DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.08.031

经根、马尾。根据本组病例的治疗，作者体会采取下列措施有助于肿瘤的全切除：①根据肿瘤大小、部位、生长方向及其与周围结构的关系，采取合理的手术入路，对于一期切除肿瘤至关重要[5~7]。②采用显微神经外科手术技术，此点甚为重要，在镜下有助于辨清肿瘤与脊髓、神经根、血管的关系，在放大7~12倍的情况下分块切除肿瘤可避免造成副损伤，本组病例全部采用显微手术，术后症状无加重，且恢复良好；③肿瘤多将脊髓、神经根推向对侧，故切除肿瘤时先从肿瘤的侧方进入，行肿瘤囊内切除减小体积，创造一间隙，这将利于分离肿瘤与神经根、脊髓的粘连，而不致损伤它们；④对于突入软组织的肿瘤，当其无完整包膜，局部解剖关系不清，无硬膜界面和血供丰富时切除困难，此时应暴露出肿瘤上下极正常的硬膜，这样有利于了解周围关系，不至于切除时迷失方向，减少周围结构的损伤；⑤突入椎体内的肿瘤，一般为分叶状，虽无完整包膜，但周围有假包膜，可用刮匙刮除；⑥当肿瘤突入胸、腹腔时应与相关科室合作，因其熟悉局部解剖关系，可缩短切除肿瘤时间，避免周围结构的损伤，提高全切除率，对于肿瘤侵犯椎体较多，切除后可能影响脊椎的稳定性，应同时作内固定，但本组1例侵犯2个椎体术后未作固定。卧床休息4周，随访结果良好；⑦当肿瘤与脊髓粘连较紧或较多的神经根被包绕，分离困难时不应勉强，以免术后出现严重的神经功能障碍。

参考文献：

[1] Sridhar K, Ramamurthi R, Vasudevan M C, *et al*. Giant invasive spinal schwannomas: definition and. surgical management[J]. J Neurosury(Spine 2), 2001, 94 (2 Suppl): 210-215.
[2] 王忠诚. 神经外科学[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1998. 800-807.
[3] 吴承远，刘玉光. 临床神经外科学[M]. 北京：人民卫生出版社，2001. 909-918.
[4] 周良辅. 现代神经外科学[M]. 上海：复旦大学出版社，上海医科大学出版社，2001. 667-680.
[5] Jackson B, Salvant J, Ylung H F. Giant intrascaral schwannoma: An unusual cause of lumbrosacral radiculpathy[J]. Surg Neurol, 1994, 41(5): 411-413.
[6] Iwai Y, Hakuba A, Kanai M. Giant cervical dumbbell-shaped neurinoma treated by transuncodiscal approach[J]. Surg Neurol, 1993, 40(6): 504-507.
[7] Kubo T, Nakamura H, Yamano Y. Transclavicular approach for a large dumbbell tumor in the cervicothoracic junction[J]. J Spinal Disord, 2001, 14(1): 79-83.

（编辑 张大春）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2003)08-0726-02

支气管异物误诊13年1例

One case report of a foreign body in bronchus misdiagnosed for 13 years

李文碧，刘 平，胡建林 （第三军医大学附属西南医院呼吸内科，重庆 400038）

患者，男，59岁，因反复咳嗽、咳痰13年，加重2个月于2001年9月18日入院。于13年前(1988年7月)患者因剧烈咳嗽从睡眠中醒来，咳嗽呈刺激性呛咳，无痰，伴气促、胸痛，无咯血，发现义齿缺失，当时遍寻不着，立即到当地卫生院就诊，考虑为异物(义齿)进入食道，未给予特殊处理，症状无缓解。于10 d后到某医院就诊，未做进一步检查，给予消炎、止咳等对症治疗(具体诊疗不详)病情仍无缓解。此后患者长期反复剧烈刺激性呛咳，多为干咳无痰，左侧卧位咳嗽稍缓解，无季节差异，每遇受凉感冒后加重，可出现咳黄色脓痰，未再到医院检查，长期间断口服消炎、止咳药物及煎服中药等治疗，症状无明显缓解。近2月咳嗽、咳痰加重，咳黄色粘液脓性痰，约30 ml/d，无咯血、畏寒、发热，当地医院摄X线胸片示：右下肺炎。经抗炎治疗1周后于2001年9月5日复查X线胸片示：右主支气管有金属丝异物。为进一步诊治来我院。入院时查体：慢性病容，口唇轻度发绀，肺气肿征(+)，右肺呼吸音减低，可闻及局限性吸气性干鸣音，双下肺可闻及少许湿啰音。入院后查血常规正常，ESR 156 mm/h，X线胸片示：右主支气管见环形金属丝影，右下肺阻塞性肺炎、肺不张。于9月20日行纤支镜下取异物术。镜下见：右主支气管开口处有一义齿嵌顿，基底部周围有粉红色肉芽组织增生，不完全阻塞管腔，用鳄鱼钳取出异物为两颗并排磨牙，约3 cm×3 cm，支气管腔内吸出大量黄色脓性分泌物后，管壁增生的肉芽组织向腔内不规则突出，于此处取活检及刷检；其余支气管未见异常。吸引后在右下叶基底干用生理盐水冲洗，注入庆大霉素8万U和地塞米松5 mg。术后患者咳嗽明显缓解。病理结果示：右主支气管粘膜慢性炎，支气管粘膜刷检未查见癌细胞及抗酸杆菌。经抗生素治疗3 d后症状缓解出院。随访8个月无复发。

（下转729页）

作者简介：李文碧(1972-)，女，重庆市人，主治医师，主要从事哮喘病因及治疗方面的研究，现在解放军324医院呼吸内科工作，重庆 400020。电话：(023)67723944

收稿日期：2002-05-27；修回日期：2002-09-09

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

3　讨论

HLA-B27 基因是人类MHCⅠ类分子 B 位点上的等位基因, 它位于人第 6 号染色体的短臂上, 由 8 个外显子和 7 个内含子组成, 编码分子量为 43×10^3 的糖蛋白。早在 20 多年前, 人们就已发现 HLA-B27 抗原的表达与强直性脊柱炎有着高度相关性[1~3], 超过 90% 的强直性脊柱炎患者其 HLA-B27 抗原的表达为阳性, 普通人群中仅 5%~10% 的为阳性。除了强直性脊柱炎以外, 还有许多其它疾病与 HLA-B27 抗原的表达有着或多或少的相关性。比如 Reiters 综合征, HLA-B27 阳性率为 70%~90%; 关节炎性银屑病, HLA-B27 阳性率为 50%~60%; 葡萄膜炎(眼色素层炎), HLA-B27 阳性率为 40%~50%; 溃疡性结肠炎伴有关节病, HLA-B27 阳性率为 5%~10% 等, 因此 HLA-B27 的检测在这些疾病的诊断中是一个非常有价值的指标。本实验结果表明 98 例献血者经流式细胞术和微量淋巴细胞毒法两种方法检测 HLA-B27 的结果符合率为 100%。不同抗凝剂对该实验无影响, 2 个 B27 阳性和 9 个阴性个体的全血分别用 EDTA 和肝素钠抗凝, 结果没有发现 2 种抗凝剂对实验结果有何影响。另外, 我们对加单抗的不同量进行了比较, 对 2 个 B27 阳性和 9 个阴性个体分别加 7、10、15、30 μl, 结果显示无影响, 当然我们并不提倡将单抗的量减至最低。虽然 B27 已能被血清学方法很好的检测, 且过去一直认为 B27 只有一种型别, 但是利用单克隆抗体技术或同种异型反应的细胞毒性 T 淋巴细胞或通过等电聚焦电泳分析 B27 分子重链电荷的方法证明 B27 代表至少 22 种以上不同的同种异型基因型(亚型: $B^{*}2701$~$B^{*}2722$)组成的家族[4]。

流式细胞术是根据直接荧光染色的原理, 利用荧光标记的抗 B27 的单克隆抗体和淋巴细胞表面的 B27 抗原结合, 使细胞具有一定的荧光强度, 这种荧光的强度可被流式细胞仪测得的通道值反映。根据通道值的高低判断 B27 抗原阳性或阴性。Kellner 等[5] 将P3X63-Ag8.653 鼠的骨髓瘤细胞和被 B27 阳性细胞免疫过的 CB6F1 鼠的脾细胞采用常规的细胞融合技术获得一个抗 B27 单克隆抗体(FD705), 利用 FD705 根据直接荧光染色的原理建立了一种分型 B27 方法: D705 用亲合层析法提纯, 标记异硫氢酸荧光磺(FD705-FITC)。分别将 EB 病毒转化的 B2701, B2702, B2703, B2704, B2705, B2706, B2707 亚型的 B 淋巴细胞和 FD705-FITC 作用, 流式细胞术结果显示 FD705-FITC 能和 B27 所有的亚型反应。Lee 等[6] 以 CD3 设门检测了 61 例 AS 患者的 HLA-B27, 这些患者包括 AS 和 SPA, 结果显示 HLA-B27 的荧光强度 AS> SPA。

我们对本院风湿中医科及骨科门诊怀疑强直性脊柱炎等脊柱关节病的 80 例临床病例分别以流式细胞术和微量淋巴细胞毒法两种方法检测 HLA-B27, 其结果符合率为 97.5%, 有 2 例流式细胞术检测值临近 Marker 值, 微量淋巴细胞毒法计分结果显示为阴性, 拟以 PCR 法来判定; 另 38 例临床明确符合诊断标准的强直性脊柱炎患者其 HLA-B27 检测均为阳性, 两种方法的符合率为 100%。本实验表明流式细胞术快捷、简便、省时且稳定性和重复性皆好, 当临床根据症状、体征及 X 线检查怀疑为 AS 时, HLA-B27 阳性可作为早期诊断及支持临床的重要指标[7]。

参考文献:

[1] Mcmichel A, Bell J. HLA-B27: a diease-associated immune response gene [J]. Res Immunol, 1991, 142(5-6): 475—482.

[2] Liu Y, Li J, Chen B, *et al*. Familial aggregation ankylosing spondylitis in Southern China[J]. J Rheumatol, 2001, 28(3): 550—554.

[3] 曹孟得, 秦东春, 孙含笑. HLA 分子生物学及临床应用[M]. 郑州: 河南医科大学出版社, 1998.203—215.

[4] Archer J, Keat A C. Ankylosing spondylitis: time to focus on ankylosis[J]. J Rheumatol, 1999, 26(4): 761—764.

[5] Kellner H, Wen J, Wang J, *et al*. Serum antibodies from patients with ankylosing spondylitis and Reiter's syndrome are reactive with HCA-B27 cells transfected with the mycobacterium tuberculosis hsp60 gene[J]. Infect Immun, 1994, 62(2): 484—491.

[6] Lee S, Khare S D, Griffiths M M, *et al*. HLA-B27 transgenic mice are susceptible to collagen-induced arthritis: type Ⅱ collagen as a potential target in human diease[J]. Hum Immunol, 2000, 61(2): 140—147.

[7] 王德启, 王　勋. HLA-B27 与脊柱关节病: 对早期诊断有无价值[J]? 国外医学遗传学分册, 1996, 19(2): 79—81.

(编辑　张大春)

(上接 726 页)

讨论

幼儿支气管异物常见, 而成人支气管异物较少见, 存留达 13 年者更是少见。临床常因肺部并发症而就诊。虽然异物可以自行咳出, 但咳出机会极少, 国外报道为 2.2%, 国内报道在 0.6%~4%[2]。本例患者有较明确的异物吸入史, 且吸入时反应剧烈, 就诊时临床医师对其病史询问不够, 未进行必要的相关检查, 以及 X 线胸片阅读不仔细而导致延误治疗 13 年。故临床医师对有可疑异物吸入的患者应详细询问病史, 及时进行 X 线及纤支镜检查等, 确定异物部位, 及时行异物取出术, 避免因异物长期存留导致局部感染、阻塞性肺炎、肺不张、肺脓肿及大咯血等严重并发症。

关键词: 支气管异物; 误诊; 治疗
中图法分类号: R655.3　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 古秀萍, 段娥英. 支气管异物纤支镜检查及安全性探讨[J]. 中国内镜杂志, 1998, 6(324): 42.

(编辑　薛国文)

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