

佳,腹胀明显缓解。当然,对具体的患者,采用的置换间隔时间、置换量、流速等需依病情而定,每次置换结束后 1~2 d 应检测肝功能、凝血功能、血常规等指标的变化,应及时补充冷沉淀凝血因子,并观察血浆置换前后患者的临床症状有无改善。在血浆置换过程中,因穿刺的渗漏、离心过程中对细胞的破坏而产生的溶血、部分滞留容器的血液,上述这 3 个原因是导致红细胞、血小板、血红蛋白下降的主要原因,血浆置换对白细胞影响不明显。一般血常规大多在置换后 72 h 可以恢复到术前水平;重症肝炎和移植术的患者本身肝脏合成凝血因子的功能都很差,置换过程中还需肝素或枸橼酸钠抗凝,所以血浆置换后会加重凝血功能异常,置换后要严密监测凝血功能变化,以便及时补充。为了降低血浆置换的不良反应,建议术前凝血功能严重异常(大于或等于正常值 1.5 倍)、Hb 过低(≤ 70 g/L)以及 PLT 计数过低($\leq 10 \times 10^9$ /L)者,应给予冷沉淀、红细胞、血小板输注,等待患者情况稳定后再行置换,这样才尽可能发挥血浆置换的更大作用,降低患者死亡率。在一些特殊情况下也可先行血浆置换术,例如严重高胆红素血症的患者、毒蜂蛰伤肾功能受损者、肌红蛋白大于 3 000 ng/mL 的挤压伤等危重患者,为了挽救生命,保护重要脏器功能只有先行置换,将晶体置换液用新鲜冰冻血浆代替,同时备好红细胞悬液和冷沉淀,血浆置换结束立即输入。

血浆置换是多种疾病的一个辅助治疗措施,效果比较明显。也有文献报道,高胆红素血症患者经治疗肝功能恢复后,

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.09.047

在原发病未得到根本改善以前,血浆胆红素水平仍有一定反弹。因此,可根据患者病情和经济情况定期(3~7 d)做(2~3 次)血浆置换,对远期预后效果更好。本例患者行血浆置换术达 7 次,取得了非常好的疗效。总之,血浆置换术对高胆红素血症患者是一种安全、有效的治疗方法,值得临床进一步推广。

参考文献

- [1] 林慧,刘红,王宝华,等.高胆红素血症血浆置换疗效的相关因素分析[J].医疗设备信息,2007,22(1):5-7.
- [2] 赵志权,磨红,蒙洁英,等.血浆置换联合连续性血液滤过治疗高胆红素血症 16 例疗效观察[J].内科,2008,3(6):853-854.
- [3] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会,肝病学会.病毒性肝炎的防治方案[J].中华内科杂志,2001,40(1):62-68.
- [4] 赵和平,侯田青,丁保华,等.胆红素吸附联合血浆置换治疗高胆红素血症 42 例[J].世界华人消化杂志,2013,21(7):629-632.
- [5] 胡如雪,潘春琴.人工肝血浆置换前后患者凝血功能和肝功能指标的变化[J].中国热带医学,2008,8(6):968-969.

(收稿日期:2015-09-22 修回日期:2015-12-29)

肾上腺血管内大 B 细胞淋巴瘤 1 例及文献复习

卫惠杰¹,任俊伟²,刘定荣^{1△},罗敏¹,傅春玲¹,李伟¹

(重庆市涪陵中心医院:1.病理科;2.神经内科 408000)

[中图分类号] R737.1

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)09-1291-03

血管内大 B 细胞淋巴瘤(intravascular large B cell lymphoma,IVLBCL)累及肾上腺的病例极其罕见,本文报道了 1 例原发于肾上腺的血管内大 B 细胞淋巴瘤,经过彩超、临床资料、组织病理切片及免疫组化染色等方法得以确诊,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者,男,67 岁,因“双侧腰痛 20 年加重 1 月,伴排尿困难 2 年”入院。彩超显示:右侧肾上腺区见 4.2 cm×2.2 cm 实质稍低回声结节,脾上极、胰腺尾部及左侧肾上腺区见 5.9 cm×3.8 cm 实质回声团块。上腹部增强 CT:双侧肾上腺分别见 2.4 cm×4.5 cm,3.1 cm×4.8 cm 团块影,边界较清楚,考虑双侧肾上腺占位。三大常规、肝肾功能、电解质、凝血图等检查未见异常。初步诊断为双侧肾上腺肿瘤。患者先行腹腔镜下左肾上腺切除术,待左侧切口恢复后再考虑行右侧肾上腺肿块切除,但患者术后拒绝治疗要求出院。

1.2 方法 标本经 10% 甲醛固定,常规脱水,石蜡包埋,4 μm 厚切片,HE 染色,光镜观察。免疫组化染色采用 EliVision 两步法,所用抗体均购自福州迈新公司,且均为即用型。

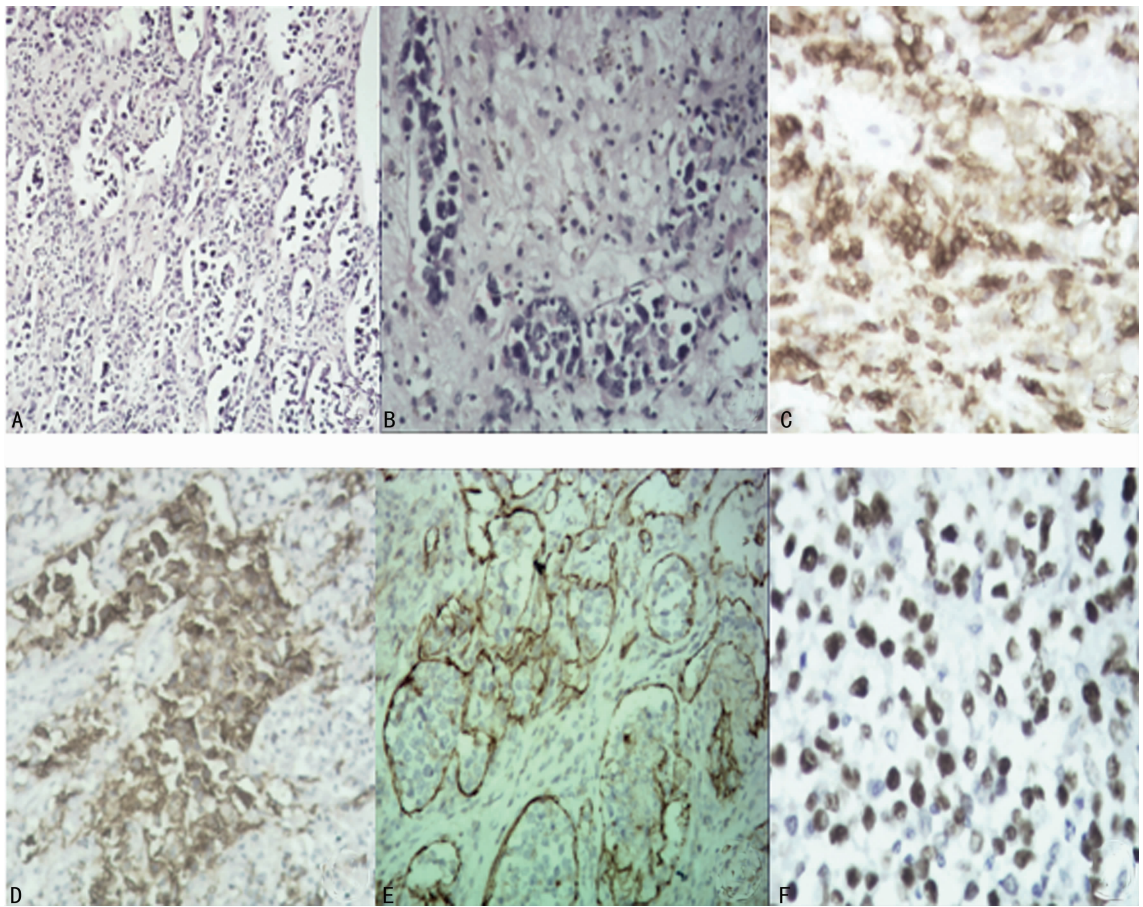
2 结果

2.1 肉眼观 灰白色肿块 1 枚,大小 5.5 cm×4 cm×2 cm,似有包膜,切面呈灰白色,质软。

2.2 镜检 显微镜下,肾上腺组织小血管内聚集肿瘤细胞,细胞大小形状不一,核大,染色质粗而深染,部分细胞核呈空泡状,可见核仁。有些肿瘤细胞黏附在血管内皮,血管周围可见淋巴细胞浸润(图 1A、1B)。

2.3 免疫表型 瘤组织呈阳性反应的有:白细胞共同抗原(LCA),见图 1C;B 细胞(CD20),见图 1D;CD21、内皮细胞标记(CD31),见图 1E;细胞增殖核抗原(Ki-67)90% 阳性(图 1F)、MUM1、波形蛋白、神经元特异性烯醇化酶(NSE)局灶阳性、P53、CD30 局灶阳性。瘤组织呈阴性反应的有:细胞角蛋白(CK-Pan)、上皮膜抗原(EMA)、嗜铬素 A(CgA)、突触素(Syn)、黑色素 A(MelanA)、S-100、抑制素(α -inhibin)、CD15、肌调节蛋白(Myod1)、T 细胞(CD3)、间变型淋巴瘤激酶(ALK)、D2-40、Bcl-6、CD10。

2.4 病理诊断 左侧肾上腺 IVLBCL。



A:肾上腺组织内见大量小血管腔;B:肾上腺组织血管内可见聚集的核大、深染的细胞;C:血管内瘤细胞 LCA 强阳性(EliVision 法);D:血管内瘤细胞 CD20 强阳性(EliVision 法);E:血管壁 CD31 强阳性(EliVision 法);F:血管内瘤细胞 Ki-67 强阳性(EliVision 法)。

图 1 病理切片

3 讨论

IVLBCL 是非霍奇金淋巴瘤的一种罕见类型,仅占淋巴瘤的 1%,根据 WHO 分类 IVLBCL 属于弥漫大 B 细胞淋巴瘤的亚型。该肿瘤多发生于中老年人,男性多于女性。最常累及皮肤和中枢神经系统,也可侵犯心脏、肺、肝、脾、肾、肾上腺和前列腺等^[1-5],很少累及淋巴结^[6]。因病变侵犯器官不同可表现出不同的临床症状,多数患者病程进展迅速,病变累及多个器官造成其衰竭而死亡。

3.1 临床病理特点 Ayumi 等^[7]报道了 1 例双侧肾上腺血管内大 B 细胞淋巴瘤,患者为中老年女性,临床症状有恶心、呕吐、腹泻、体质量减轻及全身色素沉着等,血清白细胞介素-2 (IL-2)、乳酸脱氢酶(LDH)及 C 反应蛋白(CRP)均明显升高。血浆促肾上腺皮质激素(ACTH)明显升高,血浆皮质醇明显降低。患者行双侧肾上腺切除,症状有所缓解,但 3 个月后脑转移复发。国内外文献均有 LDH 明显升高的报道^[8-9]。

总之,IVLBCL 的临床表现多样,因其主要侵犯各器官、组织的中小血管及毛细血管,初期可仅表现为某一器官的症状,或仅表现为不明原因的发热,故须高度警惕,常规排查不能诊断者,建议行 PET/CT 扫描帮助早期诊断^[10]。因此,中老年患者当出现肾上腺肿瘤及迅速进展为肾上腺功能减退时,应考虑此病。

3.2 诊断与鉴别诊断 该肿瘤的诊断最终主要靠典型的镜下特点及特有的免疫组化方法。免疫组化证实瘤细胞表达白细胞共同抗原 LCA 和 B 淋巴细胞标志抗原 CD20。根据瘤细胞表达 CD10、bcl-6 和 MuM1 的情况,可分为生发中心来源和非

生发中心来源的 B 细胞淋巴瘤。本例患者肾上腺血管内瘤细胞 CD20 和 MuM1 阳性染色,CD10 和 bcl-6 阴性染色提示瘤细胞为活化的非生发中心来源的 B 细胞表型^[5]。本病的鉴别诊断,(1)T 细胞淋巴瘤:瘤细胞 CD3 阴性染色排除了细胞来源于 T 细胞;(2)转移性癌:瘤细胞的上皮细胞抗原 CK-P、EMA 和 MelanA 阴性染色则排除了癌转移和恶性黑色素瘤转移;(3)神经内分泌癌:瘤细胞的神经内分泌标记 CgA 和 Syn 阴性染色,故排除。

3.3 治疗及预后 IVLBCL 目前治疗多采用 CHOP 方案或 CHOP 加利妥昔单抗,必要时进行自体外周血干细胞移植,可显著增加疗效^[11-12]。尽管大多数的 IVLBCL 患者临床进展快、预后差。但如果病变仅局限于某一器官或组织内如 IVLBCL 仅累及皮肤或肾脏,则患者的预后较好^[13]。文献报道 1 例患者因前列腺、肾上腺和中枢神经系统同时受累,采用 CHOP 加利妥昔单抗治疗,随访 5 个月仍生存^[14]。本例患者仅累及肾上腺,经肾上腺切除后进行化疗,随访 10 个月,患者仍存活。

(志谢! 本例经西南医院病理科阎晓初教授会诊。)

参考文献

- [1] Srivatsa S, Sharma J, Logani S. Intravascular lymphoma: an unusual diagnostic outcome of an incidentally detected adrenal mass[J]. *Endocr Pract*, 2008, 14(7): 884-888.
- [2] Mihaljevic B, Sternic N, Skender Gazibara M, et al. Intravascular large B-cell lymphoma of central nervous system-

a report of two cases and literature review[J]. Clin Neuropathol, 2010, 29(4): 233-238.

[3] Szots M, Szomor A, Kover F, et al. Intravascular lymphomatosis of the nervous system[J]. J Neurol, 2008, 255(10): 1590-1592.

[4] 张立英, 皋岚湘, 李琳, 等. 肝血管内大 B 细胞性淋巴瘤 2 例临床病理观察[J]. 诊断病理学杂志, 2012, 19(4): 255-258.

[5] 徐曼, 杨清平, 黄文炼, 等. 原发于前列腺的血管内大 B 细胞淋巴瘤 1 例报道及文献复习[J]. 重庆医科大学学报, 2011, 36(11): 1402-1404.

[6] 朱雄增, 李小秋. 解读 2008 年恶性淋巴瘤 WHO 分类-B 细胞淋巴瘤[J]. 临床与实验病理学杂志, 2010, 26(2): 125-130.

[7] Ayumi F, Yosuke O, Takahisa T, et al. Primary bilateral adrenal intravascular large B-cell lymphoma associated with adrenal failure[J]. Int Med, 2003, 42(7): 609-614.

[8] 许霞, 庞宗国, 刘卫平, 等. 血管内大 B 细胞淋巴瘤尸体解剖临床病理分析[J]. 中华病理学杂志, 2008, 37(6): 377-383.

[9] Kong YY, Dai B, Sheng WQ, et al. Intravascular large B-cell lymphoma with cutaneous manifestations; a clinicopathologic, immunophenotypic and molecular study of three cases[J]. J Cutan Pathol, 2009, 36(8): 865-870.

[10] Joshi PV, Lele VR, Shaikh I. Mortui vivos docent-the dead teach the living; 18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography-computed tomography findings in a case of intravascular B cell lymphoma[J]. J Can Res Ther, 2013, 9(2): 141-144.

[11] Masaki Y, Dong L, Nakajima A, et al. Intravascular large B cell lymphoma; proposed of the strategy for early diagnosis and treatment of patients with rapid deteriorating condition[J]. Int J Hematol, 2009, 89(5): 600-610.

[12] Haioun C, Mounier N, Emile JF, et al. Rituximab versus observation after high-dose consolidative first-line chemotherapy with autologous stem-cell transplantation in patients with poor-risk diffuse large B-cell lymphoma[J]. Ann Oncol, 2009, 20(12): 1985-1992.

[13] Kameoka Y, Takahashi N, Komatsuda A, et al. Kidney-limited intravascular large B cell lymphoma; a distinct variant of IVLBCL[J]. Int J Hematol, 2009, 89(4): 533-537.

[14] Pusch G, Feher G, Szomor A, et al. Intravascular lymphoma presenting with neurological signs but diagnosed by prostate biopsy; suspicion as a key to early diagnosis[J]. Eur J Neurol, 2009, 16(3): e39-41.

(收稿日期: 2015-08-08 修回日期: 2015-12-16)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.09.048

1 例右冠状窦瘤破裂患者的急救风险管理

郑艳, 付沫[△], 傅保国, 黄俊, 王莉, 高静
(湖北省荆州市中心医院急诊科 434020)

[中图分类号] R543 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2016)09-1293-03

主动脉冠状窦瘤破裂 (rupture of aortic sinus aneurysm, RASA) 又称 Valsalva's 窦瘤破裂, 是一种少见的心脏急症。它以呼吸困难, 心悸, 骤然胸痛和胸骨左缘粗糙、响亮、双期连续性心脏杂音为主要表现, 可致急性心力衰竭, 甚至死亡^[1]。大多数窦瘤发生于右冠状窦且多数破入右心室, 其次是右心房。未破裂的窦瘤临床上大多无自觉症状, 诊断较难, 多在体检中被发现。一旦破裂, 心功能迅速恶化, 若诊治不及时常危及患者生命, 预后极差^[2]。本科室于 2015 年 2 月接诊了 1 例右冠状窦瘤破裂的患者, 患者经急诊抢救处理后送入心胸外科行手术治疗痊愈出院。通过对此患者的接诊-分诊-处理, 从预检分诊、病情评估、急诊抢救、多科协调、安全转运及急诊沟通等各环节风险防范进行回顾性急救护理安全分析, 现介绍如下。

1 临床资料

患者, 男, 46 岁, 因“突发晕厥伴心慌、心悸 4 h”于 14:00 急诊入院, 自诉心慌、心悸及心脏杂音 10 余年, 未行系统诊治, 否认高血压、糖尿病、冠心病病史, 否认肝炎、结核病等病史, 否认食物/药物过敏史。查体: 体温 36.5℃, 心率 (P) 每分钟 136 次, 呼吸频率 (HR) 每分钟 24 次, 血压 120/80 mm Hg。患者意识清楚, 胸骨左侧第 3、4 肋间可闻及Ⅲ级连续性杂音, 腹软,

无压痛, 双下肢无水肿, 生理反射存在, 病理征阴性。行急诊心电图 (ECG) 显示: 窦性心动过速, P 每分钟 136 次, ST 段弓背型抬高, 前壁心肌损伤或急性心肌梗死改变。急诊心脏彩超示: 先天性心脏病; 右冠状窦瘤形成并破裂; 左室舒张功能降低。

2 急救与护理措施

2.1 预检分诊与病情评估 预检护士接诊患者后快速完成询问病史与资料收集, 结合患者的主观资料与客观资料判断患者病情严重程度, 确定就诊流程。采用改良早期预警评分 (modified early warning score, MEWS)^[3] 工具对患者进行初步病情评估, 该患者就诊时 P 每分钟 136 次 (3 分), HR 每分钟 24 次 (2 分), MEWS 评分结果为 5 分, 且心率这一单项指标已达到 3 分。结合患者自诉心慌、心悸及心脏杂音 10 余年病史提示患者病情较重, 存在一定潜在危险性, 应立即将患者安排至抢救室优先就诊, 同时通知急诊内科医生进抢救室查看患者。

2.2 急诊抢救处理 患者入抢救室后立即卧床休息, 限制活动; 给予吸氧、心电监护、建立静脉通路等抢救措施, 完成心电图检查; 由急诊科医生判断病情后遵医嘱给予抗心力衰竭治疗; 为了明确诊断, 早期需行急诊彩超及血液生化等相关辅助