DOI:10.16016/j.1000-5404.1994.01.034

3.3 误诊原因分析

多普勒信号检出与病灶位置及深浅有关，邻近膈肌，特别是肥胖或肠气干扰者更困难，左肝深部因受心搏影响也不易检测多普勒信号，本文2例属此种情况误诊。血管瘤组中有半数边缘能检出动脉血流信号，虽多数RI<50%但也可以>50%，本组1例仅凭边缘动脉血流RI 57%而诊断为肝癌，致误诊，应引以为诫。

3.4 注意胎甲球假阴性

本文原发性肝癌组中有明确乙肝病史者94.8%(55/58)，而胎甲球阳性率仅43%(25/58)，提示胎甲球阴性者不能除外肝细胞肝癌的可能性。

3.5 彩色多普勒检查时需注意

(1)彩色多普勒显示直观性强可减少盲目性，缩短检查时间，但如未显示彩色血流时要用脉冲多普勒再行扫查，因脉冲多普勒较彩色多普勒敏感。(2)可换用低频探头扫查，因其敏感性高。(3)注意调整抑制，防止因抑制太大低速血流被滤掉。(4)尽量使体位调整到让探头最接近病灶的位置。

综上所述，彩色多普勒对原发性肝癌及肝血管瘤有重要的鉴别诊断意义，肿块内部及边缘均记录到动脉型血流频谱且RI>50%，特别是有动脉支伸入者为诊断肝恶性肿瘤的重要依据；而未记录到动脉型血流频谱或仅边缘处记录到，但RI<50%则考虑良性肿瘤；对边缘动脉RI>50%者应结合声像图特征、病史、体征或定期复查观察病灶动态变化，全面考虑后再作出诊断。

关键词 肝肿瘤/诊断；血管瘤/诊断；诊断，鉴别

中图法分类号 R735.7

参考文献

1 汪元芳.超声多普勒在肝脏实质性病灶的应用.中国医学影像技术，1992，8：62～63

2 张 海，张青萍.多普勒超声在诊断肝脏疾病中的应用现状.中华物理医学杂志，1991，13：186～188

3 王文平，徐智章.彩色多普勒和频谱多普勒体外模拟血流实验研究.中华物理医学杂志，1991，13：54～55

(收稿：1993-11-03；修回：1994-01-04)

脾脏原发性恶性淋巴瘤4例报告

蔡志民 马宏敏 杨新华 (第三军医大学西南医院普外科) 630038

脾脏原发性恶性淋巴瘤，临床上较少见。我院1988年7月至1993年5月收治4例，现报告如下。

例1 刘×，男，40岁，农民，四川岳池县人，住院号147646。发现上腹部包块1月余。1988年7月发现上腹包块，无痛感，不发热。当地医院B超发现脾大。1988年8月入我院。查体：一般情况好，全身皮肤无出血点，表浅淋巴结不肿大。左上腹向外膨凸，腹式呼吸正常存在。左肋缘下6 cm处扪及包块，质硬，表面光滑，周围界限清楚。局部压痛，无腹水。B超提示：脾内见15.6 cm×11.3 cm不均质回声。CT：脾肿大，脾脏后缘可见一三角形影。考虑脾内占位病变。9月9日在硬膜外麻醉下行全脾切除术，脾脏肿大，表面不光滑，呈紫黑色，质硬，与膈肌、侧腹膜粘连。病理检查：(病理号885528)脾22 cm×17 cm×11 cm，暗紫色，切面呈鱼肉样，分叶状，与脾组织分界不清，部分区域呈灰黄色，诊断：脾脏非何杰金氏淋巴瘤。术后3年来院复查，未发现转移灶。

例2 刘×，男，50岁，干部。四川万县地区邮电局干部。住院号168529，因左季肋部疼痛，上腹部饱胀感1年，加重20 d，1990年8月入我院。查体：全身表浅淋巴结不肿大，腹平软，左季肋部叩击痛明显，肋下可及脾脏。脾上界位于左腋中线7肋间。腹水症(－)。脾脏B超提示：脾不规则肿大，内可见以弱回声为主要的网状结构。考虑脾内占位。CT：脾肿大，密度不均，有多数大小不等密度均匀边界模糊的圆形低密度区，病灶大者4.6 cm×5.4 cm。9月在硬膜外麻醉下行剖腹探查术，脾切除术。术中发现脾脏不规则肿大，灰暗色，表面不平，有结节感。脾门处可见1.2 cm×0.5 cm，2.0 cm×2 cm质硬的淋巴结。病理检查(病理号906633)脾大为15 cm×8 cm×5 cm，切面见脾组织内有大小不一的灰白结节，淡黄色，不规则。脾内结节镜检可见瘤组织细胞，呈椭圆形，胞浆少，红染。诊断：脾原发性恶性淋巴瘤。同年10月出院。出院后随访2年未发现异常。

例3 卢×，男，54，四川华蓥光学仪器厂干部，住院号195574。发现脾大10月。于1993年4月入院。1992年6月扪及左上腹包块，活动后，呼吸费力，不发热。查体：表浅淋巴结不肿大，腹部隆起，未见静脉曲张。肝剑下5～6 cm。脾下极平髂嵴平面，边缘钝，欠光滑，尚活动，脾上界在左腋中线第7肋间，无腹水征。B超发现脾前后径7 cm，核素扫描见脾显淡影。于4月在全麻下行全脾切除术，术中发现：脾颜色灰暗，质硬，表面凹凸不平。脾大30 cm×20 cm×8 cm，与周围无粘连。脾门有散在肿大的淋巴结，质硬。顺利切除脾脏。病理切片：(病理号932102)脾脏及淋巴结见大量增生的淋巴细胞，淋巴滤泡消失，部分细胞有异型，偶见核分裂。诊断：脾原发性弥漫性小细胞性恶性淋巴瘤。1993年4月出院。

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

例4 曹×，男，64岁，退休干部，湖南长沙市人，住院号195236。9年前发现脾大，未引起注意，9年间脾渐增大，近2年增大迅速，走路时费力，左季肋部疼痛，上腹饱满。无黄疸史。于1993年4月3日入院。查体：营养中等，全身淋巴结不肿大，上腹隆起，可见胃形及左上腹凸起，无腹壁静脉曲张。脾边缘纯，质硬，表面不平，活动度差。脾上界位于腋中线第7肋间，脾肋下20 cm，(已进入盆腔)4月6日在硬膜外麻醉下行剖腹探查，全脾切除。脾30 cm×25 cm×12 cm，呈紫黑色，表面不平，脾门淋巴结不肿大。脾重2 800 g(放脾血后)。病理检查：脾脏多处取材观察，见改变基本一致。正常脾组织被破坏，为片状瘤组织浸润，脾小体结构消失。诊断：脾脏原发性弥漫型非何杰金氏恶性淋巴瘤，累及脾门及淋巴结。

讨论

脾原发性恶性肿瘤较脾良性肿瘤更为罕见。脾原发恶性淋巴瘤1931年 Kaumhber 作了首例报道，国内江晴芬1944年报告了3例。1965年 Das，Gupta 综合报道198例[1]。后见零星报道。国内曲度1986年收集41例，Krumbhaar 统计脾原发性恶性淋巴瘤仅占恶性肿瘤的0.64%[2]。脾原发性恶性淋巴瘤原发于脾脏淋巴组织，包括原发性何杰金氏病和脾原发性非何杰金病。我院4例中，2例属非何杰金病恶性淋巴瘤，2例为小细胞型弥漫型恶性淋巴瘤。其临床共同点是：无长期发热，全身淋巴结不肿大，脾脏不规则肿大，无脾功能亢进。本组4例均有上述特点。其临床体征主要是：①脾肿大。本组4例均有肿大，例1、3、4堪称巨脾。特别是例4，脾大30 cm×25 cm×12 cm，重量达2 800 g。②脾渐进性增大，脾区疼痛。本组例1、4表现明显。③可出现恶性肿瘤的体征：消瘦，贫血等。本组4例表现不明显。④病脾一般颜色较正常脾深暗，多呈紫黑色，表面凹凸不平，有的出现结节。本组4例除例1外均有此表现。在辅助诊断方面，B 超、CT，可显示脾本身病变及病变与周围组织之关系，均可对诊断提供一定的参考价值。根据我们对4例患者诊断与治疗的体会认为：脾原发性恶性淋巴瘤早期无特殊的症状，以脾大为主，有相当的病例的确诊，仍需手术探查及病理学检查。在治疗上提倡，早期发现，早期诊断，早期手术治疗。切脾后辅以放疗、化疗效果更好。本组例3、例4均行化疗与放疗，效果较好。我们收治4例中，例1、2术后已2～4年仍健在。

关键词 脾肿瘤；淋巴瘤

中图法分类号 R733.2

参考文献

1 Howard A, Reber MD. The diseased spleen in "Surgery of The Spleen." Revised English Edition. New York: Thieme Inc, 1986. 967

2 夏穗生，火旭东. 现代脾脏外科学. 南京：江苏科学技术出版社，1990. 47

(收稿：1993-05-18；修回：1993-12-04)

水浴治疗尿毒症的初步探讨

杨惠标 缪兴文 张 莉 (第三军医大学新桥医院肾内科) 630037
陶 淯 (第三军医大学新桥医院检验科) 630037

腹膜透析、血液透析治疗尿毒症疗效确切，但治疗费昂贵；胃肠透析，药物治疗疗效很有限。我们根据皮肤汗腺的排泄功能，采用温水浴治疗尿毒症，旨在探索尿毒症治疗的新途径。

1 材料与方法

1.1 研究对象

正常健康人34例，男32例，女2例，年龄16～64岁，平均29.7±12.1岁。尿毒症患者8例，男4例，女4例，年龄20～47岁，平均39.4±8.0岁，BUN 19.7±2.3 mmol/L，Scr 790.2±171.5 μmol/L，原发病为慢性肾小球肾炎。入院前病人低蛋白饮食已1月以上。入院时病人均有不同程度的头昏、乏力、恶心、食欲减少及皮肤骚痒等症状，自愿接受水浴治疗。

1.2 方法

1次性收集34例健康人体力劳动时汗液标本，测定其钾、钠、氯、二氧化碳结合力、阴离子隙(Anion gap，AG)、尿素氮、肌酐浓度。在优质低蛋白饮食情况下，每周测定1次病人的BUN、Scr、血钾、血钠、血氯、二氧化碳结合力，2～3周后，病人开始水浴治疗，水温38～40℃，每次1.5 h，每日2次，每次水浴前后测体重、血压，疗程为2～6周，治疗前后各项参数均以平均数加以比较，经 t 检验。

2 结果

正常人汗液有关成分浓度见表1，病人每次水浴后体重平均下降0.63±1.05kg，血压无明显变化，水浴治疗前后血生化参数见表2。治疗后病人精神、食欲好转，皮肤骚痒减轻或消失，血清钠、氯无明显变化，钾、BUN、Scr 下降，二氧化碳结合力上升。

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