

[3] 蔡斌,蒋玉淮,单琤琤,等. 儿童巨大胃黏膜肥厚症 1 例报告[J]. 第二军医大学学报,2004,21(2):188.

(34):8444-8445.

[4] 谢莹,刘东屏,孙明军. Menetrier 病误诊为 Borrmann4 型胃癌 1 例报告并文献复习[J]. 中国误诊学杂志,2009,9

(收稿日期:2011-11-30 修回日期:2012-01-05)

• 短篇及病例报道 •

以骨痛为首发的脾血管肉瘤 1 例

肖 蓉

(四川省人民医院血液科,成都 610041)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.11.044

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)11-1143-02

1 临床资料

患者,男,36岁,因“腰痛、血小板减少7个多月”入院。7个多月前因腰痛到当地检查发现血小板减少($7 \times 10^9/L$),予以“升血小板液、芬必得”等治疗,未予以激素治疗,其后血小板在 $7 \times 10^9/L$ 以下。2个月前因腰痛、膝关节痛到本院门诊检查,肾功和双肾彩超正常,白细胞 $7.47 \times 10^9/L$,血红蛋白84 g/L,血小板 $7 \times 10^9/L$,网织红细胞8.29%,以“血康口服液”对症处理。1个月前腰痛加重,当地行腰椎MRI示:腰椎,附件及双侧髂骨弥漫性病变。为进一步诊治来本院。入院查体:脾大平脐,质硬,无压痛。辅查:WBC $9.16 \times 10^9/L$,N: 5.459 $\times 10^9/L$,Hb 82 g/L,PLT $10 \times 10^9/L$,Ret 8.18%。肝肾功、凝血功能、输血全套、体液免疫及ENA酶谱、SR、CRP、肿瘤标志物、胸片、心电图未见异常。Coomb's 试验阴性,CD55-、CD59-细胞正常,血红蛋白电泳未见异常,G6PD酶正常。多次骨髓穿刺刺抽。骨髓活检均提示骨髓增生低下伴骨髓纤维化,网状纤维染色+++。CT提示脾脏肿大,密度不均,见散在分布大小不等结节影,部分强化明显,边缘不清,扫及肋骨、椎体及附件、肩胛骨、髌骨、坐骨、耻骨、股骨头颈骨质密度不均,正常骨纹理消失,呈广泛骨质破坏样改变,腹膜后、肠系膜上见淋巴结影,见图1。BCR-ABL融合基因阴性,JAK2V617F阴性。寄生虫抗体检测血吸虫、肝吸虫、肺吸虫、包虫、囊虫均阴性。后转入外科行脾脏切除术。术中见腹腔少量积液,肝质软,色泽正常,无肝硬化改变;肝脏未扪及包块,脾脏增大,大小约30 cm \times 20 cm \times 15 cm,表面颜色呈暗红色,呈不均匀分布改变,质地较软;剖视见脾脏内,可见散在血泊样组织;腹动脉旁可扪及肿大淋巴结。术中病检:血管源性肿瘤,含有细血管及海绵状血管成分,部分为梭形细胞,疑为中间型血管肿瘤。术后免疫组化:肿瘤细胞CD34灶性(+), α -SMA灶性(+),CD117灶性(+),EMA(-),CK(-),S-100(-),DOG-1(-),CD31(-),Desmin(-),ACK-1(-),Ki-67阳性10%,见图2。

脾血管肉瘤是脾窦血管内皮向脾内皮细胞分化的间叶细胞增生形成的一种罕见恶性肿瘤,占脾恶性肿瘤7%^[1],恶性程度极高,预后极差。肿瘤生长迅速,常广泛转移,肝转移率达70%,其次为骨髓、淋巴结和脑等^[2],很少有生存1年以上者。发病机制不明确,多认为与放疗、化疗、接触过氧化物及砷有关^[3]。平均发病年龄50~60岁,男性稍多。其早期症状常不典型,常为左上腹疼痛或包块、巨脾、发热、消瘦,脾增大压迫邻近胃肠道引起恶心、呕吐、腹胀、消化不良等症状,实验室检查贫血和血小板减少最常见(分别为75%~81%和14%~55%)^[4-5]。70%~89%的患者有脾大,30%可发生脾破裂^[6]。

脾血管肉瘤术前诊断困难,明确诊断需经病理及免疫组化

检查证实。显微镜下脾正常组织结构消失,大小不等、形态不规则的血管腔隙互相吻合;内皮细胞以梭形为主,也可呈立方形或不规则形,核大,深染,核仁显著,核有明显的异型性,核分裂象多见。瘤细胞常突入腔内呈“大头针”样,或堆积在一起成簇状、乳头状或实性片状。病理组织需要与血管瘤、纤维肉瘤、卡波西氏肉瘤等相鉴别。免疫组化可表达Vim、F8、UEA-1、CD105、SMA、VEGF、CD31和CD34等内皮标志物,不同程度表达CD68、CD8和S100蛋白,不表达CK、EMA、CD21。CD34在血管内皮细胞表达使之成为最敏感的血管内皮标记物。电镜:瘤细胞核圆形、卵圆形或不规则形,胞浆较少,可见少量饮液小泡,偶见内皮细胞的标志结构Weibel-Palade小体^[7],瘤细胞间可见紧密连接,但无桥粒,可见发育不良的不完整的基底膜。

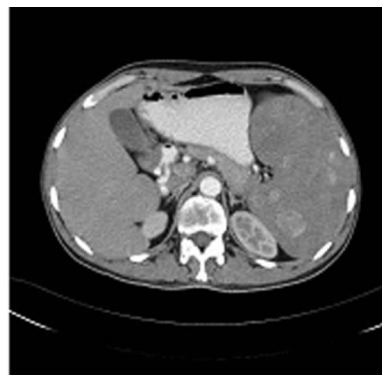


图1 腹部CT

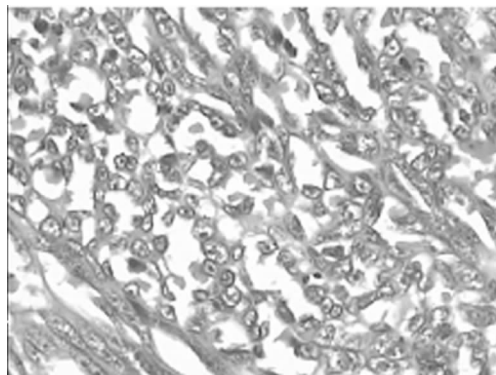


图2 脾免疫组化

2 讨论

本例是青年男性,以腰痛为主要表现,贫血和血小板减少,巨脾,入院后CT发现脾多发病灶,腹腔淋巴结肿大,广泛骨质

破坏样改变,提示该疾病已是晚期,腰椎为转移性病灶。脾血管瘤对化疗、放疗效果不佳,放疗对骨转移引起的疼痛有一定治疗作用,故早期诊断和治疗是改善预后的关键。

参考文献:

[1] 何小东,康维明,郑朝纪,等.脾脏占位性病变的临床诊治分析[J].中华普通外科杂志,2000,15(11):669-670.

[2] Aviles-Salas A, Luévano-González A. Primary angiosarcoma of the spleen; report of one case[J]. Rev Med Chil, 2007,135(9):1178-1181.

[3] 常玉英,程鹏.原发性脾血管内皮肉瘤——1例报告并文献复习[J].临床消化病杂志,1996,8(4):164-166.

· 短篇及病例报道 ·

低温等离子刀微创治疗高龄复发性喉乳头状瘤 1 例

郑 灵,潘明金,王宏伟

(解放军三二四医院耳鼻喉科,重庆 400020)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.11.045

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)11-1144-01

1 临床资料

患者,女,86岁。声音嘶哑20年,气管切开7年入院。患者20年前开始出现声音嘶哑,7年前声嘶加重伴呼吸困难就诊,诊断为喉乳头状瘤,遂行气管切开及喉乳头状瘤摘除术。术后因反复复发,先后又行3次乳头状瘤摘除术,气管导管一直未能拔出。患者于2009年10月来本院就诊,门诊以喉乳头状瘤收入住院治疗。术前检查患者血压160/90 mm Hg,心电图有心肌缺血表现,胸部检查诊断肺气肿、慢性支气管炎。肝肾功能正常,血常规及凝血功能正常。电子喉镜检查见双侧室带、喉室、声带布满桑葚状淡红色新生物,以右侧为著,气管未见新生物,声门狭窄,声带活动尚可。经术前准备,施全麻手术。患者喉部在支撑喉镜、显微镜下充分暴露,用ArthroCare等离子(II型)EIC7070-01刀头行喉部肿瘤全部切除,术中冰冻切片报道为喉乳头状瘤,手术后病理报告乳头状瘤未见恶变。术后1周创面愈合良好,堵管后拔出气管导管。随访1年无复发,患者声音嘶哑有所恢复,无呼吸困难。

2 讨 论

喉乳头状瘤是喉部常见良性肿瘤,术后易复发,成人容易发生恶变。手术方法有在直接喉镜或间接喉镜下用喉嵌咬出肿瘤,或用激光、冷冻法、电烧灼等方法手术,有些需要行喉裂开手术^[1]。本例患者入院前采取多次间接喉镜下用喉嵌咬出

肿瘤,效果不佳,导致患者长时期戴管。

本院采取低温等离子刀,经支撑喉镜、显微镜暴露喉乳头状瘤行肿瘤切除术,对患者损伤轻,术后恢复快,切除肿瘤彻底。近年来低温等离子以其温度低(40~70℃)、出血少、损伤轻,同时具有切割、收缩作用等独特优势在外科领域越来越受到推崇。与美国ArthroCare等离子(II型)相连接使用的EIC7070-01刀头是一种加长型刀头,工作长度大于20cm,直径更细,更易于折弯,多组工作电极,切割效率更高。将其用于行喉部肿瘤切除,视野开阔;因其灵活的折弯,切割肿瘤角度基本不受限制;温度低避免了全麻手术气管插管燃烧爆炸的严重并发症^[2]。手术后黏膜上皮化时间短(3~7d),脱痂快。微创治疗对患者损伤轻,尤其适合高龄患者。

参考文献:

[1] 韦孟灵,李玲波.喉乳头状瘤23例临床分析[J].吉林医学,2008,29(4):320-322.

[2] 张庆丰,刘得龙.离子射频治疗早期声门型喉癌的初步研究[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2011,46(1):63-65.

(收稿日期:2011-11-12 修回日期:2011-12-11)

(上接第1141页)

[5] 高静,付昌萍,游进会.临床护士工作疲惫感与工作压力源的相关研究[J].护理研究,2008,22(9):2468-2470.

[6] 吴雅文,姜安丽,李树贞.对护士职业态度和测量意义的理论探讨[J].解放军护理杂志,2002,19(2):71-72.

[7] 胡军.新时期护士的心理问题与对策[J].现代护理,

2005,11(10):766-768.

[8] 杨敏.妇产科护士职业危害认知及职业防护现状调查与分析[J].护理实践与研究,2011,8(4):107-109.

(收稿日期:2011-11-22 修回日期:2011-12-26)