

袜等;立刻就近用流动清水冲洗,如化学性眼烧伤,用大量清水冲洗更应争分夺秒;用干净的布料或棉垫遮盖创面;立即送至就近医院救治^[3]。本例患儿在烧伤早期未进行积极处理,未用大量清水清除皮肤残留农药,早期处理不及时导致农药对创面的进一步烧伤,毒素进一步吸收导致病情加重。本例烧伤患儿的左眼烧伤严重,早期未立即给予大量的流动清水冲洗,因此对于化学物质引起的眼烧伤,治疗和预后的关键是早期大量清水冲洗,减少对毒素的吸收^[4]。小儿全身各器官发育不完全,在烧伤打击后机体抗感染能力差,烧伤后易发生败血症、高热、脱水、酸中毒及休克等情况,且小儿病情变化快^[5],因此在救治小儿重度烧伤的时候,应重视小儿的补液量及营养支持。

就本科救治小儿化学烧伤经验,对于小儿重度或特重度化学物质烧伤的处理综合如下:(1)应立即清除化学物质,用大量清水冲洗半个小时以上,必要时可用一些中和清洗剂;(2)入院后立即抗休克治疗,补充胶体容量;(3)早期使用广谱抗炎药,预防创面感染;(4)早期削痂,减少毒素吸收,进一步减少感染源;(5)尽早封闭创面,早期用异种皮,后期用自体皮片;(6)对于一些关节部位,早期开始功能锻炼,防止关节僵硬,为后期功能恢复做好准备;(7)对于一些并发症,应在治疗烧伤的同时同步治疗,防止进一步恶化。在入院后各项措施的积极处理,对患儿的病情稳定及后期的康复起到了决定性的作用。在并发症的处理中,早期对呼吸道的管理是救治的整个过程中至关重要的一个环节,对于一些误食化学物质的患儿,口腔及食道一般会伴随不同程度的损伤,较多会波及呼吸道,因此在涉及呼吸道的化学烧伤,应严密监测患儿呼吸情况、末梢血氧饱和度及血气分析结果,做好随时气管插管或者气管切开的准备,在出现呼吸衰竭的时候应做好使用呼吸机辅助呼吸的准备;对于一些易吸收的化学物质,往往会对肝、肾功能造成不同程度的损伤,早期应监测每小时尿量和肝、肾功能,预防性应用对肝、

• 短篇及病例报道 •

原发性十二指肠梭形细胞鳞癌 1 例报道

罗红波¹,王桂芬²,王锡平¹,王 敏¹,周英泽^{1△}

(1. 四川省安岳县人民医院病理科 642350;2. 潍坊医学院病理生理学教研室,山东潍坊 261053)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.16.058

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)16-2111-02

小肠恶性肿瘤发生率远不及大肠恶性肿瘤,原发性十二指肠恶性肿瘤较为少见,一般以腺癌较为常见,而十二指肠鳞状细胞癌(primary duodenum squamous cell carcinoma, PDSCC)更少见,梭形细胞鳞癌是鳞状细胞癌的一种少见的特殊亚型,所以原发性十二指肠梭形细胞鳞癌极为罕见。本科于 2012 年发现 1 例原发性十二指肠梭形细胞鳞癌,现结合临床及病理资料报道如下。

1 临床资料

患者,女,50 岁,因腹痛、腹胀伴黑便 2 周于 2012 年 4 月 3 日入院。体检:皮肤、巩膜正常,全身浅表淋巴结未扪及肿大,心肺正常,腹部平坦,未见胃肠型、蠕动波,腹软,肝脾肋下及,未扪及肿块,全腹无压痛、反跳痛,叩为鼓音,无移动性浊音,肠鸣音每分钟 3~4 次,不亢进,未闻及气过水声,双肾区无叩痛。CEA 30.2 ng/mL(正常参考值 0~4 ng/mL),Hb 为 92 g/L,OB(+),心肝肺肾功能均正常。妇科检查正常,胃镜检查见十二指肠降部隆起病变伴活动性出血,考虑胃肠道间质瘤;上腹部增强 CT 提示右中腹部 3 cm×4 cm 团块影,十二指肠降段改变,考虑新生物可能。临床以“十二指肠降段占位病变伴

肾具有保护作用的药物。急性肾衰竭在烧伤早期比较容易出现,特别是一些肾毒性化学物质,在出现肾衰竭的同时,进行血液透析,保护剩余肾单位;在烧伤的休克期过后,就会进入到感染期,在重度化学烧伤中出现脓毒血症可能性较大,为了预防其发生,在烧伤早期应积极手术治疗,清除部分感染源,减少脓毒血症的发生概率,抗生素的联合应用减少感染机会,在出现了脓毒血症之后,应立即根据药敏结果使用敏感药物控制脓毒血症的发展;烧伤是一种消耗性疾病,在疾病的发生发展过程中,对体内的能量消耗特别大,因此营养支持治疗是贯穿整个治疗过程的,在早期不能进食的患儿,应采取鼻饲或者静脉滴注营养液以保证能量的供应。

在我国农村及偏远山村,许多家属的安全意识不强,对儿童的看护及照顾不周,因此医疗机构在救治患儿的同时,更应该联合相关部门同步做好各项安全宣传工作,这样可以减少一些不必要的伤害,为儿童的生长发育营造一个安全的环境。

参考文献:

- [1] 何永梅. 植物性杀虫剂——松脂酸钠[J]. 农药市场信息, 2011,24(1):37.
- [2] 李改,潘建华. 小儿烧烫伤原因调查分析与预防措施探讨[J]. 国际医药卫生导报,2012,18(24):3621-3623.
- [3] 荣新洲,徐亚辉. 治愈小儿大面积碱烧伤并发低温败血症 1 例[J]. 第一军医大学学报,2001,21(9):661.
- [4] 李坤,郎卫华,冀向宁,等. 百草枯致眼部灼伤治疗过程分析[J]. 中华眼外伤职业眼病杂志,2012,34(5):397-398.
- [5] 宁勇,刘名锁,刘文文. 小儿重度烧伤 103 例治疗体会[J]. 山东医药,2013,53(3):96.

(收稿日期:2013-11-08 修回日期:2014-01-22)

出血:(1)间质瘤?(2)十二指肠恶性肿瘤?”于 2012 年 4 月 6 日行剖腹探查术(备胰十二指肠切除术)。术中于十二指肠降段肠腔内侧见一个直径大约 4 cm 的球形包块,表面光滑伴有出血点,边界清楚,质稍硬,肝脏、脾脏、胰腺、肾脏及其余肠管未扪及肿块,胆总管未见扩张,行“胰十二指肠切除术”。术后随访 4 个月患者死亡。病理检查,(1)巨检:十二指肠组织一团、部分胃胰腺组织及淡黄色网膜组织一堆,总体积 25 cm×15 cm×10 cm,在距十二指肠下端切缘 3 cm 处见一个直径 3.5 cm 的肿块,表面光滑,未见明显包膜,占据管腔 2/3 周,侵及肠壁全层,切面灰白色,边界欠清,质嫩脆,网膜组织中查见数枚肿大淋巴结,其余组织均未见异常。(2)苏木精-伊红(HE)染色:如图 1 所示,黏膜层、黏膜下层及肌层均可见大小不等的梭形肿瘤细胞,呈不规则巢状散在性分布,异型性明显,病理性核分裂象易见,少数肿瘤细胞内见角化及癌珠形成,部分肿瘤细胞间见细胞间桥,另见少量黏膜上皮细胞向癌细胞移行,血管、淋巴管中见癌栓,网膜淋巴结中未见癌组织。(3)免疫组织化学染色结果显示:CK5/6(3+),CEA(3+),EMA(2+),CK8/18(灶性区域散在+),Syn(+),NSE(+),Vimentin(2+),S-

100 蛋白(+)、P53(+), Ki-67(约 10%+); 而 CD34(-)、CD117(-)。病理诊断: 十二指肠中-低分化梭形细胞鳞癌。

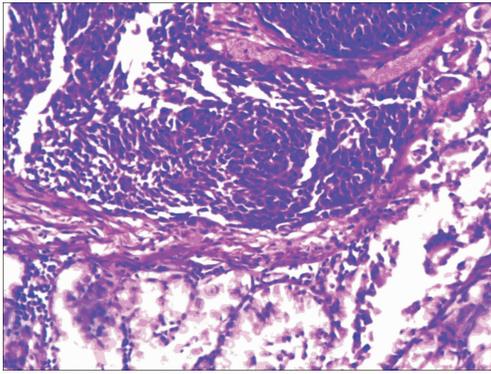


图 1 病理切片(HE 染色×100)

2 讨论

在人体内虽然小肠占整个消化道全部长度的 70%~80%, 但其恶性肿瘤还不足全部消化道恶性肿瘤的 1%。因此, 小肠是消化道中肿瘤发病率最低的肠段, 在小肠肿瘤中, 以回肠段多见, 占小肠肿瘤的 40% 以上, 其次是空肠, 十二指肠; 若以单位长度而论, 肿瘤可以发生于小肠的任何部位, 但以十二指肠及近端 15 cm 以内的空肠段发生率最高, 尤其以壶腹部最为多见^[1]。腺癌是小肠最常见的恶性肿瘤, 十二指肠是腺癌发生的主要部位, 比空肠、回肠癌总和还多^[2-3]。而原发性鳞状细胞癌在小肠很少见, 主要常见于十二指肠^[4]。

原发性十二指肠癌好发于中老年人, 该病起病隐匿, 早期缺乏典型的临床症状, 进展期可以出现一些消化道的非特异性症状, 如腹痛、腹胀、呕吐、黑色大便等, 但临床上以出血、肠梗阻等为最常见症状。Talamonti 等^[5]对 172 例原发性十二指肠癌研究发现, 63% 患者出现腹痛, 48% 出现呕吐, 44% 出现体质量下降, 37% 出现大便潜血, 28% 可触及肿块, 23% 发生胃肠道出血。位于壶腹部的肿瘤甚至可以引起黄疸, 偶尔还引起局部肠壁穿孔, 出现腹膜炎、腹腔积液等严重并发症。

原发性十二指肠鳞状细胞癌极少见, 国内外一些学者先后做了相关报道, 目前争论的焦点在于 PDSCC 的起源问题: 是来源于十二指肠黏膜腺上皮鳞状上皮化生, 还是来源于十二指

肠黏膜基层多潜能干细胞向鳞状上皮分化。在本研究中, 通过免疫组织化学染色标记发现, 梭形肿瘤细胞在表达鳞癌的相关角蛋白时, 同时也表达腺癌的相关角蛋白、神经内分泌癌的相关蛋白及间叶恶性肿瘤相关蛋白, 这提示该例原发性十二指肠鳞状细胞癌来源于十二指肠黏膜腺上皮鳞状上皮化生可能性极小, 而来源于十二指肠黏膜基层多潜能干细胞向鳞状上皮分化可能性极大。因此, 本研究支持原发性十二指肠鳞状细胞癌起源于十二指肠黏膜基层多潜能干细胞向鳞状上皮分化。与 Barnhill 等^[4]对原发性十二指肠癌来源的研究结果一致。本研究对梭形肿瘤细胞进行蛋白定性研究发现, 梭形肿瘤细胞同时表达鳞癌、腺癌、神经内分泌癌及间叶恶性肿瘤相关蛋白, 而组织形态学上只有梭形细胞鳞癌的特点, 没有向腺癌、神经内分泌癌及间叶恶性肿瘤分化的迹象, 这提示原发性十二指肠癌极可能来源于肠黏膜基层的同一个干细胞, 由于受到不同环境因素和个体基因差异的影响, 而向鳞癌、腺癌、神经内分泌癌及间叶恶性肿瘤等不同肿瘤同时或先后发生不同方向不同程度分化。遗憾的是, 由于条件的限制, 本研究没有从 mRNA 和蛋白表达水平方面做进一步的研究。

参考文献:

- [1] 武忠弼, 杨光华. 中华外科病理学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 698-699.
- [2] Schottenfeld D, Beebe-Dimmer JL, Vigneau FD. The epidemiology and pathogenesis of neoplasia in the small intestine[J]. Ann Epidemiol, 2009, 19(1): 58-69.
- [3] Thomas RM, Sobin LH. Gastrointestinal cancer[J]. Cancer, 1995, 75(1): 154-170.
- [4] Barnhill M, Hess E, Guecion JG, et al. Tripartite differentiation in a carcinoma of the duodenum[J]. Cancer, 1994, 73(5): 266-272.
- [5] Talamonti MS, Goetz LH, Rao S, et al. Primary cancers of the small bowel; analysis of prognostic factors and results of surgical management[J]. Arch Surg, 2002, 137(5): 564-570.

(收稿日期: 2013-10-14 修回日期: 2014-01-12)

(上接第 2071 页)

参考文献:

- [1] 任红卫. 镇痛剂在烧伤清创或换药中的应用[J]. 中华烧伤杂志, 2004, 20(3): 176.
- [2] 刘伟. 咪达唑仑复合阿片剂量的氯胺酮在烧伤换药时的应用[J]. 中国医药指南, 2010, 8(34): 258-259.
- [3] 夏建国, 彭坚, 肖红, 等. 小剂量氯胺酮静脉自控镇痛对严重烧伤休克期患者细胞因子的影响[J]. 中国危重病急救医学, 2006, 18(1): 32-35.
- [4] Kudoh A, Takahira Y, Katagai H, et al. Small-dose ketamine improves the post operative state of depressed patients[J]. Anesth Analg, 2002, 95(1): 114-118.
- [5] Wunsch H, Kahn JM, Kramer AA, et al. Dexmedetomidine in the care of critically ill patients from 2001 to 2007: an observational cohort study[J]. Anesthesiology, 2010, 113(2): 386-394.
- [6] 王吨卫, 金立民, 韩伟, 等. 右美托咪啶用于非插管患者的镇静研究进展[J]. 实用心脑血管病杂志, 2011, 19(1):

156-157.

- [7] Yoshida Y, Nakazato K, Takemori K, et al. The influences of propofol and dexmedetomidine on circadian gene expression in rat brain[J]. Brain Res Bull, 2009, 79(6): 441-444.
- [8] 史中华, 周建新. 右美托咪啶在危重患者中的应用[J]. 麻醉与监护论坛, 2007, 14(5): 327-329.
- [9] Huuponen E, Maksimow A, Lapinlampi P, et al. Electroencephalogram spindle activity during dexmedetomidine sedation and physiological sleep[J]. Acta Anaesthesiol Scand, 2008, 52(2): 289-294.
- [10] 罗亮, 曾勉, 关开洋, 等. 右美托咪啶和咪达唑仑对机械通气患者呼吸和循环影响的比较[J]. 中华急诊医学杂志, 2012, 21(3): 295-298.
- [11] 朱志华, 刘岩, 高登宇, 等. 不同剂量右旋美托咪啶用于老年患者麻醉诱导应激反应的临床观察[J]. 中国实验诊断学, 2012, 16(5): 925-926.

(收稿日期: 2013-09-08 修回日期: 2014-01-16)