DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.04.028

用不锈钢图钉控制术中骶前大出血1例

黄显凯 张胜本 （大坪医院 普外科）

患者男、51岁，因交替腹泻便秘、便血3个月入院。经直肠指诊及镜检：截石位距肛缘5cm5～8点处有—3×2.5×2.5cm³菜花状包块，较固定，表面坏死、溃烂。活检为管状腺癌。经术前准备后在持续硬膜外麻醉下行经腹会阴直肠切除、乙状结肠腹壁造口术。术中未见肝、腹主动脉及肠系膜下动脉周围淋巴结转移，肿瘤位于腹膜反折下3cm处，骶前静脉迂曲增粗，其中有2条直径达4mm、管壁菲薄，盆底直肠骶骨筋膜显著增厚、粘连，分离困难。在分离盆底右侧直肠骶骨筋膜时发生大量出血，在迅速以纱布填塞压迫止血时不慎擦破骶前静脉，出血更为迅猛，15min内约出血2000ml。在压迫止血、大量输血的同时，切断乙状结肠下段，将远端肠管牵向前面，吸净血后，又见血液由2mm直径的骶骨孔涌出，系骶椎体静脉出血。缝扎及钳夹止血均告失败，遂改用3枚定制的不锈钢图钉加垫明胶海棉揿压，出血迅速停止，继续完成手术。术后3天盆腔负压吸引，每日仅吸出淡红色液体30～50ml，恢复顺利，痊愈出院。

讨 论

直肠切除术并发骶前出血的真正原因尚未完全阐明，一般认为系损伤骶前静脉丛及骶椎体静脉引起。如未采取及时有效的处理，容易造成患者死亡。曾采用了诸如纱布填塞、缝扎、银夹钳夹、骨蜡填充、捣碎骶骨等止血措施，但由于出血种类、部位、来源血管等各异，各种处理措施均不尽满意。

本例为骶椎体静脉及骶前静脉出血，由于两处血管均粗大，故出血较迅猛，经采用缝扎、钳夹止血等均告失败。原因是破损的骶前静脉粗大、管壁菲薄且紧贴骶骨，缝合困难且结扎时易使血管再破损。骶椎体静脉出血由骨孔涌出，根本不能通过缝扎及骶夹止血。而图钉头部将破损血管紧紧压迫在骶骨上从而有效地闭合了血管破口，图钉与骶骨间加垫明胶海棉可帮助止血和密和作用而加强止血效果。此法操作简捷，止血迅速可靠，对骶椎体静脉出血及骶前静脉出血无法用缝扎等方法止血者具有独特效果。

（收稿：1988.7.5；修回：1989.6.20）

肾血管平滑肌脂肪瘤2例报告

丁仕义 王其源 （西南医院 放射科）

肾血管平滑肌脂肪瘤的名称甚多，有肌脂肪瘤，肌血管瘤，良性动脉平滑肌瘤，错构瘤和血管平滑肌脂肪瘤等，1951年后常用血管平滑肌脂肪瘤。本病较少见，占肾肿瘤的1～12.7%[1]。复习国内外文献，自1880年Bourneville首先报告到1986年国外报道了602例[2]，国内[1][3][4]也有100例左右。因本病很少遇到，认识不足，误诊率极高。张仁元等[4]报告44例，竟无一例术前明确诊断，甚至病理检查仍有近50%误诊。近些年来，由于本病逐渐地被认识和重视以及B超和CT等影像技术的发展，其诊断水平已有明显提高[2][3]。

我院所遇到的两例临床表现较特殊，且均为左肾巨大肿块伴瘤内出血和坏死等，都是比较少见的。

例1：男性，26岁。因左腰部持续性剧痛3天，高烧2天入院。晚间发病，疼痛不向它处放射。2个月前同样疼痛发生过1次。入院后体温在37～38℃之间。体格检查见左侧腹部膨隆，压痛明显，左肾区叩击痛。化验尿常规（－）。血常规：红细胞2.07×10^{12}/L，血红蛋白62g/L，白细胞19.8×10^{9}/L，中性96%，淋巴4%。血沉150mm/h。

静脉肾盂造影

左肾上极轮廓不清，上方可见一软组织块影。左肾显影略有延迟。上肾盏未显影。中盏细长，肾盂被推压下移并有变形，但境界清晰。

胸片

左侧膈肌较对侧高5cm，肋膈角缩小模糊，

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

左下肺野近膈肌处见横行的带状影。

B超检查

左肾失去正常形态，上方有14.2×12.3cm²回声稍强区域，其中有不规则液区。

手术所见

圆形肿块有“排球”大小，直径约25cm，表面呈紫红色，血管增粗。肿块与肾上极相连，将左侧膈肌抬高，并有粘连。肿块张力高，有囊性感。穿破时，约有500ml血性液体喷涌而出，可凝固。

病理检查

肿块包膜完整，切面呈紫褐色，可见大片出血坏死区。大小约有20×15×10cm³。镜下见实质为成熟的平滑肌及血管，部分区域见成熟的脂肪组织。诊断为左肾血管平滑肌脂肪瘤。

例2：女性，32岁。2个月前，无任何诱因感左腰部胀痛，呈持续性，无放射。常有发烧，恶心呕吐。无血尿。发病10天后出现阵发性剧痛，发现左腰部鹅蛋大的包块并逐渐增大。体格检查见左下胸饱满，左侧腹明显隆起，扪及巨大肿块，上缘在左肋缘下，下达髂前上嵴，内侧超过中线1.5cm，外界不清。质中，表面光滑，边缘圆钝，压痛明显。血常规检查：红细胞1.2×10¹²/L，血红蛋白36g/L，白细胞17.2×10⁹/L，中性96%，淋巴4%。

双剂量静脉肾盂造影

左肾区巨大软组织块影，密度不均匀，肿块下部可见星芒状的低密度阴影，边界清晰。肾盂肾盏向内上移位，输尿管向右呈弧形推移，上肾盏扩大，杯口消失。

B超检查

左肾边界不清，无正常形态。可见13.9×10cm²不均质回声团块影，其中有3个液性暗区。

手术所见

左肾巨大肿块，表面较光滑，紫红色，肾静脉明显增粗，有囊性感。肠管被推至腹腔右侧。

病理检查

肿块大小约有20×12×10cm³，有包膜。切面呈紫褐色，有出血及坏死。镜下见部分出血坏死，其中有大量分化良好的脂肪及血管组织。瘤组织内可见残留的肾小管，上皮细胞肿胀变性，肾小球显著萎缩，间质内有大量淋巴细胞浸润。诊断意见是左肾脂肪血管瘤。

误诊原因分析

我院2例术前分别初诊为肾脓肿和肾癌等，均未曾想到本病，其主要原因：（1）本病临床很少见，认识不足。第1例病人有发热、贫血和白细胞升高等，1个月前尚有肛周脓肿切开引流术史，门诊拟“肾脓肿”等收入院。入院后给予大量抗生素静脉滴注治疗。B超与X线检查意见均不能除外肾或肾周脓肿的可能性。（2）对B超在瘤区内有液性暗区和回声增强的描述时，应警惕此病的可能性。（3）普通X线照片上，瘤区内因含有不同量的液化、出血和脂肪组织而出现的透光影，本是发现本病的重要线索和诊断依据，但易被忽略。（4）由于未进一步作肾动脉造影是误诊的重要原因之一。

此两例肾血管平滑肌脂肪瘤都有瘤内出血与坏死，病情发展较快，B超检查与手术时间间隔半个月以上，因而手术时所见的瘤体要比B超检查时大得多。

根据目前的技术条件，我们认为如果B超不能确定诊断时，可采取CT扫描检查。由于肿瘤内含有不同量的平滑肌，成熟脂肪组织和异常血管，因而在CT检查中可显示出不同密度的CT值。脂肪组织的CT值在－90Hu左右[5]，肿瘤液化或陈旧性出血的CT值往往在－20～＋20Hu范围内，平滑肌等实质性组织的CT值更高，如果抓住这种特点，较易做出诊断。肾动脉造影或数字减影可有特殊的征象[3]，多数为包绕肿瘤包囊上的细小血管常伴有多发性小动脉扩张呈草莓状或成串的葡萄状，瘤内可见螺旋状或泡沫状的造影剂外溢和葱皮样的造影剂潴留，通常无畸形的供血丰富的恶性肿瘤血管。静脉显影早，消失迟。该种造影且有利于鉴别诊断和为手术提供血供情况，甚至诊断与栓塞治疗1次完成，更具有优越性。

参考文献

1. 陈承志，等。肾血管平滑肌脂肪瘤13例临床分析。中华泌尿外科杂志 1985；6（2）：86

2. Oestering JE, et al. The management of renal angiomyolipoma. J Urol 1988; 135（6）：1121

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

3. 吴克让。肾血管平滑肌脂肪瘤。中华泌尿外科杂志 1983；4（6）：367
4. 张仁元，等。44例肾血管平滑肌脂肪瘤临床病理分析。肿瘤 1984；4（1）：6
5. 刘颖华，等。肾血管平滑肌脂肪瘤CT诊断（附八例报告）。中华放射学杂志 1986；20（1）：21

（收稿：1988.4.19；修回：1989.2.10）

35例恶性淋巴瘤临床病理分析

朱英桂 朱梅刚* （病理解剖学教研室）

随着免疫学、组化和电镜技术的进展，淋巴瘤的研究逐渐深入，但目前文献中多以活检材料为主，而尸检材料报导较少。我们按“成都方案”对我室35例非何杰金氏淋巴瘤（NHL）进行了形态学观察，并计算各型淋巴瘤的肿瘤细胞病理核分裂率，试图探讨与免疫学分类中分化程度的相关性及预后的关系。

材料与方法

本文收集了我室20年来，经病理解剖证实为恶性淋巴瘤的病例，对其中有较完整资料的35例（其中附二院5例）作了整理，以HE染色为主，部分做了网状纤维染色，经3人阅片，核定出肿瘤细胞类型。每例选出有代表性的肿瘤区，切片2张，每张分4个象限，每个象限用10×100倍油镜观察10个视野，计2×4×10个油镜视野下核有丝分裂细胞数（A）及病理性核分裂数（B），计算病理性核有丝分裂率，即：病理性核有丝分裂率 $=\frac{B}{A}\times\%$，同时将不同形态的分裂象分别计数，并计算各自占病理性核分裂的百分率。

结果

1. 年龄、性别及各类型分布：本组35例NHL中男27例，女8例，男：女=3.38:1，最小年龄$\frac{17}{12}$岁，最大68岁，中位年龄25岁。

2. 肿瘤的原发部位及扩散情况：35例NHL中，首发于淋巴结者23例，其中小淋巴细胞型均发生于结内，其余各型结内外无明显差异。淋巴瘤易扩散，结内以肠系膜、腹膜后淋巴结为主，而结外以胰腺（14例）、肺、胃肠道（各12例）最易受累。

3. 各型NHL中，病理性核有丝分裂均数为87.5%，其中各形态均数依次为：星形（75.9%），不对称性（18.3%），其次为多极性。病理性核分裂率以免疫母细胞型最高（96%），以小淋巴细胞型最低（81.7%）。

讨论

35例NHL中，病程以免疫母细胞型、组织细胞型最短，而小淋巴细胞型最长。它们的临床过程和预后与“成都方案”中划分的低、中、高度恶性程度基本一致。本组肿瘤首发于结内多见（23/35例），以颈、纵膈为主（69.5%），结外以胃肠道为主（8/12例）。而肿瘤扩散结内以肠系膜、淋巴结为主（11/35例），而结外以胰、胃肠道、肺多见，这与董氏[1][2]等报告相似。其中以无裂、免疫母、淋巴母细胞型最易扩散，且这几型均有半数以上病例并发胸腹水，而这几型瘤细胞核分裂率明显高于它型，且以不对称型、多极、三极、染色体呈不规则的分散状态为主，这样的分裂状态正是肿瘤生长快、易扩散的基础，这与它们病程短、预后差呈正相关关系。与免疫学分类中分化程度的高低相一致。

根据我们的观察，在进行NHL诊断时，在没有电镜、免疫组化条件下，可根据临床病史、组织学特点、结合病理性核分裂情况，对判断预后有一定帮助。

参考文献

1. 董郡，等。恶性淋巴瘤组织分型与预后—167例淋巴结恶性淋巴瘤初步分析。中华肿瘤杂志 1980；2(3)：1970
2. Risd II R, et al. NON—HODGKIN'S LYMPHOMA: A Study of the Evolution of the Disease Based Upon 92 Autopsied Cases. Cancer 1979；44：529

（收稿：1988.1.4；修回：1989.4.25）

*第一军医大学病理教研室

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