

匀黄色脂肪,成分单一,见不到血管,CT 显示肿块内仅有脂肪成分,呈边界清楚的、均匀一致的脂肪密度肿块,无血管等其他成分;(2)肝局灶性结节增生(FNH),动态增强 CT 扫描显示病灶强化方式与 HAML 相似,但 HAML 中心强化常可见到供应血管,而局灶性结节增生病灶中心为纤维瘢痕,随延迟可逐渐强化或不强化;(3)肝细胞肝癌,在动态增强 CT 扫描时呈“早进早出”,及动脉期多为明显强化,呈高密度,但门静脉期及平衡期对比剂廓清,密度降低。而 HAML 在门静脉期仍呈高密度;(4)肝血管瘤,典型 CT 表现为由周边到中心的“充填式”、“快进慢出”模式强化,较大的肝血管瘤内有纤维化,呈低密度,但与 HAML 内含脂肪的低密度明显不同,因而大多能鉴别;(5)肝腺瘤,CT 并无特异性,但病灶内往往无明显血管。

3.4 治疗及预后 HAML 虽为肝脏的良性肿瘤,但随着时间推移肿瘤会不断增大,形成肝脏巨大肿瘤,可引起自发性破裂、恶变^[7],且术后随访表明复发率低,生存期长,故一经发现应尽快手术。任宁等^[8]报道,26 例该病患者行手术处理后生存期为 1~13 年,且 5 年内无瘤生存。胡雷等^[9]报道 110 例该病患者行手术处理后随访 9~104 个月,未见肝内复发。因此本研究认为,若患者诊断明确或有明显肿瘤压迫症状,肿瘤短期内明显增大,不排除恶性肿瘤可能者可考虑行手术处理。为保证手术安全,彻底切除肿块,可术中联合运用 B 超明确肿块分布情况及与周围脏器关系。本例患者术后痊愈出院,术后随访半年,已经恢复正常生活及工作,B 超检查未见肿瘤复发。

综上所述,HAML 是肝脏少见的良性肿瘤,但部分存在恶性表现。其临床表现及超声、CT、MRI 等影像无特异性,确诊还需依赖组织学检查并结合免疫组化检查结果证实。由于该病手术预后较好,复发率低,在疑似 HAML 时,宜尽早择期手术,术后密切复诊。

• 短篇及病例报道 •

复方樟柳碱治疗双眼外伤后神经挫伤 1 例的报道

张 委,黄 敏,向一旻

(重庆市涪陵区中心医院眼科 648000)

参考文献:

- [1] Ishak KG. Mesenchymal tumors of the liver. In: Okuda K, Peters RL, eds. Hepatocellular carcinoma [M]. New York: John Wiley Sons, 1976: 247-307.
- [2] Chingyao Y, Mingchih Y, Yungming J, et al. Management of hepatic angiomyolipoma[J]. J Gastrointest Surg, 2007, 11(4): 452-457.
- [3] Carmody E, Yeung E, Mc Loughlin M. Angiomyolipoma of the liver in tuberous sclerosis [J]. Abdom Imaging, 1994, 19(6): 537-539.
- [4] Tsui WM, Colombari R, Portmann BC, et al. Hepatic angiomyolipoma: a clinicopathologic study of 30 cases and delineation of unusual morphologic variant[J]. Am J Surg Pathol, 1999, 23(1): 34-48.
- [5] 游箭,徐伟,陆明,等. 肝脏血管平滑肌脂肪瘤的影像诊断及治疗[J]. 第三军医大学学报, 2002, 24(2): 220-222.
- [6] 梁长虹. 肝脏疾病 CT 诊断[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 216-224.
- [7] Ukai K, Fuji A, Nishiwaki J, et al. Giant hepatic angiomyolipoma associated with disseminated intravascular coagulation[J]. Intern Med, 1997, 36(3): 186-190.
- [8] 任宁, 钦伦秀, 汤钊猷, 等. 肝脏血管平滑肌脂肪瘤的诊断与治疗[J]. 中华肝胆外科杂志, 2004, 10(6): 377-379.
- [9] 胡雷, 尉公田, 孙延富, 等. 肝脏血管平滑肌脂肪瘤的诊断与治疗[J]. 肝胆胰外科杂志, 2010, 22(4): 279-283.

(收稿日期: 2012-06-13 修回日期: 2012-09-12)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.34.054

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2012)34-3686-02

外伤性视神经病变是因为各种外力导致的眶内或颅内段视神经损伤。因患者其他外伤使治疗以挽救患者生命为首要,故视神经损伤常被忽略,延误视神经损伤早期治疗契机,待患者生命体征平稳后再行治疗已无明显疗效,且现阶段仍无确切、特效的治疗方法^[1-3]。本科采用复方樟柳碱治疗 1 例外伤后双眼视神经挫伤患者,取得较满意疗效,现报道如下。

1 临床资料

患者,男,63 岁。因“车祸伤 2 h”于 2011 年 2 月 21 日入院,检查示:(1)蛛网膜下腔出血;(2)颅内少量积气;(3)左侧枕骨线骨折,折线波及左侧中、后颅底;(4)双侧颧骨、双侧颧骨眶突、双侧上颌窦、筛窦多发粉碎性骨折;(5)硬腭右侧线形骨折;(6)双侧上颌窦、筛窦及鼻腔积血;(7)双侧眶内少量积气;(8)蛛网膜下腔出血。入院后一直在骨科治疗。经骨科治疗 15 d 后出院。住院期间患者感双眼视物模糊,未告知医生,未行特殊处理,出院后患者感双眼视力渐进性下降,出院 1 个月后到本科门诊就医。查右眼视力可疑光感,左眼视力光感,双眼结

膜、角膜、前房无异常,双眼瞳孔散大约 7 mm,直接、间接对光反应极迟钝,晶体轻度混浊,玻璃体混浊(++) ,眼底模糊可见,视乳头水肿,边界不清,视盘颞侧缘可见浅层点状出血,黄斑区轻度水肿,中心凹光反射消失,网膜未见明显出血、渗出,双眼眼压正常。检查后结合患者受伤病史及 CT 检查报告考虑双眼视神经挫伤,立即给予复方樟柳碱 2 mL,颞浅动脉旁皮下注射,1 d 1 次,同时给予泼尼松减量口服,辅以扩血管药物, B 族维生素营养视神经等治疗。

治疗 7 d 后复查双眼视力 0.1,双眼视乳头水肿减轻,边界仍模糊,视盘边缘出血少许吸收,黄斑仍轻度水肿。15 d 后双眼视力 0.15。双眼视乳头及黄斑水肿明显减轻,复诊后停用其他药物,单使用复方樟柳碱治疗。30 d 后复诊:右眼视力 0.25,左眼视力 0.3,双眼视乳头轻度水肿,边界较清楚,视盘边缘出血已吸收,黄斑水肿基本消失,光反射微弱。45 d 后复诊:双眼视力 0.4,视野检查示双侧视敏度下降,双眼鼻上方部分视野缺损;双眼瞳孔近圆约 5 mm,光反射稍迟钝,视乳头轻

微水肿,边界基本清楚,黄斑无水肿,中心凹反光弱。患者由于经济困难治疗 45 d 后,终止治疗。现患者门诊随访 10 个月,双眼视力稳定在 0.4。

2 讨论

外伤性视神经损伤是一种视力损伤严重、预后较差的眼科急症,多有眶周、颅底骨折或眶压升高致视神经挫伤或受压,水肿或血循环障碍是视神经此类损伤的主要机制。蛛网膜下腔出血时,视乳头水肿或视乳头附近可有弥漫性浅层出血,其发生是由于血液流到视乳头蛛网膜下腔时阻碍了眼底静脉回流所致。鼻窦骨折时外界空气可经鼻腔进入眶内引起眼眶积气、眼压升高,使眶内各种结构处于缺血和缺氧状态,进而出现视神经结构功能障碍和反应性水肿,如时间较长则视神经功能逐渐丧失直至不可逆转。急性外伤性视神经损伤后约 40%~50% 患者视力有不同程度受损,其治疗效果欠佳,一般认为早期行视神经管减压开放手术或糖皮质激素冲击治疗效果较好^[4-5]。

复方樟柳碱是从茄科植物唐左特山莨菪分离出的一种生物碱,有缓解血管平滑肌痉挛、调整眼部神经活性、改善视神经、视网膜微循环、抑制炎症及纤维增生等功能,国内多部文献均指出复方樟柳碱在治疗缺血性视神经病变、视神经挫伤、视网膜病变及眼肌麻痹、斜视弱视等疾病时获得良好疗效。本例患者外伤后致颅底骨折、蛛网膜下腔出血及鼻窦、颧骨及眶周多发性粉碎性骨折,且双侧眶内积气,结合患者眼科查体所见视乳头水肿考虑双眼视神经挫伤诊断明确。其他科室医师治疗时未考虑此视神经损伤可能,故一直未行处理,耽误了最佳治疗时机。本例患者在眼科就医时病程已有 1 个多月,且双眼视

力已极差,诊断明确后使用复方樟柳碱联合其他药物治疗,尝试改善视神经水肿、缺血、循环障碍等状况,取得良好疗效,患者双眼视乳头水肿、黄斑水肿明显减轻,缺血症状改善,视力逐步稳定提高。

故笔者认为,外伤性视神经损伤患者虽因各种原因未能在急性期接受治疗,但医师不应认为其错过最佳治疗时期而放弃治疗,仍应积极改善其视神经功能,保护及提高视力,复方樟柳碱疗效明确,可作为外伤性视神经损伤的常规治疗药物使用。

参考文献:

[1] 韦企平,廖良. 复方樟柳碱参与治疗外伤性视神经病变的循证医学评价[J]. 中华眼底病杂志, 2008, 2(24): 103-106.
 [2] 周贤刚,钟渠,许明德. 复方樟柳碱注射液治疗缺血性视神经病变的系统评价[J]. 临床眼科杂志, 2006, 14(3): 229-234.
 [3] 罗曼,陈伟,闵宗英. 复方樟柳碱治疗视神经挫伤疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2006, 15(5): 588-589.
 [4] 李童,王芳,侯爱学. 颅脑外伤合并视神经损伤的临床分析[J]. 山东大学基础医学院学报, 2004, 18(5): 308-309.
 [5] Mariak Z. Remote results of conservative treatment of traumate optic neuropathy [J]. Neurol Neurochir Pol, 2002, 26(5): 1165-1172.

(收稿日期:2012-07-09 修回日期:2012-10-17)

• 短篇及病例报道 •

小指骨结核误诊为内生软骨瘤 1 例的报道

周顺刚,刘景堂,樊晓海[△]

(兰州军区兰州总医院骨科中心,兰州 730050)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.34.055

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)34-3687-02

四肢短骨病变病情复杂,通过临床症状、体征及辅助检查难以确诊,最终确诊需将切除组织送病检。

1 临床资料

患者,男,16岁,因“无意间发现左小指近节硬性包块6个月,显著增大2周”入院。患者缘于6个月前无意间发现左小指近节略膨隆,质硬,无压痛,自认为扭伤致小指肿胀,未在意,未予特殊处理,近2周来患者发现左小指包块显著增大,轻压痛,曾就诊于当地医院,行X线片示:左小指近节指骨膨胀性改变,其内可见条索影,相应骨皮质变薄,周围软组织肿胀,考虑为内生软骨瘤(图1)。为求进一步治疗,来本院就诊,以“左小指近节指骨病变性质待查”收住入院。病程中无夜间痛,体质量无明显增减,无午后低热及盗汗。入院查体见:体温36.5℃,左小指均匀性包块,质硬,局部皮肤无红肿及表浅静脉曲张,皮温不高。胸部X线片示未见异常。入院诊断:左小指内生软骨瘤。入院后行左小指病灶切除术,术中见:肌腱深层组织反应层厚约2mm,颜色灰黄,无明显边界,指骨背侧部分皮

质骨破坏侵蚀穿透,皮质骨变菲薄,止血钳去除背侧皮质骨,髓腔内充填鱼肉状、糊状内容物,彻底清除病灶,电刀烧灼病灶壁,反复冲洗术野后植入自体髂骨,并将其送病检。术后病理报告为骨结核(封3图2)。正规使用抗结核药及保肝等治疗18个月,定期复查肝功,切口愈合良好,植骨愈合,全身未见其他结核病灶出现^[1]。



图1 左小指近节指骨膨胀性改变,其内可见条索影,相应骨皮质变薄,周围软组织肿胀。

[△] 通讯作者, Tel: (0931) 8994312; E-mail: shungangzhou@163.com.