DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.02.002

cases, which was accompanied with a signifcant decrease of Cp positive rate, an increase of gastric neutral mucus, and a significant reduction of mucosal infiltration of inflammatory cells. Our data suggest that the determination of GTPD is a simple and useful parameter to evaluate the efficacy of certain therapy for gastric mucosa.

Key words gastric transmucosal potential difference; gastric mucosal barrier; chronic gastritis; therapeutic efficacy evaluation

肠系膜巨大粘液脂肪肉瘤一例

葛海燕 罗云生 晏才杰（新桥医院 普外科）

患者梁××，女性，46岁，农民。缘因“间歇性腹痛伴腹部肿块3个月”于1989年3月17日收住我科。患者于1988年12月下旬出现间歇性下腹部隐痛或刺痛，每次持续15min～30min，不向它处放射，自然缓解。同时，下腹部可触及一肿块，并进行增大。入院前半个月，出现食欲减退，劳动力下降。发病后无发热、恶心、呕吐和大便习惯或性状的改变。既往无重要病史。月经规则，15岁$\frac{3d\sim5d}{28d\sim30d}$，经量中等，末次月经1989年2月23日干净。查体：发育正常，营养中等。脉率76/min，呼吸14/min，血压14/10.4kPa。腹部膨隆如妊娠7个月大小，腹壁浅静脉无怒张，脐不凸出，无胃肠型。腹壁柔软，无压痛。肿块边缘清楚，表面光滑，质地柔韧，似有囊性感，无触痛。移动性浊音阴性，肠鸣音正常。B超检查：子宫正常大小，腹部巨大实质性包块。胃肠钡餐检查：腹部包块来自盆腔，胃、小肠、回盲部均明显向上移位，中下腹无肠袢影。实验室检查：血红蛋白量118g/L，白细胞计数10×10^9/L，嗜中性粒细胞0.72，淋巴细胞0.25，单核细胞0.03。大便隐血试验阴性。血沉32mm/h，癌胚抗原2.38μg/L，AFP<25μg/L。肝功、肾功、血生化、酶谱均在正常范围。临床诊断：（1）卵巢肿瘤；（2）卵巢囊肿；（3）平滑肌瘤。

1989年3月24日在持续硬膜外麻醉下行剖腹探查术。术中见肿块占据全腹腔，有完整包膜，质地柔韧，下极与膀胱底部轻度粘连，后壁与后腹膜粘连。分离肿块与周围组织的粘连后，见肿块来自回肠系膜及其根部。由于肿块紧贴肠系膜根部血管及腹主动脉，该处行包膜下分离切除，剜出整个肿块后，再剪掉残留包膜。病理检查：大体观，肿块大小为30cm×30cm×15cm，重7000g，表面红褐色，切面实性，灰白间浅黄色；质地韧，滑粘，血供丰富。镜检：肿瘤组织主要由疏松的纤维组织及粘液区构成，大多数细胞为长梭形，有的为星形或见多核细胞，粘液区见网状血管，瘤细胞稀，少数瘤细胞较大，偶见脂母样细胞，存在核分裂相；AB染色阳性，脂肪染色有些瘤细胞内可见细颗粒脂点。病理诊断：肠系膜巨大粘液脂肪肉瘤。

术后患者恢复顺利，无并发症发生，切口一期愈合，术后第14天出院。经过随访，患者目前健康良好，食欲与劳动力与发病前一样。

（收稿：1990.09.18；修回：1990.12.20）

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