维普资讯 http://www.cqvip.com

参 考 文 献

1 朱纪如,等.临床耳鼻咽喉科杂志 1988,2(4):201
2 勾大君.临床耳鼻咽喉科杂志 1987,1(3):146
3. Hildesheiner M et al.Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1990,116(7):820
4 周光耀,等.中华耳鼻咽喉科杂志 1993,28(6):366

(收稿日期 1996－10－18)

Changes of hemorhology and effect in sudden deafness

Li Shufang,et al
Department of otolaryngology,The college of clinical medicine

This Paper reports the result of changes of blood rhloogy in 55 casesof sudden deaf patients over 40 years old. Compared with the normal,it showed the result except the whole blood Viscosity was significantly different ($P<0.01$).Compared with the effect, the changes of hemorhology were significantly different ($P<0.05$).So we conclude that the elevated blood viscosity is one of the causes of sudden deaf patients who is over 40 years old.

KEY WORDS Blood Rhology;Sudden Deafness

134-136

大肠绒毛状腺瘤的双对比造影诊断 (附12例报告)

临床学院放射科 刘佐贤* 熊祚德

提 要 本文分析报导12例大肠绒毛状腺瘤在双对比造影的特征性表现。这些征象是肿瘤表面呈粗细不均之网格状或颗粒状，肿瘤边缘呈分叶状或毛糙模糊。本资料也表明了此病恶变率高及可能伴存大肠同时或异时肿瘤的特点。最后对本病恶变的X线征进行了探讨。

关键词 大肠；绒毛状腺瘤；双对比造影；诊断 大肠肿瘤
中图分类号 R814.4 R735.340.4

大肠绒毛状腺瘤(villous adenoma)比较少见，约占大肠腺瘤的7.3%[2]，其恶变率可高达30%～50%[1]被认为是癌前病变，大肠双对比造影有特征性表现，早期诊期和正确处理有重要意义。国内有关本病X线诊断报导的病例不多[3-4-5]。现将我院于80年到96年16年间经结肠双对比造影检查并经手术及病理证实的12例作一报道。

1 临床资料

12例中男4例，女8例，年龄30～62岁，平均43岁，主要症状为腹泻及粘液血便或便血，病程1月至7年。所有病例均经手术切除，术后病理报告:绒毛状腺瘤，其中有恶变者7例。

2 X线征象分析

病变发生于直肠7例，乙状结肠2例，盲肠2例及降结肠1例。肿瘤均呈隆起型向腔内凸起，其中1例伴有肠腔环形狭窄和瘘道形成。瘤体径2cm以

* 女，1940－07出生，副主任医师

维普资讯 http://www.cqvip.com



图1 盲肠肿块，表面呈粗细不均网格状影，块影右缘毛糙



图2 直肠绒毛状腺瘤恶变，肿瘤表面呈粗颗粒状

下2例;2～4cm2例;5～10cm8例，平均直径5.9cm。其中瘤体径大于7cm4例，因肠腔被肿块充填所致病段肠管膨大，但肠壁软。2例扪及肿块，质软。肿瘤形态、位置可因推压略有变化。

肿瘤表面呈粗细不均之网格状或泡沫状4例(图1);呈颗粒状或荔枝壳状3例(图2);另3例呈菜花状，表面有斑点状或不规则条状钡纹影，其中1例表面有1.5cm×1.2cm大多角状龛影(图3)。瘤体径小于2cm的2例，其表面及边缘均光滑。其余10例肿瘤边缘均呈不规则分叶状，部分边缘模糊、毛糙。肿瘤基底为广基者8例，短蒂者4例。肿瘤基底之肠壁局限不规则内陷或僵硬4例。本病同时伴存结肠腺癌1例，伴存多发腺瘤性息肉2例，另一例因患乙状结肠腺癌，根治术后3年再发现本病。

12例中7例恶变肿瘤X线征：均为广基型，瘤体



图3 直肠内菜花状肿块，表面有不规则条状钡纹影，肿瘤中央有不规则溃疡，病理:绒毛状腺瘤恶变

径1例小于2cm，余6例3～10cm，平均5.3cm。肿瘤伴不规则溃疡形成1例，肿瘤合并瘘道及肠腔环形狭窄1例，均为进展癌。肿瘤基底肠壁不规则内陷并僵硬3例。

3 讨论

3.1 绒毛状腺瘤的X线特征 ①瘤体表面形态呈粗细不均网格状或颗粒状(图1、2)，本组直径大于2cm的10例中有7例此表现，也有作者描写为卵石状、斑点状或短棕毛状等表现[6,4]。其改变的病理基础是由于钡液嵌留于绒毛之间纵横交错的裂隙或瘤体表面之凹陷处所形成[7]，为本病特有表现，且瘤体愈大，此改变愈典型。另外3例呈菜花状，瘤体表面有不规则斑点状及条状钡纹影，估计与检查前肠道准备不佳有关，瘤体表面有粘液附着致钡剂涂抹不足，未能充分显示上述特征。此外直径小于2cm的小肿瘤表面光滑，是因病变较小，表面尚未形成足够的乳头状突起及绒毛，因此难与管状腺瘤区别。②肿瘤边缘，瘤体大于2cm边缘多为分叶状，部分瘤体边缘毛糙、模糊，后者为肿瘤表面之网状或颗粒状影像的侧位投影[6]，为本病的另一特征。③当瘤体径较大而尚无明显恶变时可致病变段肠管扩大，但肠壁软而光滑。若扪及肿块，则质软，其形态、位置略可变化。

3.2 本组该病伴存大肠同时或异时肿瘤共4人，占本组病例的1/3，其发生率与DElamarre等报导的26%相仿[2]。其中3人为同时瘤或癌，1人为异时

维普资讯 http://www.cqvip.com

其下降速度缓慢，伤后1周也未能降至正常水平，这可能与眼内仅含极微量的15－羟基脱氢酶(PG灭活酶)有关，PG不能有效代谢及迅速排出眼外[3]。TP在伤后72h降至正常水平，与PGE_2不一致，这可能与PG的不同类型其作用不同有关，如PGF有抑制炎症作用，而使TP减少。该现象还有待于进一步的研究。

3.2 兔眼角膜穿通伤后PGE_2、TP的作用

Neufeld等(1973)研究了兔眼内源性(穿刺术后)和外源性(局部滴)PGE_2的作用及作用部位。认为PGE_2的主要作用部位在睫状体非色素上皮的细胞连接处。其作用是使血管通透性增加，BAB破坏。一些作者发现PG还能破坏血—视网膜屏障(BRB)，导致炎性囊样黄斑水肿(CME)，增殖性玻璃体视网膜病变(PVR)[3,4]。Kraff等[5]利用荧光光度计证实了PG导致BAB破坏且能被NSAID和SAID抑制。本研究发现，兔眼角膜穿通伤后PG含量增加，同时伴有房水TP含量增加，BAB破坏。其结果与其它报告相同。同此，我们认为在损伤性炎症反应中，PGE_2是重要的炎症介质，TP是BAB破坏的结果，两者能从不同角度反映损伤性炎症的严重程度。

参 考 文 献

1.马志中综述.眼外伤与职业性眼病杂志 19785;(3):184
2.郭阿娟，等.实用眼科杂志 1984;2(4):194
3.Sears ML. Surv Ophthalmol 1984;28(5 supple):525
4.刘斌，等.中华眼底病杂志 1996;12(1):60
5.Kraff ML, et al. Arch Ophthalmol 1990;108(3):380

(收稿日期 1996－09－28)

Changes of PGE_2 and total protein in aqueous humour after corneal penetrating injuiry in rabbits

Zhou shangbi, et al
Dept. of ophthalmology,The college of clinical medicine

PGE_2 and total proterin(TP) in aqueouis humour were measured by radioimmunoassays and Lowry－method after corneal penetrating injury in this study. The results showed that 1, 3, 8, 12, 24, 48, 72 hours after corneal penetrating injury, PGE_2 in aqueous humour was significantly increase ($P<0.01$),it did not restore to mormal till at 7 days ($P<0.05$);1, 3, 8, 24, 48 hours after corneal penetrating injury, TP in aqueous humour was significantly increase ($P<0.01$),but it was decreased to normal after 72 hours ($P>0.05$). It is concluded that PGE_2 and TP in aqueous humour were sinificantly increased; PGE_2 was important inflammatory mediator that BAB breakdown and TP was it's result. Both show the severity of traumatic inflammation.

KEY WORDS Corneal penetrating injury; PGE_2; TP