DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.07.034

病毒性标志全阴性的肝炎患者应仔细询问其病前用药史,对于女性患者应询问有无服用消核片的病史,以便明确病因诊断。

本组资料显示服用消核片可引起不同程度的肝损害,严重者可导致急性肝衰竭。消核片所致的药物性肝炎的临床表现与病毒性肝炎基本相似,因而在临床上易误诊为病因不明的病毒性肝炎。但仔细分析发现本组病例仍具有以下特点:①血清AST升高幅度明显超过ALT,分别为(407.2±203.7)IU/L和(278.1±166.2)IU/L;②绝大多数患者有明显黄疸,其中半数以上的患者重度黄疸(血清TB≥171 μmol/L),且以直接胆红素升高为主[DB/TB为(63.7±14.9)%];③半数以上患者凝血酶原活动度明显异常,其中4例低于40%,达到急性肝衰竭的诊断标准;④黄疸持续时间较长[(9.6±3.1)周],半数以上的患者超过8周;⑤预后较好,30例患者中仅1例(3.3%)死于急性肝衰竭的严重并发症(感染性休克),其余29例经内科综合治疗痊愈出院。⑥全部为中青年女性,伴有乳腺增生症或乳房良性包块,且病前均有服用中药消核片的病史。

10例消核片所致药物性肝炎患者的肝组织病理改变与病毒性肝炎基本相似,但肝内胆汁淤积较明显,而肝细胞脂肪变性不明显。

综上所述,中药消核片可导致严重肝损害,甚至引起急性肝衰竭危及生命。中药消核片所致药物性肝炎患者病情较重、黄疸深、持续时间长,其肝损害程度与服药时间长短密切相关。因此,广大患乳腺增生症的女性患者服用消核片时应定期检查肝功能,最好改用其它药物治疗。

参考文献:

[1] 李爱月. 药物与肝炎[A]. 见:刘泽富,聂青和 主编. 病毒性肝炎的诊断与治疗[M]. 北京:人民军医出版社,2001.424-432.
[2] 廖莉琴. 试析中药所致药物性损害[J]. 中西医结合肝病杂志,2001,11(1):60-62.
[3] 盛家琦,王其南,卓 超. 中药消核片所致急性肝损害19例报告[J]. 中华肝脏病杂志,2000,8(2):104.
[4] 史文英. 消核片致药物性肝损害2例报告[J]. 中西医结合肝病杂志,1999,9(3):4.

(编辑 王 红)

文章编号:1000-5404(2002)07-0827-01

个案与短篇

复发性鼻喉腔浆细胞肉芽肿1例

A case report of recurrent plasma cell granuloma in nasal cavity and endolarynx

魏运军,张学渊 (第三军医大学附属西南医院耳鼻咽喉科,重庆 400038)

患者,女,56岁,1982年因双鼻持续性阻塞经某医院诊断为"鼻腔浆细胞肉芽肿",行鼻内径路肉芽肿摘除术,术后鼻阻缓解。1991年因"鼻腔浆细胞肉芽肿复发",行单纯放射治疗(剂量不详)后症状改善。1995年患者受凉感冒后出现声音嘶哑,经消炎药物保守治疗数月后声嘶仍逐渐加重,并出现劳累后呼吸困难,同年来我院就诊。入院后全身辅助检查未见异常,专科检查发现双鼻腔粘膜萎缩、糜烂,上覆脓痂。纤维喉镜下见左室带前端有一大小约0.8 cm×1.0 cm×0.7 cm的新生物,其表面光滑,边界清楚,部分掩盖左声带及前联合,致声门裂变小,但双侧声带活动不受限。在全麻下行喉裂开探查及新生物摘除术,术中见新生物表面光滑与正常粘膜无异,但质地稍韧。术后声嘶改善,呼吸通畅,病理诊断为"喉浆细胞肉芽肿"。1998年患者因出现声嘶加重伴劳累后呼吸困难再次入我科治疗,纤维喉镜下见双鼻腔粘膜仍广泛萎缩,未减肿物。双侧室带声带弥漫性肥厚隆起,动度下降,声门裂大小约3 mm,声门下气管粘膜亦有肥厚隆起,致气管腔呈向心性狭窄,向下迁延约1 cm,但其肿物表面均光滑红润。行支撑喉镜下新生物活检术,病理诊断仍为"喉浆细胞肉芽肿"。予60 Gy放射治疗后,复查发现喉腔及气管内肿物消退,同时声嘶好转,呼吸困难缓解。随访3年,病人声嘶无加重,未再出现呼吸困难。

讨论

浆细胞肉芽肿临床上不常见,据报道发生在消化系统如肝、胃等器官者较多,发生在呼吸道尤其是上呼吸道者少见,而象本例先后发生在上呼吸道多个部位者更是罕见。该病的病因尚不明了,国外有学者认为其可能的发病原因是:①变态反应的局部表现;②自身免疫性疾病;③不明原因的感染源引起的炎性病变[1]。

浆细胞肉芽肿属于炎性假瘤类疾病,病变处局部炎性增生,其中以大量浆细胞浸润为主,富含淋巴细胞及纤维组织,同时有较多的Russell小体[2],本例的病理表现符合上述特征。该病影像学及肉眼下与其它增生性病变无法鉴别,最后确诊有赖于病理学诊断。其主要应与浆细胞瘤相鉴别,浆细胞瘤属于一种低度恶性或交界性肿瘤,组织中纤维成份及其它炎性细胞极少,浆细胞胞质中核分裂象常见,而浆细胞肉芽肿中基本上都是成熟的浆细胞,其胞质中核分裂象很少。

该病的临床治疗原则,大多数学者认为手术切除肿块是首选方法[3],但对于范围较大及复发病例则选择放射治疗,也有人认为口服大剂量皮质类激素对该病有一定疗效。关于预后,一般认为手术切除后不会复发,更很少恶变及转移,而本例患

(下转829页)

作者简介:魏运军(1965-),男,湖北省武汉市人,主治医师,讲师,主要从事内耳微循环方面的研究,发表论文6篇。电话:(023)68752579
收稿日期:2002-03-10;修回日期:2002-05-15

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



图 2　膀胱移行细胞癌Ⅱ级 **CD44** 染色阳性　(S-P× 200)
Fig 2　Positive expression of CD44 in bladder transitional cell carcinoma grade Ⅱ　(S-P× 200)

2.2.1　CD44 蛋白表达与膀胱移行细胞癌分级的关系　55 例膀胱移行细胞癌中有 31 例阳性, 总阳性率为 56.4%, Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ级阳性例数分别为 6、12、13 例, 阳性率分别为 37.5%(6/16)、60.0%(12/20)、68.4%(13/19), 病理分级三者间比较差异无显著性意义($P>0.05$)。

2.2.2　CD44 蛋白表达与膀胱移行细胞癌大小的关系　55 例膀胱移行细胞癌中, 肿瘤大于 3 cm 者 33 例, CD44 蛋白阳性表达率为 60.6%(20/33), 小于 3 cm 者 22 例, CD44 蛋白阳性表达率为 50%(11/22), 两者相比较差异无显著性意义($P>0.05$)。

2.2.3　CD44 蛋白表达与膀胱移行细胞癌转移的关系　55 例膀胱移行细胞癌中, 有血管或淋巴管癌栓的 10 例, CD44 蛋白表达阳性率 90%(9/10), 无癌栓的 45 例, CD44 蛋白表达阳性率 48.9%(22/45)。两者比较差异有显著性意义($P<0.05$)。

2.2.4　CD44 蛋白表达与预后关系　本组 55 例获得随访结果的膀胱移行细胞癌中有 13 例复发, CD44 蛋白阳性表达 31 例中有 9 例, 复发率为 29%, 阴性表达 24 例中有 4 例, 复发率为 17%, 两者比较差异无显著性意义($P>0.05$)。死亡 12 例, 阳性表达 31 例中有 9 例, 病死率为 29%, 阴性表达 24 例中有 3 例, 病死率为 12.5%, 两者比较差异无显著性意义($P>0.05$)。

3　讨论

细胞粘附分子 CD44 基因定位于人类第 11 号染色体短臂, 有 20 个高度保守的外显子, 完整基因组在染色体 DNA 上大约跨越 50 kb。至少有 20 个外显子组合而成。外显子按其表达形式分为两种类型, 一种是组成型外显子, 另一种是 V 区变异型外显子。仅含组成型外显子的 CD44 称为标准型 CD44(CD44s), 含有 V 区外显子的 CD44 转录子统称为 CD44 拼接变异体(CD44 v)[2]。研究发现, CD44 蛋白和许多系统的肿瘤恶性程度和淋巴结转移密切相关[3]。

徐万海等[4]对膀胱活检组织 CD44 蛋白表达研究中发现浸润性膀胱癌明显高于浅表性膀胱癌。Lpponen 等[5]应用免疫组化分析 173 例膀胱癌 CD44s 表达认为与病理分级相关。我们对膀胱移行细胞癌 55 例进行 CD44 蛋白检测, 结果表明: 分化好的Ⅰ级膀胱移行细胞癌中 CD44 蛋白表达阳性率低于分化差的膀胱移行细胞癌, CD44 蛋白表达随组织学分级增高呈上升趋势, 但无统计学意义。

研究表明, CD44 在肿瘤转移过程中起着重要作用, CD44 在正常组织及癌组织中均有表达, 但它的高表达与转移有关, Hart 等[6]研究表明: CD44 高表达的癌细胞肺转移的能力明显高于 D44 低表达的癌细胞。我们结论与 Hart 得出的结论相符。本实验检测结果显示膀胱移行细胞癌中的有血管淋巴管转移的 CD44 表达阳性率 90%, 无血管淋巴管转移的 CD44 表达阳性率 48.9%, CD44 表达与膀胱移行细胞癌转移有显著性差异, 表明 CD44 在膀胱移行细胞转移中起一定促进作用。

本实验结果还显示, CD44 阳性表达与肿瘤大小及术后生存状态无关, 国内外研究中也得出相似结论。我们认为, 通过检测 CD44 蛋白在膀胱移行细胞癌的表达可作为预测转移, 判断预后, 提供一定依据。

参考文献:

[1] 杨秋霞, 赵贤妹. CD44 分子生物学特性及与肿瘤关系的研究进展[J]. 国外医学: 免疫学分册, 2000, 23(1): 12－15.

[2] Goldstein L A, David F H, Picker L J, *et al*. A human lymphocyte homing, receptor, the homes antigen, is related to cartilage proteoglycan core and link proteins[J]. Cell, 1989, 56(6): 1 063－1 072.

[3] Rall C J N, Rustgi A K. CD44 isoform expression in primary and metastatic pancreatic adenocarcinoma[J]. Cancer Res, 1995, 55(9): 1 831－1 835.

[4] 徐万海, 严秋哲, 任明华, 等. 膀胱镜活检组织 CD44 表达研究[J]. 实用肿瘤学杂志, 2000, 14(3): 187－189.

[5] Lipponen P, Aaltoma S, Kosma V M, *et al* Expression of CD44 standard and variant-v6 proteins in transitional cell bladder tumor and their relation to prognosis during a long-term follow-up[J]. J Pathol, 1998, 186(2): 157－164.

[6] Hart I R, Saini A. Biology of tumor metastasis[J]. Lancet, 1992, 339(13): 1 453－1 457.

(编辑　王　红)

(上接 827 页)

者鼻腔及喉部先后都接受过手术治疗, 但手术后数年均出现复发, 可能是由于病变处组织与周围正常粘膜界限不清, 加之手术区范围狭窄切除肿块不彻底所致, 改用放疗后随访 10 年和 3 年未再复发, 也未发现其它部位发生病变。因此, 我们认为对于浆细胞肉芽肿, 手术治疗时切不可因其为良性病变而过于姑息, 而对发生于鼻腔及喉部的病变, 因很难做大范围切除, 首先选择放射治疗可能是更好的方法。

关键词: 浆细胞肉芽肿; 鼻腔; 喉腔; 诊断治疗
中图法分类号: R739.62　　文献标识码: B

参考文献:

[1] Som P M, Brandwein M S, Maldjian C, *et al*. Inflammatatory pseudotumor of the maxillary sinus: CT and MR findings in six cases[J]. Am J Roentg, 1994, 163: 689－692.

[2] 刘彤华. 诊断病理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1994. 126－128.

[3] Batsakisw J G, Naggar A K, Luna M A, *et al*. "Inflammatatory pseudotumor": What is it ? How does it behave[J] ? Ann Otol Rhinol Laryngol, 1995, 104(4 Pt 1): 329－331.

(编辑　张　宁)

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