维蛋白(vimentin, VIM)阳性,白细胞分化抗原(cluster of differentiation, CD)68 阳性。患者放弃继续治疗,自愿出院。

2 讨 论

MFH 在 1964 年被发现,1978 年由 Weiss 正式命名^[1],基于其病理组织学特征,1994 年 WHO 将其分为 5 个亚型:席纹样-多形性型、黏液样型、巨细胞型、黄色瘤型(炎症型)及血管瘤样型。虽然目前对于 MFH 的起源与病因尚不清楚,但对其生物学行为的认识则相对一致。MFH 是一种高度恶性的软组织肿瘤,呈进行性浸润性生长,术后容易局部复发和转移,好发于 50~70 岁的中、老年人,男性多于女性,可原发于身体任何部位,多见于四肢,尤其下肢,无特征性临床表现,起病多缓慢,少数较快,一般发病至就诊的时间为数月至数年,常因外周部位触及包块及其浅表性病变就诊,而患者内部脏器及深在性病变的早期发现较为困难,常在病变发展至中、晚期出现压迫周围组织血管的相应症状才就诊,加上由于缺乏特异性检验及辅助检查项目,术前诊断困难,确诊有赖于术后病理以及免疫组织化学的检查结果。

MFH 目前仍以手术治疗为主,依据切除范围,手术可分为边缘切除术、广泛切除术(包括边缘外 2~5 cm)、根治性切除术及截肢术。由于边缘切除术仅切除假包膜以内的组织,遗留了恶性肿瘤“反应区”内的卫星结节和活跃转移灶,术后复发率很高,即使广泛切除或根治性切除,仅对局部控制和清除肿瘤病变有一定效果,但不能避免转移。转移一般出现较早,80%为肺转移,10%为淋巴结转移。目前较多研究认为,早期彻底手术切除可减少局部复发率,改善预后^[2-4]。术后应进行补充放疗,尤其是当手术切除不充分时。也有研究指出,当肿瘤直径小于 5 cm,且可行广泛根治性手术切除时,可不考虑术后放疗^[5]。术后补充化疗的有效性存在争议,甚至有研究指出化疗是增加患者病死率的非独立预后相关因素^[6]。对于术前肿瘤体积较大以及部位特殊的病例,术前能否先行放疗或辅助化疗,目前尚无统一论。

本例为原发于中年女性外阴的巨细胞型 MFH,临床罕见。对于外阴 MFH,国内、外仅有个案报道^[7-8],此肿瘤为高度恶性,预后差,5 年生存率极低。因此,对外阴的无痛性、持

• 短篇及病例报道 •

续性生长的肿块应考虑到本病的可能。该病的确诊有赖于病理诊断。术前 X 线片、CT 和磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)检查有助于确定肿瘤的侵犯范围及其与周围组织的关系。外阴 MFH 的手术治疗应个体化。胡蔓萝等^[7]报道了 1 例外阴 MFH,他们综合考虑患者年龄,有保留生育功能的要求,病灶的病理类型、范围以及转移情况,行病灶侧外阴根治性切除术及同侧腹股沟淋巴结清扫术,术后未行任何辅助治疗,随访 15 年未见复发。姚艳等^[8]报道 1 例外阴血管瘤样 MFH,患者为中年女性,结合病灶范围局限及病理类型,行病灶侧外阴肿物局部扩大切除术及同侧腹股沟淋巴结清扫术,术后随访 2 年无复发。对于本例患者,理想的治疗方式应进一步行广泛切除术,同时行腹股沟淋巴结清扫术,术后可不考虑放疗;或者单纯行边缘切除术,术后应补充放疗,密切随访。术后随访除了注意局部病变的复发,还要注意肺部转移病灶的发生。

参考文献:

- [1] 王姿,李志平. 恶性纤维组织细胞瘤治疗及预后的研究现状[J]. 临床肿瘤学杂志, 2011, 16(1): 82-85.
- [2] Sabesan T, Xuexi W, Yongfa Q, et al. Malignant fibrous histiocytoma: outcome of tumours in the head and neck compared with those in the trunk and extremities[J]. Br J Oral Maxillofac Surg, 2006, 44(3): 209-212.
- [3] 彭瑛,李昉,吴双,等. 恶性纤维组织细胞瘤的预后因素分析[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2006, 13(19): 1504-1506.
- [4] 商冠宁,郑珂,肖泽浦,等. 恶性纤维组织细胞瘤 53 例临床分析[J]. 肿瘤研究与临床, 2002, 14(2): 128-129.
- [5] Nascimento AF, Raut CP. Diagnosis and management of pleomorphic sarcomas (so-called “MFH”) in adults[J]. J Surg Oncol, 2008, 97(4): 330-339.
- [6] Gutierrez JC, Perez EA, Franceschi D, et al. Outcomes for soft-tissue sarcoma in 8 249 cases from a large state Cancer registry[J]. J Surg Res, 2007, 141(1): 105-114.
- [7] 胡蔓萝,鲁永鲜,刘昕,等. 外阴恶性纤维组织细胞瘤 1 例[J]. 实用妇产科杂志, 2003, 19(6): 374-374.
- [8] 姚艳,黄薇,李力. 外阴血管瘤样恶性纤维组织细胞瘤 1 例[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2008, 24(2): 83-84.

(收稿日期:2011-10-09 修回日期:2012-01-12)

Castleman 病 2 例及文献复习

朱朝勇,李志燕,曹淑英

(青海红十字医院肿瘤内科,西宁 810000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.09.046

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)09-0935-02

Castleman 病又称巨大淋巴结增生症或血管滤泡性淋巴结增生,是一种较少见的良慢性淋巴组织增殖性疾病,临床上容易误诊。作者通过回顾性分析有完整病历资料并经病理证实的 2 例 Castleman 病患者,结合近年来文献报道讨论该病的病理、影像及临床特点,旨在提高对 Castleman 病的了解。

1 临床资料

病例 1,男,45 岁,藏族。患者因“颈部包块 2 年,增大半

年”于 2009 年 11 月 25 日入院。2 年前发现左侧颈部有一红枣大小包块,感冒后较明显,无其他不适。近半年来包块逐渐增大至拳头大小。查体:左颈部可触及 8.0 cm×7.5 cm 大小分叶状包块,质韧、活动度欠佳,无触痛。常规检查:腹部超声提示脾脏肿大。颈部 CT 提示左侧颈部动脉鞘内、肌肉及脂肪组织间隙可见多个大小不等类圆形低密度影,左锁骨上、下窝及皮下亦可见多个类圆形软组织密度影,增强扫描后呈明显强