DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.02.044

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

方发现瘤结节，并将其全切。实质性肿瘤血供丰富，应逐一将肿瘤血管电凝切断，分离瘤周，完全切除肿瘤一般不困难。当少数肿瘤与脑干等重要神经结构紧密粘连时，可借助显微镜、双极电凝器等，仔细将其切除，确有困难者可残留部份肿瘤，术后予以大剂量放射治疗，可降低肿瘤的复发率[3][4]。本组12例全部切除肿瘤，痊愈出院。随访10例，均无复发，其中2例分别于术后7 a、8 a复查CT扫描，不仅肿瘤未见复发，而且脑室亦恢复正常大小。因此，血管网状细胞瘤的全切除是防止肿瘤复发的关键。[1]

参 考 文 献

1. 赵雅度 曹家康。血管网织细胞瘤100例报告。神经外科通讯 1973；2：33
2. 中国人民解放军总医院、第四军医大学主编。实用神经外科学。北京：战士出版社 1978：602
3. 徐启武 季耀东。颅内实体性血管母细胞瘤29例临床分析。中国神经精神疾病杂志 1987；6：321
4. Sung DI, Chang CH, Harisiadis L. Cacer 1982:49:553

（收稿：1989.05.25；修回：1990；12.25）

系统性红斑狼疮病人雷诺氏现象的临床意义
（134例系统性红斑狼疮分析）

吴先林 何云志（新桥医院 皮肤科）

继发性雷诺氏现象最常见于系统性硬皮病，也常见于系统性红斑狼疮（SLE）。一般认为它是SLE预后良好的指征之一[1]。国内尚未见SLE病人雷诺氏现象临床意义的专题报告。为此，作者分析我院近10年来雷诺氏现象资料完整的SLE134例，探讨其临床意义。

1 临床资料、实验室方法及标准

1.1 临床资料

符合ARA1982年诊断标准的SLE病人134例（女123，男11），年龄12岁～63岁，病程15a～23a。

1.2 实验室方法

（1）抗核抗体（ANA）：鼠肝基片间接免疫荧光法；（2）dsDNA抗体：放免法和马疫锥虫间接免疫荧光法；（3）循环免疫复合物（CIC）：PEG沉淀法；（4）狼疮带试验（LBT）：取材部位、染色方法和荧光强度标准见前文[1]。

1.3 标 准

（1）雷诺氏现象诊断标准：有典型指（趾）皮肤发凉、苍白，伴或不伴紫绀，遇冷或冬季明显；（2）临床分型标准：见前文[3]；（3）疾病活动性标准：见前文[2]。

2 结 果

2.1 发病率

134例SLE中有雷诺氏现象者29例，发病率21.6%，全部为女性。

2.2 死亡率

限于条件，本组病人未做作全面随访，确切死亡率不明。但有雷诺氏现象者至少有5人死于本病，故死亡率至少为17.2%，同期随机随访的50例无雷诺氏现象组死于本病者8人，死亡率为16.0%。

2.3 雷诺氏现象与疾病活动性、临床及实验室指标的关系

资料分析表明，雷诺氏现象与疾病活动性、蝶形红斑、血沉↑（>50mm/h）、浆膜炎、关节痛或关

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