

导的恶心,其作用机理尚不清楚。

3.6 本研究结果表明:恩丹西酮、地塞米松、氟哌利多均有防治 PONV 的作用,A组、B组、C组、D组均不能非常理想地控制手术后的恶心呕吐,说明使用单一或两种药物时,仍难以达到理想治疗效果,而将三种药物联合应用则能够阻断引起 PONV 的多个病因,使 PONV 发生率明显降低,达到预期的治疗目的。

参考文献

1 徐建国. 手术后恶心呕吐的防治[J]. 临床麻醉学杂志,2006,22

(7):556.

2 安刚,薛富善. 现代麻醉学技术[M]. 北京:科学技术文献出版社,1999:1193-1196.

3 邹定全,马列,常业恬,等. 地塞米松联合恩丹西酮对手术后病人自控镇痛相关恶心呕吐的影响[J]. 临床麻醉学杂志,2003,19(5):273-275.

4 郭胜勇,朱金忙. 静脉注射地塞米松预防手术及术后镇痛引起的恶心呕吐[J]. 临床麻醉学杂志,2007,23(2):164.

5 景爱华,唐冬梅. 硬膜外地塞米松预防吗啡术后镇痛部分并发症的临床观察[J]. 临床麻醉学杂志,2004,20(12):756.

[收稿日期 2008-12-10][本文编辑 韦挥德 黄晓红]

经验交流

19例原发性中枢神经系统淋巴瘤误诊分析

魏风, 陈俭, 朱晟, 姚洁民, 卢科, 谢华

作者单位:530031 广西,南宁市第二人民医院神经外科

作者简介:魏风(1973-),男,大学本科,学士学位,副主任医师,研究方向:神经外科临床诊治。电话:13152670565, E-mail:lucky-wf.2007@163.com。

[摘要] 目的 分析原发性中枢神经系统淋巴瘤临床特点及误诊的原因。方法 对19例被手术、术后病理和免疫组化证实的原发性中枢神经系统淋巴瘤进行回顾性分析。结果 术前均误诊,其中误诊为胶质瘤8例,转移瘤4例,脑膜瘤5例,脱髓鞘疾病2例。根据术后病理及免疫组化结果,B细胞淋巴瘤18例,T细胞淋巴瘤仅1例。结论 临床表现无特异性,术前误诊率高,CT和MRI表现有一定特点,确诊依靠病理检查。脑活组织病理检查是确诊的惟一手段。

[关键词] 中枢神经系统肿瘤; 淋巴瘤; 误诊

[中图分类号] R 739.41 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2009)02-0181-03

Clinical analysis of the cause of misdiagnosis in 19 patients with primary central nervous system lymphoma  
WEI Feng, CHEN Jian, ZHU Sheng, et al. Department of Neurosurgery, the Second Hospital of Nanning, Nanning 530031, China

[Abstract] Objective To investigate the clinical features of primary central nervous system lymphoma (PCNSL) and its cause of misdiagnosis. Methods The date of 19 patients with PCNSL, which were confirmed by the operation and pathological and immunohistochemical examinations, were clinically analyzed retrospectively. Results All cases were misdiagnosed preoperatively. Of the misdiagnosed, 8 were diagnosed as neurospongioma, 4 as brain metastatic tumor, 5 as meningotheioma, and 2 as demyelinating disease. According to the pathological and the immunohistochemical examinations, 18 cases were B-cell lymphoma, only 1 case was T-cell lymphoma. Conclusion There are no specific clinical manifestations of PCNSL and the disease is often misdiagnosed preoperatively. Although certain characteristic performance may be found on CT and MRI scans, the final diagnosis of this disease depends on pathological examination. Comprehensive treatments may prolong the survival time of the patients. Brain biopsy with pathological examination may be the only reliable method to confirm the diagnosis.

[Key words] Central nervous system neoplasm; Lymphoma; Misdiagnosis

原发性中枢神经系统淋巴瘤(primary central nervous system lymphoma, PCNSL)是少见的中枢神经系统恶性肿瘤,现将 1999-06~2006-08 术前未能作出正确诊断,术后病理证实的 PCNSL19 例报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组共 19 例,其中男 14 例,女 5 例,年龄 16~77 岁,平均 47.4 岁,病程 2 周~7 月,平均 7.4 周。均经全身系统检查未发现其它部位肿瘤,无免疫缺陷病史。

1.2 临床表现 头痛伴恶心、呕吐 14 例,肢体无力或偏瘫 6 例,肢体麻木 2 例,言语困难 4 例,行走不稳 3 例,癫痫 2 例,视力下降 6 例,精神症状或性格改变 6 例,视乳头水肿 8 例,病理征阳性 6 例。

1.3 影像学检查 根据 CT、MRI 检查结果,病灶均位于颅内,其中幕上 18 例,幕下 1 例;单发 13 例,多发 6 例,共有病灶 28 个。病灶分布于颅内各处,14 个累及深部白质;8 个位于脑表面及灰白质交界区,邻近颅骨;6 个与脑室邻近或位于侧脑室周缘。肿瘤形态为不规则或类圆形团块状,周围水肿程度不一,21 个病灶周围水肿相对较轻,7 个水肿明显。术前 CT 检查 11 例,病灶为略高密度 6 例、等密度 4 例、混杂密度 1 例,均未见出血或钙化征象。增强扫描后病灶均有不同程度增强,7 例均匀强化,3 例强化欠均匀,1 例呈环状强化。全部经头颅 MRI 检查,T1 病灶为较低信号 13 例,等信号 6 例;T2 稍高信号 8 例,等信号 11 例,其中 1 个病灶中心囊变呈高信号;增强后 16 例均匀强化,3 例增强欠均匀,其中 1 例中心囊变坏死区无强化,2 例呈斑块状强化。

2 结果

术前误诊为胶质瘤 8 例,脑膜瘤 5 例,转移瘤 4 例,脱髓鞘疾病 2 例。19 例分别采用不同入路全部或部分切除肿瘤。术中见 15 例与周围脑组织界限不清,呈弥漫性浸润生长,周围水肿,无包膜,质地软硬不一,鱼肉状,色灰白或灰黄,其中 1 例有囊变,4 例肿瘤似有清楚边界;镜下呈弥漫浸润性分布,可见瘤细胞围绕血管,形成袖套状分布;瘤细胞大,圆形,有核仁或有核沟。免疫组化 19 例 LCA 均阳性,18 例 CD20 阳性,1 例 CD3 及 CD45RO 阳性,GFAP、NSE、SYN 均为阴性。按淋巴瘤病理分类标准,本组 18 例属 B 细胞淋巴瘤,1 例属外周 T 细胞淋巴瘤。

3 讨论

原发性中枢神经系统淋巴瘤临床较罕见,仅占脑肿瘤的 1%,占结外非霍奇金淋巴瘤的 1%~2%,但近年来发病率呈逐渐上升趋势<sup>[1]</sup>。PCNSL 呈浸润性生长,单纯手术切除肿瘤并无助于提高生存率,而该病对化疗和放疗非常敏感,临床症状改善明显<sup>[2]</sup>,故早期诊断的意义尤其重要,有必要加强对本病的认识。本组术前均未能作出正确诊断,全部误诊。现就有关问题讨论如下:

3.1 病因及发病机制 中枢神经系统无淋巴组织积聚,无淋巴循环,为何发生淋巴瘤至今仍有争议。也没有证据显示由颅外发展而来,或是起源于颅内多克隆性淋巴细胞增生<sup>[3]</sup>。近年研究提出两种学说:一种是非肿瘤性淋巴细胞聚

集中枢神经系统所致;另一种学说认为淋巴结和淋巴结以外的获得性淋巴组织被激活发生间变成为肿瘤,进入中枢神经系统所致。该病易发生于艾滋病、器官移植后应用免疫抑制剂者、有遗传性免疫缺陷及其他获得性免疫缺陷者,EB 病毒及疱疹病毒等病毒可能促发淋巴瘤<sup>[4]</sup>。而本组均无免疫缺陷的证据。因此,未能对该病予以足够重视而致误诊。

3.2 临床表现 分析本组资料表明该病可发生在中枢神经系统的任何部位,颅内多见,脊髓少见,本组未发现椎管内病灶。多单发,部分表现为多发。临床症状与其它颅内肿瘤一样,因肿瘤浸润或压迫而引起的颅内压增高症状、局灶性神经功能障碍、精神改变、癫痫等均较常见,但缺乏特异的临床表现。常见于中年人,其它年龄也有发生。病史短,病情进展快,病程数天到半年不等,本组病程平均 7.4 周。

3.3 影像学特征 CT 与 MRI 检查是临床对中枢神经系统疾病作出早期诊断重要依据。该病影像学特征与某些中枢神经系统疾病病变影像学表现有类似及重叠之处,复杂多变,缺乏特征性,很少能对其作出定性诊断。临床上应注意与胶质瘤、转移瘤、脑膜瘤、脱髓鞘疾病、脑梗死、脑炎及寄生虫病等相鉴别。本组 8 例因病灶位于脑实质深部,边界相对欠清,浸润性生长特征明显,周边水肿相对较明显,增强欠均匀(其中 1 例出现不规则环状增强),术前误诊为胶质瘤;5 例病灶位于大脑表面邻近脑膜部位,单个,周围水肿相对较轻,非增强 CT 为等或高密度或 MRI 为等 T1 等 T2 信号,注射造影剂后呈相对均匀“团块”样增强,似乎给人境界较清的印象,有脑膜增强“尾征”,并伴颅骨内板局部骨质增生,误诊为脑膜瘤;4 例年龄稍大患者,病灶多发,边界不清,周围水肿明显而误诊为转移瘤;2 例位于脑室周围等深部组织,形态不规则,直径较小,占位效应尚未明显,增强呈斑块状强化,经临床使用激素治疗后病灶缩小,症状缓解,而考虑为脱髓鞘疾病。总结本组影像学表现有以下特点应该考虑该病可能:(1)有些病灶边界相对清楚,但不能掩盖其恶性肿瘤的特性;(2)肿瘤周边水肿与肿瘤体积不一致,多数肿瘤体积相对较大,占位效应明显,但肿瘤周边水肿较轻;(3)某些治疗如皮质激素、抗生素使用等使瘤块效应减轻,但停药后复发;(4)病变侵及脑膜出现脑膜“尾征”,非脑膜瘤所特有。因此,通过对影像的认真分析进行鉴别,结合对肿瘤发生部位的综合分析,可进一步提高诊断的准确性。

3.4 病理学检查 临床表现和影像检查无特异性,即使在术中很难获得明确诊断。病理检查是确诊该病唯一手段。具有瘤细胞围绕血管呈袖套样浸润的特点,但由于该病发病率低,所能遇到的多是单个或少数病例,未引起重视;同时组织形态多变,过去又缺乏统一的染色技术;对某些病灶大而广泛,脱水时间长以及激素对淋巴瘤细胞的细胞毒性作用等,可造成大量组织细胞吞噬和炎症反应,也可导致病理诊断的误诊、漏诊。近年免疫组化在淋巴瘤运用非常广泛,掌握其独特的组织学形态,借助于免疫组织化学方法,有助于与其它疾病鉴别,诊断并不十分困难。本组均由病理及免疫组化确诊。按淋巴瘤病理分类标准,本组 18 例属 B 细胞淋

巴瘤,1例属外周T细胞淋巴瘤,与文献报道一致<sup>[5]</sup>。

3.5 PCNSL 发病率低,病因不详,临床症状、体征及 CT、MRI 没有特异性表现,医师对该病认识不足是误诊的主要原因。病理检查是确诊的唯一手段,外科手术的主要目的是提供病理诊断,并不能提高生存率,还会加重神经功能缺陷。因此,通过认真的影像学分析,结合临床有关资料,必要时采取立体定向活检,有助于早期诊断。

参考文献

1 Olson JE, Jamey CA, Rao RD, et al. The continuing increase in the incidence of primary central nervous system non-Hodgkin lymphoma: a surveillance, epidemiology and end results analysis [J]. *Cancer*,

2002, 95(7):1504-1510.

2 李红伟. 原发性中枢神经系统淋巴瘤, 国外医学神经病学神经外科学分册[J]. 2002, 29(1): 83-86.

3 Paulus W. Classification, pathogenesis and molecular pathology of primary central nervous system lymphoma [J]. *J Neurooncol*, 1999, 43(3): 203-208.

4 Cingolani A, Gastaldi R, Fassone L, et al. Epstein-Barr virus infection is predictive of CNS involvement in systemic AIDS-related non-Hodgkin's lymphomas [J]. *J Clin Oncol*, 2000, 18(19): 3325-3330.

5 沈依. 原发性中枢神经系统淋巴瘤的诊治进展. 国外医学神经病学神经外科学分册[J]. 2002, 29(4): 331-334.

[收稿日期 2008-11-10][本文编辑 宋卓孙 黄晓红]

经验交流

肾上腺损伤的 CT 表现

韦 寅

作者单位:543000 广西,梧州市人民医院 CT、介入室

作者简介:韦 寅(1975-),女,学士,主治医师,研究方向:CT 检查与诊断。E-mail:weiyin.2005@163.com。

**[摘要]** 目的 探讨肾上腺损伤的 CT 表现,评价 CT 检查的诊断价值。方法 收集 8 例经手术或 CT 复查随访证实的外伤车祸患者肾上腺损伤的 CT 资料和临床资料进行回顾性分析。结果 外伤后急性期(1~7 d)CT 扫描,显示肾上腺血肿 8 例,CT 表现为肾上腺区圆形、类圆形高密度影;肾上腺周围组织损伤 6 例,其中 4 例肾上腺周围脂肪内条纹状、斑片状高密度模糊出血影,3 例膈肌增粗,密度增高,本组中 8 例在外伤后亚急性期(8 d~1 个月末)和慢性期(1 个月后)CT 复查,表现为肾上腺血肿密度从边缘开始缓慢降低,肾上腺形态逐渐恢复正常。结论 CT 检查反映了肾上腺损伤的病理解剖改变,是诊断肾上腺损伤的主要方法。

**[关键词]** 肾上腺; 损伤; 体层摄影术, X 线计算机

**[中图分类号]** R 322.56 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2009)02-0183-03

CT findings of adrenal injury WEI Yin. Intervention Exam Room, Department of CT, the People Hospital of Wuzhou, Guangxi 543000, China

**[Abstract]** Objective To discuss the CT manifestations and CT diagnostic value of adrenal gland injury.

**Methods** The CT data and clinical data of 8 cases adrenal injury verified by operation or following up were analyzed retrospectively. **Results** The manifestations of CT scanning in acute stage (one day to 7 days) after injury disclosed, there are 8 cases of adrenal hematomas, which exhibited round or roundish shadow, there were 6 cases of periadrenal tissue injury, 4 of which had stripe-like or plaque-like vague hemorrhagic shadows with high density in periadrenal fat and 3 of which showed vague margin of the crura of diaphragm or local increased density in the crura of diaphragm, 8 patients reexamined in subacute stage (8 days to one month) and chronic stage (after one month), after injury and it was found that the density of shadow reduced from margin of hematoma and that the shapes of adrenal gland recovered gradually. **Conclusion** CT scanning discloses the pathoanatomic changes of adrenal injury, and is the main way to diagnose the adrenal injury.