DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.05.036

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。

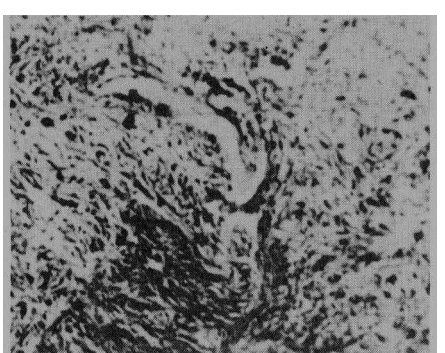


图 瘤细胞呈梭形、假栅状、漩涡样排列，可见细胞密聚区和稀疏区。HE×100

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

均符合颅眶沟通性肿瘤改变，与颅眶沟通性脑膜瘤类似。CT扫描有助于正确诊断。视神经鞘膜瘤起源于视神经膜细胞对视神经是一种机械压迫，故视力障碍出现较晚。但后者除视神经孔扩大外，常伴有局部骨质增生或破坏。本例患儿眼球突出2年后才出现视力下降。而视神经胶质瘤视力障碍则出现早。蔡氏报告2例颅眶沟通型视神经胶质瘤早期表现视力下降[2]。手术全切除是根治视神经鞘膜瘤的最好办法。先切除颅内段肿瘤。术中应尽量保护视交叉以免健侧视力受损。再在硬膜外凿开眶顶及视神经管直视下切除神经管及眶内肿瘤。尽量减少眶内组织损伤，视力完全丧失者，可切除视神经。本例全切除术后随访4年情况良好。

参 考 文 献

1. 王忠诚。神经外科学。第1版，1979；433
2. 蔡用武。颅眶沟通型视神经胶质瘤二例报告。中华神经外科杂志：1986；3:170

（收稿：1989.11.16；修回：1990.03.08）

变应性亚败血症（附8例报告）

刘 平 沈寒放 汪 瑜（西南医院 呼吸科）

变应性亚败血症（Subsepsis allergica）是病因不明、以长期反复发作的弛张热、一过性皮疹、短暂的关节肿痛及白细胞升高、血沉快、血培养阴性等为特征的一种综合征。我院从1978年～1988年诊治本症8例，现将临床资料及部分随访结果报道如下。

1 病 例 资 料

1.1 临床表现

本文8例均为住院病人，8岁以下5例，18岁～51岁3例，男5例，女3例。

1.1.1 发热：是最常见的症状，本组除1例低度～中度热外，均为弛张高热，一天中最高达40℃以上，部分患者数小时后可降至正常。2例发热前有寒战，热退时出大汗，酷似疟疾，但发热时查血未见疟原虫。高热时神志清楚，一般状态较好，热退后活动如常。

1.1.2 皮疹：8例均有皮疹，以躯干四肢为主，可累及全身，疹形不定，有点状红色丘疹、斑丘疹、麻疹样荨麻疹、多形性充血性红斑，可持续数天，部分患者热退疹退。

1.1.3 关节症状：本组除1例6月*婴儿不能诉说外，其余患者均有关节症状，以肩肘膝踝等大关节为主，4例表现为红肿痛，3例为酸痛，局部皮肤无明显发热，热退后关节肿痛消失，无功能障碍。

1.1.4 其他：肌肉酸痛2例，浅表淋巴结肿大6例，肺部有细湿罗音2例，肝脾肿大2例，1例在治疗过程中出现双侧胸腔少量积液。

1.2 实验室检查

血常规白细胞*≤20×10^9/L 3例，>20×10^9/L 5例，最高达34×10^9/L，中性粒细胞占60%～90%，急性期血沉均增快，最高达134mm/h，蛋白电泳以γ及α_2球蛋白增加为主，抗链"O"正常，RF、ANA、LEC均（-），血培养及骨髓培养（-），骨髓象4例正常，3例感染性骨髓象，1例反应性网织细胞增生。

2 讨 论

2.1 年龄

本症分为儿童型及成人型，国外资料主要为儿童型[1]，国内闵氏[2]报告60例，儿童型占35%，本文儿童型占62.5%。

*入院第一次外周血

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