维普资讯 http://www.cqvip.com

白血病，急性，胰腺，并发症，儿童

(21)

153—154

急性白血病并发腮腺白血病3例

儿童医院 何建峰 张蓉君

R 733.710.6

中图分类号 R733.71

急性白血病并发腮腺白血病报道甚少，为了提高对本病的认识，现将我院1991.9.～12.月收治的3例报告如下：

例1：患儿，男，1 $\frac{11}{12}$ 岁，因进行性面色苍白40余d，双侧耳垂下部肿大半月余，伴发热10d于1991年9月11日入院。无流行性腮腺炎接触史。体检：神萎，重度贫血貌。全身皮肤散在瘀点瘀斑。全身浅表淋巴结黄豆至蚕豆大，无压痛，双侧腮腺肿大，约3×3×2cm，质硬，有结节感，无压痛。心肺无异常。腹软，肝肋下3.5cm，剑下7cm，质中，脾肋下3cm，双侧睾丸对称活动，无肿大压痛。实验室检查：RBC2.16×10^{12}/L，Hb51g/L，WBC21.0×10^9/L，L0.44、幼淋0.56，plt10×10^9/L，BT>5min，Rtc0.002。骨髓有核细胞增生活跃，原淋加幼淋95%，确诊为ALL-L_1型。x线检查示肺部及长骨干骺端为白血病浸润改变。入院后给予COAP方案治疗1个疗程后，腮腺肿大消失，骨髓原淋加幼淋占43%，继续COAP化疗4个疗程后，于12月4日达完全缓解后出院。

例2：患儿，女，6 $\frac{5}{12}$ 岁，因反复发热，进行性面色苍白1月余，双侧腮腺肿大半月余于1991年12月29日入院。无流行性腮腺炎接触史。体检：重病容，重度贫血貌。皮肤可见散在瘀点瘀斑。全身浅表淋巴结肿大0.5×0.5cm至1.5×1.5cm。双侧腮腺肿大约4.0×5.0×3.0cm，质硬，有结节感，不红，无压痛，双侧腮腺导管口无红肿。双侧颌下腺2.5×3.5×2.0cm，无压痛，质硬，结节感。左侧呼吸动度及语颤减弱，叩浊，左肺呼吸音减弱。心脏无异常，腹饱满，肝剑下7cm，肋下6cm，质中，脾肋下6cm。实验室检查：RBC2.66×10^{12}/L，Hb63.5g/L，WBC153.2×10^9/L、L 0.04、原淋加幼淋0.96，plt58×10^9/L，BT>5min，CT>4min。骨髓有核细胞增生极度活跃，原淋加幼淋100%，确诊为ALL-L_1型。颌下腺穿刺液涂片找到大量白血病细胞。x线检查左肺门周围浸润性包块，左侧胸腔积液，左侧第五肋骨及股骨破坏，符合白血病浸润，入院后经CODP一个疗程后，双侧腮腺、颌下腺肿大逐渐消失，继续CODP2个疗程，胸腔积液，

理的研究认为[1]睫状动脉的坏死是引起本病的主要原因。而动脉壁的坏死可由于(1)高血压，引起小动脉硬化。(2)高眼压。当眼压升高，超过小动脉压时，管腔就会被压空，管壁就会发生缺血性坏死。患者入院体检未发现高血压和动脉硬化。分析出血原因可能与术前有眼内感染和继发性青光眼有关。

为预防脉络膜上腔暴发性出血，术前要控制好血压和眼压。一旦发生该并发症术中应迅速关闭切口同时行后巩膜切开放血，巩膜切开的部位应在眼底隆起的相应部位，出血不止时才行眼球摘出术。该病例若及早取出眼内异物，可避免感染加重，发现出血后及早处理，也许尚能保住眼球。最后，我们认为要避免发生脉络膜上腔暴发性出血，除应注意预防外，更应强调及早诊断及正确处理。

参 考 文 献

[1] 胡伟芳. 国外医学 眼科学分册 1980，5:9

（收稿日期 1992—10—21）

维普资讯 http://www.cqvip.com

重庆医科大学学报 1993年第18卷第2期

骨肿瘤，髌骨，X线诊断

(27) 154—156

4例髌骨肿瘤的X线所见

R738.104

第一医院放射科 高必琼 宋成义* 戚誉吾

中图分类号 R814.41 R738.1

发生在髌骨的良性肿瘤少见。我院近几年遇4例，并经手术、病理证实。现报道如下，并讨论其X线特点。

例1 女，18岁，右膝关节疼痛7月余。7月前无明显诱因行走时感右膝疼痛，无红肿。4月前不慎跌伤，感疼痛加剧，出现轻度跛行。检查见右膝明显肿胀，无压痛及包块，患侧髌骨比对侧大。

X线表现 右髌骨内上方可见2cm×2.5cm椭圆形破坏腔呈轻度膨大，腔内可见多个大小约为0.5mm不十分致密的阴影，似绒毛状小块阴影。破坏腔轮廓清楚光滑，有一薄层略呈分叶状硬化边缘。无骨膜反应。

手术所见 髌骨有3cm×2cm囊样腔，伴有血性液体及肉芽状物，髌骨面光滑，无粗糙及破坏处。

病理诊断 右髌骨良性成软骨细胞瘤，细胞生长活跃。

例2 男，25岁，10月前打篮球后，次日出现右髌骨处疼痛，局部不红，皮温不高，无波动感。检查：右髌骨比左侧略大。

X线表现 右髌骨后下方可见2cm×3cm卵圆形骨质破坏区，略向下方膨大，其长轴与髌骨长轴一致。破坏腔内有多个蜂窝状透亮区，其间有粗细不均，似骨小梁分隔，其密度较正常骨小梁为高，腔内无钙化影，破坏腔上方及内侧边缘密度高，且

* 万县地区医院进修医师

肺部浸润及骨破坏逐渐好转。

例3：患儿，女，10-$\frac{4}{12}$岁，因进行性面色苍白2月余，反复发热1月余，双侧腮腺肿大半月，于1991年12月16日入院。无流行性腮腺炎接触史。体检：神萎，重度贫血貌。皮肤无瘀点瘀斑，全身浅表淋巴结肿大1.6×1.0cm至2.0×1.5cm。双侧腮腺肿大，均约3.0×3.0×1.5cm，质硬，有结节感，无压痛，不红，双侧腮腺导管口无红肿。双侧颌下腺肿大2.0×2.5cm，质硬，结节感。心肺无异常。腹平软，肝肋下3cm，剑下3.5cm，脾未扪及。实验室检查：Hb53g/L，WBC8.4×10⁹/L，N0.24，L0.44，幼稚细胞0.32、plt60×10⁹/L。骨髓有核细胞增生减低，单核系占75%、其中原单加幼单占66.5%，其余系统细胞均严重受抑，确诊为急性单核细胞性白血病。入院后给予COHP治疗1疗程后，腮腺颌下腺肿大逐渐消失，用COHP3个疗程后骨髓原单加幼单84.5%。改用VP_{16}加阿糖胞苷治疗1个疗程后骨髓仍未改善，放弃治疗。

讨 论

3例急性白血病均无流行性腮腺炎接触史，出现双腮腺及颌下腺肿大，无疼痛及压痛，质硬，有结节感，不红，双侧腮腺导管亦无红肿。病程超过15天。经化疗1个疗程后腮腺、颌下腺肿大逐渐消失，且其中一例颌下腺穿刺找到大量白血病细胞，腮腺颌下腺肿大由白血病细胞浸润所致。尽管本病报道很少[1]，我们对腮腺白血病应引起重视。

参 考 文 献

[1] 靳秀荣. 中华血液学杂志1989，8(10)：447

（收稿日期1992-09-07）