DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.02.043

每片9个～109个，平均为46个/片。

以往的观点认为IDA时骨髓巨核细胞数正常或无明显变化。本文135例结果平均数增多，半数以上（56.3%）病人巨核细胞超过100个/片；18例减低（13.3%）。IDA患者，铁作用于血小板的生成可能通过两条途径：（1）血清铁降低时，某种抑制血小板生成素形成的因素可能被去除，使这种生成素的作用得到发挥；（2）铁又是巨核细胞产生血小板时所必需的物质，故补充铁剂可使缺铁情况下的血小板生成明显增多[2]。本组40/106例血小板减少，其中33例巨核细胞40个～456个/片（平均189.9个/片），另7例巨核细胞8个～35个/片（平均24.6个/片），故巨核细胞增多或减少除与血小板数有关外还可能与血小板功能有关。有人对62例IDA妇女进行了血小板粘附性及聚集性检测，结果发现伴有出血的IDA患者血小板功能有明显改变，认为出血引起体内持久铁缺乏，造血处于再生低下状态伴长期缺氧可能导致巨核系统机能失调和加重易出血症候群[3]。巨核细胞分类的结果提示IDA时颗粒巨增多、产板巨有减少趋势且见较多的退化型巨核细胞，需预防可能导致的出血倾向。

本文男女性别、年龄相差显著与病情有关。缺铁时巨核细胞及血小板数的改变应引起临床的高度重视。为此作者强调，IDA时在补足铁剂的同时，对临床出血严重者还应考虑止血和纤溶系统失调而修正治疗。

参考文献

1. 余振玉。骨髓巨核细胞像之研究。中华内科杂志 1960；5：428
2. 邓家栋。临床血液学。上海：上海科学技术出版社，1985：6
3. 王文秀。缺铁性贫血患者的止血和纤溶状态。国外医学：输血及血液学分册 1985；8（2）：117

（收稿：1990.02.16；修回：1991.01.14）

新生儿及其母亲血清铁蛋白分析

盛锡联 李 杰（西南医院 儿科）

母奶或牛奶中含铁量很低，故胎儿期体内贮存铁是婴儿生后头几个月合成血红蛋白所需铁的重要来源。但孕妇妊娠后期常发生贫血，有些甚至是重度贫血，这对胎儿贮存铁有无影响，目前尚有争议。我们对39例正常孕妇及其新生儿进行观察，以了解孕妇的铁营养状态与胎儿贮存铁之间的关系。

1 对象、方法与结果

39例正常妊娠产妇及其新生儿（男20，女19），均足月顺产，体重2.5kg～4.1kg。孕妇取第1产程静脉血，新生儿取脐静脉血。用放射免疫法测定血清铁蛋白（SF）。结果：

（1）SF实测范围孕妇为0.002nmol/L～0.35nmol/L，均值0.077±0.062（$\bar{x}\pm s$）；新生儿为0.133nmol/L～0.917nmol/L，均值0.464±0.206nmol/L（$\bar{x}\pm s$），两者差别有非常显著意义（$t=11.28>t_{0.005}$，$P<0.005$，用t检验）。

（2）将39例孕妇的SF值与新生的SF值作相关分析，两者无相关关系。〔$r=0.088<r_{0.25}(39)$，$P>0.25$〕

（3）有8例孕妇SF值小于0.033nmol/L，均值0.021nmol/L，另8例大于0.1nmnl/L，均值0.158nmol/L。将这两组孕妇的新生儿SF值进行比较，差别无显著性。（$t=56.5$，$P>0.1$，用秩和检验）。

2 讨 论

孕妇贮存铁一般随妊娠时间而下降，后期常降至贫血水平。SF是反映体内隐存铁最敏感的指标，故我

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

们测定了孕妇临产前及新生儿脐血中的SF值，两者可分别反映孕母和胎儿妊娠后期的铁营养状态。测定结果说明，孕妇贮存铁高低与胎儿贮存铁无关，无论孕母铁营养状态如何，胎儿都要按自己的需要从母体获得足够的铁营养。故足月儿在新生儿期不必补铁。婴儿期患贫血主要是后天因素所致，应及时补充含铁丰富的辅食。但妊娠后期孕妇还是应补充铁剂，改善铁营养状态，提高对分娩时出血及感染等的耐受性。

新生儿脐血比母亲血中SF高数倍，提示铁经胎盘到达胎儿不是简单的被动扩散，而是逆浓度梯度的主动转运，胎盘在转运中起调节作用，但具体机制不清，有待进一步研究。

（收稿：1990.06.15；修回：1991.01.14）

脑血管网状细胞瘤

高伯元　王宪荣（西南医院　脑外科）

我院1972年至1987年共收治颅内肿瘤1000余例，其中脑血管网状细胞瘤12例，约占1.2%。现分析报告如下：

1　临　床　资　料

男9例，女3例。年龄15岁～53岁，平均34岁。病程7天至2年8个月，平均5个月。头痛10例，呕吐9例，头昏、旋晕7例，视力下降4例，失语1例，癫痫1例。眼底水肿12例，颈项强直6例，小脑体征6例。腰穿6例，压力均＞1.96kPa，蛋白定量除1例正常外，其余为1g～3g/L。颅骨平片示高颅压征8例。颈动脉造影发现幕上肿瘤及脑积水各2例。脑室造影提示小脑半球占位7例。CT扫描发现小脑半球肿瘤3例，其中实质性肿瘤1例，CT值62Hu；囊性肿瘤伴1cm～2cm直径的瘤结节2例，瘤结节的CT值为53Hu及61Hu。手术全切除肿瘤12例，其中大脑半球2例，小脑半球10例。均经病理证实为脑血管网状细胞瘤。痊愈出院12例中获得随访10例，其中恢复工作9例，生活自理1例。随访期平均4.3a。2例病人分别在术后7a、8a复查CT扫描，未见肿瘤复发。

2　讨　　论

血管网状细胞瘤又称血管母细胞瘤，其发病率约占颅内肿瘤的2%，肿瘤常生长于幕下，大多囊性及单发，如发现多器官病灶者又称Von Hippel Lindan氏病。发病年龄多为中青年。本组血管网状细胞瘤12例，约占同期颅内肿瘤的1.2%，囊性10例，实质性2例，肿瘤均单发，平均年龄34岁，与文献报告相似[1][2]。

脑血管网状细胞瘤大多生长于小脑半球，临床上常表现颅内压增高及小脑体征，CT扫描应用于临床之前，诊断主要依靠脑室造影、椎动脉造影、颈动脉造影，但仅能确定肿瘤的部位，定性往往困难。如动脉造影发现“戒指”状瘤结节及略增粗的供血动脉和引流的静脉时，对囊性血管网状细胞瘤的定性诊断有一定的帮助。CT扫描的临床应用，使囊性血管网状细胞瘤在术前获得了可靠的定位、定性诊断，常见巨大低密度囊性病灶伴增强的细小瘤结节。但有人报告CT扫描对实质性血管网状细胞瘤仍难作出定性诊断，需与脑膜瘤、胶质瘤、听神经瘤及动静脉畸形等鉴别[3]。

本组病人的病程平均长达5个月，直至颅内高压症状加重而确诊，故早期易误诊。7例病人长期头昏、旋晕按美尼尔氏综合征治疗无效，占58%，此症状可能与高颅压、肿瘤刺激前庭神经及迷走神经有关。2例病人因头痛、颈项强直在院外误诊为结核性脑膜炎，抗痨治疗分别达3个月及半年之久。因此，在基层医疗单位，早期无视乳头水肿或颈项强直的情况下，腰穿应作为鉴别诊断的重要方法之一。本组腰穿6例，无1例符合脑膜炎。但当颅内压增高症状严重，腰穿可并发或加重脑疝导致呼吸停止，应视为禁忌。

血管网状细胞瘤属良性肿瘤，手术切除肿瘤是治疗血管网状细胞瘤的主要方法。囊性肿瘤在吸除囊液后，瘤周脑组织往往回缩，易将较小的瘤结节埋于脑组织内。本组借助冷光源等良好照明，多于囊壁上

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