谢障碍、钙离子稳态失衡等多种因素的作用而引起血脑屏障的破坏，血管通透性增加，最终发生脑水肿[7]。严重烧伤后脑水肿有别于脑部的直接创伤和单纯缺氧造成的脑损伤，给烧伤后内脏并发症的防治增加了难度。

在严重烧伤早期脑水肿模型的研制过程中，我们注意到了颅内压动态变化对脑水肿发生发展的影响，烧伤后6 h内机体受到严重烧伤打击后处于休克早期，脑组织病理变化尚不明显。病理组织学表现毛细血管充血，部分血管周隙增宽，内皮细胞及神经细胞呈轻度的缺血性改变，此时脑含水量仅增加2.65%，颅内压上升5.71%，提示此阶段血脑屏障已有轻微改变，但范围局限，颅内压力尚无明显变化，处于烧伤早期脑水肿病理过程的亚临床期，应尽早积极采取措施，防止脑水肿的进一步发展。烧伤后6～18 h进入烧伤后脑水肿形成的第二阶段，此期与烧伤后体液渗出高峰期相一致，镜下组织病理改变较伤后6 h加重、范围扩大，毛细血管内皮细胞塌陷、连接间隙疏松；神经细胞出现空泡变。脑含水量增加6.95%，颅内压较伤前已有明显变化，表明病变已进入以细胞内水肿为特征的细胞毒性脑水肿阶段，此阶段是严重烧伤早期脑水肿病理变化的关键时期，对临床治疗至关重要。伤后18～24 h镜下毛细血管周隙及神经细胞内水肿进一步发展，胶质细胞膜呈空泡状肿胀。脑组织含水量增加9.72%，颅内压上升达峰值(较对照组增加50.95%)，反映出此阶段虽然病情在继续发展，但由于颅腔固定容积的限制，一方面脑组织的体积不再随时间的延续而继续增大；另一方面颅内压则急剧上升，极易导致脑疝发生，因此这一阶段是严重烧伤早期脑水肿发生发展的危重期，应努力救治处于此阶段的垂危病人。

参考文献：

[1] 黎 鳌，杨宗城. 实验烧伤外科学[M]. 重庆：重庆大学出版社，1997. 38.
[2] 刘明铎，王忠诚，段国升，等. 实用颅脑损伤学[M]. 北京：人民军医出版社，1995. 187，129.
[3] Jiang J Y，Gao G Y，Li W P，*et al*. Early indicators of prognosis in 846 cases of severe traumatic brain injury[J]. J Neurotrauma，2002，19(7)：869－874.
[4] Schneider G H，Bardt T，Lanksch W R，*et al*. Decompressive craniectomy following traumatic brain injury：ICP，CPP and neurological outcome[J]. Acta Neurochir Suppl，2002，81：77－79.
[5] Xu B N，Yabuki A，Mishma H，*et al*. Pathophysiology of brain swelling after acute experimental brain compression and decompression[J]. Neurosurgery，1993，32(2)：289－296.
[6] 杨宗城. 烧伤早期脏器损害发病机制的探讨[J]. 解放军医学杂志，1998，23(2)：84－87.
[7] 黎海涛，应大君，孙建森，等. 犬严重烧伤早期脑水肿MRI与病理对照观察的实验研究[J]. 第三军医大学学报，2000，22(9)：844－847.

(编辑 栗 嘉)

文章编号：1000-5404(2004)12-1107-01

个案与短篇

肾嫌色细胞癌1例报告

A case report of chromophobe renal cell carcinoma

鄢俊安，陈志文，宋 波 (第三军医大学西南医院全军泌尿外科中心，重庆 400038)

嫌色细胞型肾细胞癌(chromophobe renal cell carcinoma，CRCC)是肾细胞癌少见的亚型，占肾癌的5%。我科于2004年2月收治1例，现报告如下。

1 临床资料

患者，男性，年龄50岁，病程2 d。表现为左侧腰部酸胀不适，隐痛，无发热、血尿，无膀胱刺激症状。B超检查发现左肾中存在不均等回声团块，与周围组织分界尚清楚。CT检查示肾中有混杂密度区。增强扫描后，肾肿块呈不均匀性强化，肾周包膜完整，肿瘤周围有清楚界限。胸部摄片和骨扫描无明显阳性发现。

2 治疗结果

手术：全麻下采用经左腹壁T字切口，于左侧结肠旁沟打开后腹膜，见肿瘤位于腹主动脉左侧1 cm，来源于左肾，约3.0 cm×3.0 cm大小，包膜完整，表面血管丰富。分离肿瘤，分别结扎左肾动静脉及左侧输尿管，切除左肾及肿瘤送检。

病理：肿瘤剖面呈灰白色到灰红色。镜检：肿瘤细胞多边形，胞浆丰富，淡红染，部分可见空泡结构，部分呈细颗粒状，核小，圆形或多角形，瘤细胞排列呈团巢或腺管状，瘤细胞间见血窦丰富。免疫组化：CK强阳性，Vimentin阴性，HMB45阴性，

(下转1110页)

作者简介：鄢俊安(1976－)，男，湖北省黄石市人，硕士，主治医师，讲师，主要从事膀胱肿瘤方面的研究。电话：(023)68765481，E-mail：blackrai@yeah.net

收稿日期：2004-02-16；修回日期：2004-05-28

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

药,理气消痞,枳实含橙皮甙、新橙皮甙、川陈皮素等成分。白术用量为枳实两倍,为补重于消,寓消于补之方。二药合用,则降中有升,泄中有补,补不留滞,泄不伤正,共奏健脾消痞之功。以柴胡升阳疏肝,行气解郁,柴胡多糖可增加腹腔巨噬细胞吞噬百分数及吞噬指数,提高流感病毒血清中抗体滴度及天然杀伤细胞的活性,从而提高体液和细胞免疫功能,柴胡多糖还具有促进胃粘液分泌的作用[9]。本方佐以莱菔子降气,消食化积,“莱菔子……若食积停滞而兼有脾虚证候者,可加白术以消补并施”,莱菔子含甲硫醇、亚麻酸、甘油酯等成分,为理气消滞要药,故以莱菔子消食导滞,与君臣共奏升清降浊、消痞除满之功。

本实验表明该方可促进胃分泌。胃液量的增加,有助于润滑食物,保护胃粘膜免受机械损伤。总酸度及总酸排出量的增加有利于激活胃蛋白酶原转化为胃蛋白酶;盐酸能杀灭随食物进入胃内的细菌;并促进胰液、肠液和胆汁的分泌。血浆胃泌素对于消化道的分泌、吸收及运动具有重要的调节作用。

综上所述,健脾消痞浸膏能提高脾虚大鼠胃液量、总酸度、总酸排出量及血浆胃泌素,从而纠正胃功能的紊乱,有效治疗痞满证。

参考文献:

[1] 黄象谦. 胃肠道疾病治疗学[M]. 天津:天津科学技术出版社,1996. 418,484.

[2] 陈勇鹏,王志坦,陆 萌. 健脾消痞浸膏对脾虚动物胃排空及胃动素影响的实验研究[J]. 成都中医药大学学报,2002,25(4):37-39.

[3] 殷 鑫. 红山健儿口服液对“脾虚”动物模型的影响[J]. 陕西中医学院学报,1998,21(2):31-34.

[4] 任 平,黄 熙,张 莉,等. 四君子汤对实验性脾虚大鼠胃排空率的影响[J]. 中国中西医结合杂志,2000,20(8):596-598.

[5] 陈宝树. 加减枳实消痞汤治疗痞满证120例临床小结[J]. 福建中医药,1996,27(1):5-6.

[6] 陆智慧,李胜利,王 勇. 慢性胃炎辨证分型与血浆胃动素水平测定分析及疗效观察[J]. 中医药研究,1998,14(2):22-23.

[7] 贾宗训. 中医脾虚免疫机理初步研究[J]. 湖北中医杂志,1982,(2):42.

[8] 苗明三. 法定中药药理与临床[M]. 西安:世界图书出版西安公司,1998. 327.

[9] 清原宽章. 柴胡的多糖成分研究(5)[J]. 国外医学中医中药分册,1991,13(2):53.

(编辑 薛国文)

(上接1107页)

PAS阴性。病理诊断:(左侧)肾嫌色细胞癌。术后随访2个月,未发现肿瘤复发和转移。

3 讨论

肾嫌色细胞癌为肾癌中不常见的一个类型,约占肾癌的5%。男女发病比例约为1.2∶1,平均发病年龄54岁[1]。

遗传学特征:以染色体的缺失为特征,90%的病例在1、2、10、13、17、21染色体上有缺失。这与其他肾癌如肾透明细胞癌3号染色体缺失(3P-),肾颗粒细胞癌+16、+12、+3q、-Y及7与17三体等遗传学表现迥然不同,显示了其独特的遗传学特征。

病理特点:瘤体较大,常单个,境界明显,坏死出血少见,包膜完整很少突破肾包膜。光镜下肿瘤细胞呈腺泡状排列,细胞大,胞浆丰富,常见两种类型细胞,胞浆淡染呈细网状甚至透明的气球样的Ⅰ型细胞及胞浆嗜酸性呈细颗粒状的Ⅱ型细胞。这两种类型的肿瘤细胞的PAS(periodic acid schiff)和苏丹Ⅳ(Sudan Ⅳ)染色均显示其胞浆内缺乏糖原和脂滴。Hale胶体铁染色,胞浆阳性,呈亮蓝色,说明肿瘤细胞含有酸性粘液物质。免疫组织化学染色Vimentin阴性,CK8、CK7、CK19阳性,CK20阴性。电镜下见胞浆内大量的小空泡,二型细胞均可见。小空泡的存在是嫌色细胞癌区别于其它肾肿瘤的独特之处,亦是光镜下其独特细网状胞浆的结构基础[2]。

肾嫌色细胞癌起源于肾集合小管上皮,组织学上可分为透明细胞型和嗜酸细胞型。透明细胞型肿瘤细胞胞体界限清楚,胞浆内可见细网状结构,CK8阳性,Vimentin阴性以及Hale胶体铁染色阳性,可与肾透明细胞癌(CK8阴性,Vimentin阳性以及Hale胶体铁染色阴性)相区别。嗜酸细胞型则与肾嗜酸细胞瘤区别要点[3]:①两者行细胞质Hale胶体铁染色均阳性,但嫌色细胞癌着色较为弥散,而嗜酸细胞瘤较为集中;②嫌色细胞癌电镜下细胞质内有大量密集小空泡;③嗜酸细胞瘤瘤体较大时,许多肿瘤可见中央瘢痕,而嫌色细胞癌无瘢痕。

治疗上应以手术切除为主,因其对放疗和化疗不敏感,术后主张应用生物制剂提高机体免疫力,常用方案为小剂量IL-2加干扰素或则单纯大剂量IL-2。肾嫌色细胞癌预后良好,Onishi等[4]随访发现5、10、20年生存率为82%、70%、47%。Gonzalez等[5]应用免疫组化分析,认为该型肾癌具有低水平增殖细胞核抗原(PCNA)和肿瘤蛋白细胞p53阴性特点,与肿瘤转移晚及预后好相关。

关键词:肾嫌色细胞癌;肾细胞癌
中图法分类号:R737.11 文献标识码:B

参考文献:

[1] Benoit C C, Khalaf A, Courville P, *et al*. Renal chromophobe cell carcinoma and paraneoplastic linear IgA bullous dermatosis[J]. J Urol, 2003, 169(1): 270-271.

[2] Khoury J D, Abrahams N A, Levin H S, *et al*. The utility of epithelial membrane antigen and vimentin in the diagnosis of chromophobe renal cell carcinoma[J]. Ann Diagn Pathol, 2002, 6(3): 154-158.

[3] Billis A, Carvalho R B, Magrini E, *et al*. Chromophobe renal cell carcinoma: clinicopathological study of cases[J]. Ultrastruct Pathol, 1998, 22(1): 19-26.

[4] Onishi T, Oishi Y, Yanada S, *et al*. Prognostic implications of histological features in patients with chromophobe cell renal carcinoma[J]. BJU Int, 2002, 90(6): 529-532.

[5] Gonzalez M C L, Lorenzo M R, Lorente G J, *et al*. Chromophobe renal carcinoma: immunohisto chemical study of 7 cases[J]. Actas Ureol Esp, 1997, 21(6): 563-588.

(编辑 薛国文)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net