维普资讯 http://www.cqvip.com

肺硬化性血管瘤

附2例报告

中图分类号：R734.2

第二医院胸外科 陈诗奉

1956年Liebow[1]等首先对该瘤的临床病理进行论述，认为该瘤与皮肤硬化性血管瘤相似，故命名为肺硬化性血管瘤。硬化性血管瘤多见于皮肤，发生在肺实属少见。1987～1989年我院经手术病理证实2例，现报告如下。

病例报告

例1，女，24岁。2年前体检发现右上肺2.2cm结节，除偶有潮热外，无其它自觉症状。外院拟诊"结核瘤"。口服利福平，异烟肼，对氨水杨酸钠治疗。于1987年4月28日入院。体检无阳性发现。胸片显示右上肺3cm直径球形结节，界线清楚，未见空洞及钙化。同年5月11日在全麻下行右上肺叶切除。肉眼见肿瘤有2.6×2×2cm，有完整包膜。镜下所见：乳头形成趋于硬化，并伸入气道形成不规则裂隙。乳头表面由上皮覆盖，核心部份可见胞浆透明，核染色较深，大小一致的小圆形细胞。小血管扩张，管壁玻璃样变，病理报告：右上肺硬化性血管瘤。

例2，女，42岁。因胸痛摄片发现右下肺3cm直径块影7月余。按结核治疗。于1989年9月23日入院。体征阴性。正侧位胸片及断层示右下肺3.5×3cm肿块，轮廓清楚，密度均匀，有分叶。拟诊结核瘤、肺癌？同年10月10日行右下肺叶切除。镜下改变同例1。病理报告：右下肺硬化性血管瘤。

讨　论

1．发病情况　该瘤在世界各地均有散在的病例报告，其真正发病率尚难估计。但多见于30～40岁的妇女，男女之比为1:2[2]。1982年，胡煜升[3]、Chan[4]分别报告5例和

成立后，应采用手术治疗。5例患者均在局麻下经口行囊肿切除术。囊肿突向鼻底，术中应尽量使鼻底粘膜保持完整。囊腔大，切除囊肿后应在遗下的空腔中填碘仿纱条，以后逐渐抽出，以利结缔组织填满空腔。术后取下之囊壁组织应送病理检查，以利进一步确诊。

小　结

颌骨囊肿在临床并不少见，多数为齿源性囊肿，非齿源性囊肿较为少见。据报告两者之比约为15:1[2]。腭正中囊肿是非齿源性颌骨囊肿，耳鼻喉科临床少见。该病确诊，除病史及一般检查外，包块穿抽及牙咬合摄片是必不可少的手段。诊断成立后，作囊肿切除术，效果是满意的。

参考文献

[1] 萧轼之主编．耳鼻咽喉科学　第3版人民卫生出版社1989；152

[2] 杨鼎权．中华耳鼻喉科杂志　1964，10:(1):48

（收稿日期 1990-11-21）

维普资讯 http://www.cqvip.com

14例，均为女性，年龄10～78岁，中青年妇女占64.2%。本文2例亦属中青年妇女。有人认为肿瘤的发生可能与性激素有关。也有人认为系先天性遗传[5]。

2. 组织起源 最初通过光镜、超微结构的观察发现其组织结构多样化，故导致对其组织起源的不同构思。一些作者认为肿瘤起源于内皮细胞[1,6]，另一些则认为起源于上皮细胞[7,8,9,10]。1983年，Katzenstin[11]报告9例，其中6例对Ⅷ因子相关抗原荧光染色阴性，否认内皮起源。同时对另3例进行葡萄糖胺聚糖的提取和电泳，结果提示起源于间皮细胞。1986年，Huszar[12]应用特异性抗体与肿瘤细胞的中间细丝进行标记。所有的肿瘤细胞对波形蛋白抗体染色阳性，指出肿瘤来源于间质细胞。此外，尚观察到囊内壁细胞对细胞角蛋白抗体染色阳性，伸长的裂隙贯穿到整个肿瘤内，并显示出残留的上皮成份，由过度增生的呼吸道上皮所覆盖，试图解释以往认为起源不同的结果。然而，1987年，Nagata[13]对肿瘤细胞进行免疫过氧化物酶染色，对具有特异性的表面活性脱辅基蛋白、分泌成份、上皮膜抗原均染色阳性，认为肿瘤由异型上皮细胞组成。1988年，Fukagama[14]对构成肿瘤的四种不同的细胞进行免疫组织化学研究。观察结果指出肺硬化性血管瘤可能由Ⅱ型样肺泡细胞组成或由肺泡细胞转化而来。1989年，Alvarez—Fernandez等[15]对肿瘤细胞的中间丝和用内皮细胞标记物进行免疫组织化学研究。否认了内皮起源。然而对上皮膜抗原和波形蛋白显示阳性反应，亦赞成上皮起源。

总之，尽管近年来免疫组织化学研究的方法不同，但大多数作者的观点都倾向于肿瘤起源于上皮细胞。

3. 临床表现 由于肿瘤多位于肺实质内，生长缓慢，不堵塞支气管，故临床上极少有症状。多为常规胸部x线检查发现，仅少数有咳嗽，咯血，全身症状更不常见。Chan[4]报告14例，其中7例无症状，咯血5例，咳嗽1例，胸痛1例。Katzenstin[11]报告9例，其中8例无症状，仅1例有咯血。本文2例，1例无症状，另1例仅有胸痛。

病变分布以右下叶居多，其次为左上或右上叶，少数可发生在叶间隙。表现为孤立球形结节，但也有多发的报告[16]。肿瘤直径1.5～10cm，大多数在3cm左右，界线清楚，个别有钙化或分叶改变。断层片上可见到典型的空气半月征[3,17]。

4. 术前诊断 一般术前难以确诊。多误诊为结核瘤，支气管腺瘤，错构瘤，甚至肺癌等其它疾病。Chan[4]报告14例，术前拟诊为肺癌者占8例。本文2例，术前均误诊为结核瘤，例2亦不能除外肺癌。可见对多数患者来说最重要的鉴别诊断是肺癌。实验室检查、纤支镜，肺血管造影对诊断很少有帮助。若中青年妇女表现有咳嗽，咯血或即使无症状，但胸片显示有界线清楚的球形结节和典型的空气半月征时，应高度怀疑肺硬化性血管瘤。

5. 治疗与预后 手术切除是治疗肺硬化性血管瘤最恰当的方法。即使是可疑的病例也应手术，以便明确诊断。常用的方法是肺叶切除，楔形切除或肿瘤摘除。术中冰冻切片无疑可缩小手术切除范围。局部切除术后长期随访无复发，预后良好[10,11]。

（本文承蒙高根五教授审校，特此致谢。）

参 考 文 献

[1] Liebow AA, et al. Cancer 1956; 9:53

[2] Areaz V, et al. Am Rev Res Dis 1962; 85:261

[3] 胡煜升，等. 武汉医学1982; 6:298

[4] Chan KW, et al. Thorax 1982; 37:404

[5] Rubin EH, et al. Cancer 1958; 11:713

[6] Hass JE, et al. Cancer 1972; 30:512

[7] Hill GS, et al. Cancer 1972; 30:1092

[8] Kennedy A. J Clin Pathol 1973; 26:792

[9] Navas Palacios JJ, et al. Cancer 1979; 44:949

维普资讯 http://www.cqvip.com

卡托普利治疗充血性心力衰竭致肾功能不全3例报告

中图分类号 R541.61

第二医院内科 凌宗秀 高大中

卡托普利（CPT）治疗心衰致肾功能不全，国内报告甚少，我院曾遇见3例现报告如下。

病例介绍

例1，男，31岁，心累气急10年，腹胀浮肿3年，加重7天，于1988年7月27日入院。查体：BP 13.5/8KPa，高枕位，颜面浮肿，颈静脉充盈，心率90次/min，房颤，心尖区双杂音，双肺底罗音，肝肋下平脐，腹水（+～++），下肢浮肿（+++++）。血尿常规，肝功，肾功，血K^+，Cl^-，CO_2-CP均在正常范围。A/G=2.47/2.72，血钠133 mmol/L。血浆肾素(PRA)4.05ng/ml(正常值0.45±0.06)，血管紧张素-Ⅰ(AⅠ)750pg/ml（正常值57.4±4.62），醛固酮（ALD)440pg/ml（正常值99.1±8.59），心钠素（ANF)257pg/ml（正常值427.1±49.9），肾血流量275ml/min/1.73m^2（正常值493～735）。入院诊断风湿性心脏病，二尖瓣双病变，房颤心力衰竭，心功Ⅳ级，心源性肝硬化。患者入院前一直用地戈辛0.125mgBid，双氢50mgQd及消心痛、潘生丁等治疗，但效不佳，入院后在上述药物基础上另加用CPT12.5mg,Bid，速尿20mgQd，7天后CPT增至25mgBid，45天后增至50mgBid，又15天后尿素氮（BUN)增至9.33 mmol/L，血Na^+降至123mmol/L，立即将CPT减至25mgBid，一周后BUN再增至15mmol/L，肌酐（Cr)243mmol/L，血Na^+降至115mmol/L，血K^+4.32mmol/L，血压降至11/6KPa，出现尿少，表情淡漠，立即停用CPT并补充钠盐，但BUN、Cr仍进行性增加，BUN最高达30mmol/L，Cr423 mmol/L，血Na^+仍在120mmol/L以下，心电图出现Ⅰ～Ⅰ°A-VB，非阵发性结性心动过速，按毛地黄中毒处理，心律失常好转，仍死于肾衰。

例2，男，68岁，咳喘累18+年，下肢浮肿3年，加重3天，于1988年6月28日入院。查体：血压14/9 KPa，端坐，唇发绀，心率110次/min，齐，双肺罗音及干鸣，肝肋下2cm，下肢浮肿（++++），血尿常规、肝功，肾功，血$K^+$$Cl^-$均在正常范围，血$Na^+$130mmol/L，PRA3.84ng/dL，AⅠ613pg/dL，ALD360pg/dL，ANF302pg/dL，肾血流

[10] Alvarez—Fernandez E, et al. Histopathology 1981; 5:579
[11] Katzenstin ALA, et al. Am J Surg Pathol 1983; 7:3
[12] Huszar M, et al. Cancer 1986; 58: 2422
[13] Nagata N, et al. Am J Clin Pathol 1987; 88:552
[14] Fukayama M, et al. Acta Pathol Jpa 1988; 38:627
[15] Alvarez—Fernandez E, et al. Arch Pathol Lab Med 1989; 113:121
[16] Noguchi M, et al. Am J Surg Pathol 1986; 10:429
[17] Yong WB, et al. Radiology 1978; 128: 27

（收稿日期1990-09-11）