DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.05.035

讨 论

白血病脊髓损害多在胸段，起病急，进展快，常见于青年男性。本病例具有如下特征：（1）急淋的神经损害多见于后期，本病例却为首发症状[1]。（2）有两次一过性截瘫[2]，并有一过性脑膜刺激征，临床少见。（3）腰穿发现椎管时阻时通，脑脊液蛋白含量在阻塞时明显增高，而常规及压力正常[3]，溶菌酶增高、β_2-微球蛋白及铁蛋白不高。（4）CT证实经治疗病灶可变小直至消除。（5）CT发现病灶在胸$_8$，而造影发现梗阻部位在胸$_{12}$，有可能提示存在多处病灶或脊髓下段受累水肿。（6）左侧SEP各波消失，与CT发现左侧病灶相符，而VEP异常说明病变不局限于脊髓。可见诱发电位在诊断上有一定意义。（7）激素治疗症状亦可缓解，且以植物神经功能先恢复，与症状出现顺序相反。抗白血病治疗可达到完全缓解。

我们认为，在脊髓病变定性困难的病例，应考虑到白血病的可能，并注意有无神经系统的其他表现。确诊有赖于反复检查血及脊髓象。

参 考 文 献

1. 陈萱萱，等。以神经系统损害为首发症状的急性白血病5例报告。中华血液学杂志 1987；8:498
2. 张锦铃。急性白血病并发截瘫。新医学（神经精神疾病副刊）1972；2:106
3. 常义。白血病并发脊髓压迫症3例报告。神经精神疾病杂志 1980；6:113

（收稿：1989.11.16；修回：1990.07.04）

食管粘膜下海绵状血管瘤1例报告

向明章 钟伯龙 路作新 齐悦国（新桥医院 胸外科）

谢 青（新桥医院 病理科）

我院收治1例食管粘膜下海绵状血管瘤，现报告如下。

1 病 例 摘 要

男性，28岁，因上腹间歇性隐痛、反复呕血、解黑便3个月，于1988年5月26日入院。

始于1988年2月剑突下隐痛不适，呕鲜血3口，解黑便，当地医院考虑“上消化道出血”而转入我院。入院检查：面色苍白，贫血貌，大便隐血试验强阳性。食管吞钡摄片见：食管下段部分狭窄，长约8 cm，管壁充盈缺损，未见粘膜破坏，上段食管扩张；考虑食管下段癌或癌肉瘤。胃镜见：距门齿30cm始可见食管小弯侧前有一条状物突入腔内，并有片状糜烂和出血点，粘膜质脆、易出血，食管腔狭窄；诊断：食管中下段癌。于1988年7月1日施行开胸探查，行食管部分切除、食管胃吻合术。巨检：食管标本粘膜面有一卵圆形肿物突入腔内，大小约7.2cm×3.6cm×2.5cm，切面呈海绵状，质软，有血性分泌物溢出；镜检：瘤组织表面被以食管粘膜上皮，上皮以下为疏松纤维组织，其间见大量扩张的腔隙状结构及一些薄壁小血管，内表面衬以单层扁平上皮，管腔内充满红细胞，纤维间质内散在小淋巴细胞及含铁血黄素沉积。病理诊断：食管粘膜下海绵状血管瘤。术后随访1年8个月，效果良好。

2 讨 论

食管血管瘤在临床上发病率极低，Plachta总结432例食管良性肿瘤时，食管血管瘤只有9例(2.1%)[1]。食管粘膜下海绵状血管瘤更属罕见，国内未见报道。

海绵状血管瘤临床症状很不典型，瘤体小者多无症状，有的可有咽喉部异物感；肿瘤较大时，可有吞咽困难，但很少影响正常饮食，病程一般较长；食物积滞引起食管炎时，可有上腹痛或胸骨后灼痛；病变累及粘膜层时，可有出血，如呕血、便血，有的相当严重[2][3]。

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

食管吞钡X线检查有鉴别诊断意义，充盈缺损呈圆形或卵圆形，边缘光滑整齐，管壁柔软，肿瘤表面粘膜皱襞因机械性挤压大多消失但无溃疡，对侧粘膜皱襞可因肿物推压而密集成束，在肿瘤之上方扩展为扇状[2]。此资与食管癌相鉴别。食管镜检查有助于明确病变范围及排除其他食管疾病，镜下所见为粘膜下隆起包块，呈蓝色或暗红色，屈曲如蚯蚓形者与门静脉高压性食管静脉曲张不易区别，对怀疑血管瘤，则切忌咬取活检，以免引起粘膜穿破或不易控制的大出血[3]。最后诊断有赖于手术探查和病理检查，术中可触及食管肿块柔软，呈压缩性，但无搏动。

食管粘膜下海绵状血管瘤可采用放射治疗和手术治疗。食管镜下诊断海绵状血管瘤时，可行放射治疗，腔内放疗更优。已出现临床症状的海绵状血管瘤，累及范围难以判断，多向纵深蔓延，分界甚不明显，切勿轻率作为小手术进行，可行食管部分切除、食管胃吻合术。

参 考 文 献

1. Plachta A. Benign tumors of the esophagus: review of the literature and report of 99 cases. Am J Gastroenterol 1962; 38:639
2. 宋汝良。食管X线诊断学。天津科学技术出版社，1982:57～59
3. 邵令方，等。食管外科学。河北科学技术出版社，1987:499～500

（收稿：1990.03.20；修回：1990.07.19）

颅眶沟通型视神经鞘膜瘤1例报告

陈广鑫 邹咏文（大坪医院 脑外科）

高奉浮 雷显谋（大坪医院 病理科）

患者男性11岁，左眼突出3年余，视力下降1年，于1985年11月26日入院。检查：神志清楚，右眼视力1.5/1.5，左眼无光感，右侧视乳头正常，左侧视乳头苍白黄斑部及周围水肿。瞳孔右0.2cm对光反应灵敏，左侧0.4cm对光反应消失。眼球运动正常。眼球突出度：右眼12mm、左眼22mm。余颅神经、运动、感觉、反射均无异常。左眼B型超声检查提示球后有实质性包块。X线摄片见左侧视神经孔明显扩大，直径1cm，左眼眶扩大。左侧颈动脉造影可见眼动脉明显呈弧形，向下移位，末稍增粗。于1985年12月11日在全麻下行开颅探查：左侧视神经被肉红色肿瘤包绕增粗约有0.7cm×0.8cm向前达视神经孔。鉴于术前早已完全失明在视交叉前0.6cm近肿瘤处切断视神经。然后由硬膜外凿开眶壁及视神经管上壁切除眶内段肿瘤4cm×3cm×3cm。病理光学显微镜观察：瘤细胞以梭形细胞为主，胞核梭形略呈波浪状，作漩涡状、编织状及假栅栏状排列，细胞分布不均，可见细胞密聚及稀疏区。稀疏区显粘液样变性。瘤细胞无明显异型性，未见核分裂相（见图）。诊断：视神经鞘膜瘤。术后2年行左侧颈动脉造影复查眼动脉走行正常。至今右眼视力1.5视野正常，左眼失明眼球轻度下陷，在校学习。

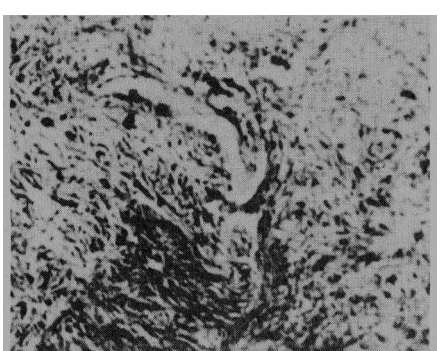


图 瘤细胞呈梭形、假栅状、漩涡样排列，可见细胞密聚区和稀疏区。HE×100

讨 论

不论何种病理性质的肿瘤如同时相连于颅腔和眶腔可称为颅眶沟通性肿瘤[1]。视神经肿瘤可经视神经孔向颅内发展。视神经鞘膜瘤少见，它起源于Shwann氏细胞，肿瘤沿着神经鞘向颅内外发展即构成颅眶型肿瘤。本例单眼突出和病侧眼眶、视神经孔扩大，颈动脉造影眼动脉主干呈弧形向下移位

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