判断有着重要参考价值。

参考文献:

[1] Kiyoi H, Nave T, Nakano X, *et al*. Prognostic implication of FLT3 and N-ras gene mutations in acute myeloid leukemia[J]. Blood, 1999, 93(9): 3074—3080.
[2] Weijæn S, Veiders M P, Kast W M. Modulation of immune response and tumor growth by activiated Ras[J]. Leukemia, 1999, 13(4): 502—508
[3] 张之南. 血液病诊断及疗效标准[M]. 北京: 科技出版社, 1999. 172—185.
[4] CW 迪芬巴赫, GS 德维克斯勒 主编. 黄培堂 译. PCR 技术实验指南[M]. 北京: 科学出版社, 1998. 173—178.
[5] Mortazavi Y, Tooze J A, Gordon-Smith E C, *et al*. N-ras gene mutation in patients with aplastic anemia and aplastic anemia/paroxysmal nocturnal hemoglobinuria during evolution to clonal disease[J]. Blood, 2000, 95(2): 646—650
[6] Darley R L, Hoy T G, Baines P, *et al*. Mutant N-RAS induces erythroid lineage dysplasia in human $CD34^+$ cells[J]. J Exp Med, 1997, 185(7): 1337—1347.
[6] Horiike S, Misawa S, Kaneko H, *et al*. Double mutations of the N-ras gene in a patient with acute myelomonocytic leukemia[J]. Int J Hematol, 1995, 61(4): 205—213.

(编辑 栾 嘉)

文章编号: 1000-5404(2003)07-0631-01

个案与短篇

脑包虫病1例

A case report of cerebral echinococcosis

胥全宏, 冯 华, 高伯元, 吴 南 (第三军医大学附属西南医院神经外科, 重庆 400038)

患者, 男, 49岁。因头痛头昏半年, 加重2周入院。自诉于半年前始, 无明显原因出现头痛头昏, 头痛以左顶部为明显, 为持续性胀痛, 可忍受。无恶心、呕吐, 无畏寒, 发热, 无肢体抽搐及意识障碍。两周来头昏, 头痛加重, 伴说话迟缓, 费力。曾有新疆牧区多年生活史, 有食生肉史。查体: 生命体征正常, 语言略迟缓, 双侧瞳孔等大同圆3 mm, 光反射灵敏, 双侧视乳头轻微水肿, 无面舌瘫, 四肢活动自如, 感觉正常, 右侧巴彬斯基征(+), 颈软, Kernig 征(-)。CT 示: 左颞叶白灰质交界处多发分隔性囊性病灶, 大小约 4.7 cm×3.9 cm, 病灶后缘可见小片强化, 病灶周围未见明显水肿, 左侧侧脑室轻度受压变形。腹部B超未见异常, X-线胸片正常, 肝功, 肾功, 血常规及大便常未见异常。初步诊断为: 左颞叶胶质瘤。于全麻下行手术, 见皮层表面无明显异常, 切开颞叶皮层约3 cm 深, 见3 cm×4 cm 大小透明囊肿3个, 包膜呈微白色半透明粉皮状, 其内充满无色透明囊液。生理盐水冲洗术野后, 囊肿即漂浮起来。病理: 肉眼观察, 囊肿分内外两层, 为白色、胶样、半透明状; 镜下可见红染、相互平行的板层样结构及单层细胞排列结构; 考虑脑包虫病。术后予以阿苯达唑及吡喹酮治疗口服抗寄生虫治疗2周, 患者症状消失, 神经系统查体正常, 复查 CT 见囊性占位已完全消失。

讨论

脑包虫病, 为自然疫源性疾病, 有较强的地域分布特点, 主要流行于畜牧区, 患者有与疫源地密切接触史, 多伴有肝脏、肺脏感染; 有原发型和继发型两类, 主要临床表现为颅内压增高及癫痫发作, 视病变部位、大小等不同可有偏瘫、失语、偏身感觉障碍等不同局灶性体征[1]; CT 表现多为脑内圆形或类圆形囊肿, 边界锐利, 无囊周水肿、占位征象, 囊内容物水样密度, 一般不能分辨子囊。在脑包虫病非流行地区, 脑包虫病散发病例并不多见, 术前很易将"脑包虫病"误诊为"胶质瘤"或其他疾病。该例患者术前初步考虑为"胶质瘤", 首先在于重庆地区为脑包虫病低发区, 对脑寄生虫方面疾病认识不够, 术前对患者"曾有多年牧区生活史, 有食生肉史"的生活史未引起足够重视, 未行寄生虫类疾病方面的进一步相关检查; 其次该例患者病灶为单发, 无肺部、肝脏等相应病变, 且为离开牧区多年后发病。胶质瘤与脑包虫病的手术方式与术后治疗有着原则性的不同, 一旦遇见可疑病例, 如有牧区生活史, CT 表现为脑内囊性病变者, 即应引起高度重视, 应行进一步血嗜酸细胞计数, 皮内试验及血液寄生虫免疫学试验等检查, 以争取术前明确诊断[2]; 若术前未能诊断为脑包虫病, 而术中见到包膜呈微白色半透明粉皮状, 其内充满无色透明囊液的脑内囊性病变, 则应高度怀疑"脑包虫病"的可能, 术中须严防囊肿破裂, 囊液外渗, 可用"漂浮法"完整摘除囊肿, 并用高渗盐水及3%过氧化氢反复冲洗术野; 术后明确诊断为"脑包虫病"后, 即给予阿苯达唑等抗寄生虫药物, 大剂量、长时程口服, 多可取得良好预后。

关键词: 脑包虫病; 胶质瘤
中图法分类号: R532.32 文献标识码: B

参考文献:

[1] 王忠诚. 神经外科学[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 1998. 762—763.
[2] Taratuto A L, Venturiello S M. Echinococcosis[J]. Brain Pathol, 1997, 7(1): 673—679.

(编辑 薛国文)

作者简介: 胥全宏(1971—), 男, 四川省彭州市人, 硕士研究生, 医师, 主要从事颅脑外伤方面的研究。电话: (028)38840 17

收稿日期: 2001-06-29; 修回日期: 2002-01-17

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