DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.02.045

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7a、8a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

节炎、心受累、肺受累、肝肿大、肾病、Hb↓(<100g/L)、WBC↓(<4.0×10⁹/L)、血白蛋白↓(<35g/L)、脱发等均无关联($P>0.05$)。

2.4 雷诺氏现象与临床疾病分型的关系

资料分析表明，雷诺氏现象与肾病型、皮肤关节型和血液病型等临床病型无关联($P>0.05$)。

2.5 雷诺氏现象与免疫学指标的关系

资料分析表明，雷诺氏现象与ANA、dsDNA抗体、血清补体(CH_{50}、C_3)、血IgG、IgM、IgA浓度、LBT阳性率及皮肤基底膜带IgG、IgM、C_3沉积无关联($P>0.05$)，但与CIC↑($P<0.02$)、皮肤基底膜带IgA沉积($P<0.05$)有关联(见附表)。

附表 雷诺氏现象与免疫学指标的关系

免疫学指标	雷诺氏现象		P值
	阳性	阴性	
CIC↑	50.0(8/16)*	16.2(6/37)	<0.02
皮肤IgA沉积	26.3(5/19)	7.4(4/54)	<0.05

* 百分数(阳性数/检查数)

3 讨 论

SLE的皮损分特异(诊断)性和非特异性，但与疾病有关的皮损两大类，雷诺氏现象属后者，发病率18%～45%，差别之大是否与地区(气候)有关，尚无定论。本组发病率21.6%能否代表重庆地区发病率，尚待积累更多资料。

有报道：雷诺氏现象阳性的SLE病人关节炎、蝶形红斑、光过敏、荨麻疹、心包炎、胸膜炎发生率高，而肾病发生率低，本文资料未显示这些差异。

关于死亡率：Zitnan的有雷诺氏现象组为5.4%，无雷诺氏现象组为14%。Dimant的有雷诺氏现象组为16%，无雷诺氏现象组为30%，他们认为雷诺氏现象可作为SLE预后良好的指征。本文资料显示雷诺氏现象组死亡率不低于无雷诺氏现象组，认为雷诺氏现象不宜作为SLE预后良好的指征。

雷诺氏现象发病机理较复杂，小动脉对冷的遗传过敏，交感神经活动过度，血液粘度、血浆蛋白、血小板聚集和纤维蛋白的改变以及免疫复合物等均可能与发病有关。本文显示雷诺氏现象阳性组血清CIC↑及皮肤基底膜带IgA沉积(代表组织IgA类IC沉积)发生率高，提示在SLE病人中，免疫复合物可能是雷诺氏现象的发病因素之一。

综上所述，我们认为：有雷诺氏现象的SLE病人，其临床表现、疾病活动性、疾病严重程度和预后与对组织无明显差异，雷诺氏现象不宜作为预后良好的指征。

参 考 文 献

1. Zitnan D. Raynaud's Phenomenon and Systemic Lupus Erythematosus. Bratisl Lek Listy 1981; 75 (5) :529
2. 吴先林。狼疮带试验的临床意义(77例红斑狼疮分析)。中华皮肤科杂志 1984; 17 (1) :11
3. 吴先林。狼疮肾炎几项免疫学指标意义探讨(系性统红斑狼疮100例分析)。临床皮肤科杂志 1988; 17 (4) :173

(收稿：1989.12.29；修回：1990.12.21)

会阴切口粘膜肌层皮肤全层缝合(附282例报告)

刘俊红 周雅蓉(大坪医院 妇产科)

我科自1985年起对282例会阴切口采用粘膜、肌层、皮肤全层贯穿1次缝合法缝合，现报告如下。

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

我们随机作粘膜、肌层、皮肤全层缝合术(以下简称全层法)282例。其中初产妇270例，经产妇12例。直切口17例，右侧切口32例，左侧切口233例。阴道手术产16例。年龄20岁～35岁例。平均24岁；随机取对照组252例，采用传统的分层缝合法缝合(分层缝合)。其中初产妇243例，经产妇9例。直切口24例，右侧切口

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