DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.02.028

讨 论

关于病变特征，本例与成人克隆氏病见[1][2][5][6]基本相同，具有较典型的病理改变。如文献所强调的全肠壁炎，裂隙状溃疡，粘膜下层高度增宽及淋巴细胞浸润等；但未见典型的结节性肉芽肿。据文献报告，国外所见克隆氏病的结节性肉芽肿检出率为50～70%，国内仅为35%。故有学者强调：结节性肉芽肿只是克隆氏病的一种病变，但不是诊断该病的必有病变。而具有特异性的还是以上提到的几点病变[1]。

关于克隆氏病的发病年龄，国内外文献报告均多见于年青人，6岁以下患者罕见[3][4]，而且发生在儿童者，临床误诊率极高[4]。本例为仅1岁幼儿，起病急骤，首发症状为持续发热伴腹泻，有贫血表现，后演变为便血。这些表现与其它肠道疾病，如急性肠炎、肠伤寒等很相似，临床诊断易考虑为这些疾病，而忽略了克隆氏病。幼儿肠道解剖生理功能薄弱，与成人相比，病变有可能进展较快，病情笃重，短期内即可出现肠穿孔。临床上应有所警惕。

参 考 文 献

1. 刘彤华，等。克隆氏病II 60例病理分析。中华内科杂志 1981；20：85
2. Hagop S Mekhjian，et al. linical Features and Natural History of Crohn's Disease. Gastroenterology 1979；77 898
3. 希氏内科学（第七分册）。内蒙古人民出版社 1984：134
4. Elizabeth J Elliott Crohn's disease in childhood. Gastroenterology in Practice 1987；October/November
5. 柳凤轩，等。回盲部病变的诊断与鉴别诊断探讨。实用内科杂志 1986；6：15
6. Rolla B Hill，et al. Clinical Usefulness of Rectal Biopsy in Crohn's Disease Gastroenterology 1979，77 938

（收稿：1988.5.23；修回：1988.8.27）

类癌综合征1例报告

陈东风 武兵兵 冷恩仁 （大坪医院 消化内科）

类癌综合征（carcinoid syndrome，CS）临床少见，易漏诊误诊。现报告1例，以引起临床医生的重视。

病 历 摘 要

患者女，37岁。因发作性颜面潮红，腹痛腹泻3年，加重伴目涩流泪7月，于1987年10月23日入院。

1984年10月，出现面部阵发性潮热、发红，伴气促、腹痛、稀便，每日发作1～3次。87年3月症状加重，每日发作5～6次，甚则整日面部潮红、热感，伴目涩流泪、头昏痛。食欲下降。曾4次"昏倒"，30 min后清醒，无抽搐及大小便失禁。多次就医，考虑神经官能症。入院查：生命体征正常，面部毛细血管扩张，心肺未见异常。腹平软剑下轻压痛，未扪及包块，肝脾不大。入院后，发现患者进食后出现前述症状，15～30 min自行缓解，考虑与胺类等生物活性物质有关。查血5－羟色胺（5－HT）400 ng/ml（正常值 92.51～154.09 ng/ml），组织胺136.11 ng/ml（55.66～101.04 ng/ml），尿5－羟吲哚乙酸（5－HIAA）4.1 mg/24h（2～4 mg/24h），肾上腺素试验阳性。服苯海拉明25 mg tid与赛庚啶 4 mg tid后，发作减至1次/日，伴随症状基本消失，食欲明显好转。临床诊断CS。但T_3、T_4，胸片，B超（肝、胆、脾、肾、卵巢、子宫、甲状腺、阑尾），超声心动图，全消化道钡餐（阑尾显影好），纤维结肠镜（进回肠30 cm），妇科检查均无异常发现。患者拒绝剖腹探查，住院42日，症状、体征消失出院。

讨 论

类癌属于APUD细胞瘤（APUD oma），其组织结构似癌，但恶性程度低，生长缓慢，较少转移，故称类癌。85.5%位于消化道，绝大部分见于阑尾、直肠、回肠。类癌肿瘤常分泌5－HT、激肽类、组织胺等生物活性物质，进入体循环，可出现阵发性皮肤潮红、结膜充血流泪，腹痛腹泻，支气管哮喘，左心瓣膜病变等表现，统称CS。胃肠道类癌组织分泌的生物活性物质，经肝肺灭活，故仅3.2%发生CS。卵巢、甲状腺、肺支气管等类癌分泌的生物活性物质可直接进入体循环，CS发生率相对较高。阑尾类癌很少转移（约3%），阑尾外类癌转移率较高（28%～60%）。血中5－HT浓度升高，是诊断分泌功能性类

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

癌的敏感指标，而组织胺、激肽类特异性较差。小便中5－HT代谢产物5－HIAA可增高。肾上腺素试验阳性有助于诊断。本例根据症状、体征、血清学检查、肾上腺素试验、治疗效果，临床诊断CS。确定类癌的部位有时较困难。如有肝转移提示类癌多位于消化道。胃肠道外类癌不能忽视，尤其是女性生殖系统。该病人所作检查均未确定类癌部位，可能是癌细胞弥漫分布于胃肠道粘膜，或类癌瘤体很小，或位于极少见部位，如神经节、腹膜后等处。有待随访。

内科治疗以对抗肿瘤分泌的生物活性物质为主。常用的药物有：5－HT合成抑制剂甲基多巴；5－HT拮抗剂赛庚啶；激肽释放酶抑制剂抑肽酶等。抗组胺药物、激素、抗肿瘤药物可酌用。本例用苯海拉明、赛庚啶后，症状、体征消失，血5－HT降至91.18 ng/ml，组织胺降到82.29 ng/ml。若类癌部位明确，手术切除效果好，术后5年生存率约71%。

在剧烈运动、进食、饮酒、手术等诱因下，类癌瘤组织可释放大量生物活性物质导致血管扩张、血压下降、晕厥、休克，称类癌危象。患者病后曾"昏倒"4次，应考虑类癌危象。抢救时，儿茶酚胺类药物，如肾上腺素等属禁忌，应首选血管紧张素或甲氧胺。

参 考 文 献

1. 郑芝田，主编。胃肠病学。第一版。北京：人民卫生出版社，1984：412～421
2. Philips E C ryer. The Carcinoid Syndrome. Cecil Textbook of Medicine. 17th ed, London: WB Saungers Company, 1985 1412

（收稿：1988.1.15；修回：1988.3.29）

纵隔巨大囊性畸胎瘤误诊为胸腔积液的经验教训

陈玲玉※ 沈寒放 （西南医院 呼吸科）

本文报告1例大量"胸腔积液"历经各大医院诊治，病程3年终疑及胸腔良性肿瘤行手术术切除。现介绍如下。

女性，30岁。间歇胸闷、气促、乏力2年。于85年10月11日入我院。

于83年12月初感胸闷、气促且渐加重入当地医院。抽胸水检查为淡黄色清亮液体，比重1.010、蛋白0.2 g %、WBC 22个/mm^3。血沉正常。按结核性胸膜炎予抗痨治疗2月无效。予胸腔内注入50%葡萄糖液20 ml及四环素0.5 g，共2次，亦无效。出院后入省内各大医院，反复抽胸水8次，以链霉素、异菸肼、利福平等治疗共1年半，胸水仍不断增长，症状不减乃入我院。

病后无发热、盗汗，不咳亦无胸痛。77年胸透发现右肋膈角变钝，服异菸肼1月。80年胸透仍有

入院查体 发育正常，营养中等。双颌下有小淋巴结扪及。颈静脉稍怒张，气管左偏。右胸廓饱满，呼吸动度减弱，叩诊发实，呼吸音低弱。心界稍向左移，心音正常。

入院后多次胸水检查 淡黄透明，有少许沉渣，比重1.006～1.010，细胞总数(3.15～7)×10^9/L，白细胞15～150个/mm^3，胸水/血清蛋白比值<0.5，LDH比值<0.6，乳糜试验阴性。胸膜活检两次为慢性炎症，每次抽胸水1000～1700 ml，多次抽胸水后摄胸片及分层片，均未见胸腔块影。OT试验1：1000阴性，肺吸虫抗原皮试阴性。右肘正中静脉压0.686 kPa 因胸水增长迅速，于12月11日起间歇胸腔注入四环素每次0.5 g，共7次，其间CT检查见侧及前下胸膜均增厚，胸腔有多个分隔及液平，挤压肺组织移向纵隔，纵隔内未见肿大淋巴结，奇、半奇静脉未见异常。86年元月10日，感右胸压迫不适，眼睑、面部、双手肿胀，颈围增粗，颈静脉怒张，静脉压2.94 kPa，两次奇静脉造影，

※本院呼吸科进修医生

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