

引起高钙血症的风险较低。补钙后血钙正常而仍有搐搦,应查血镁浓度,必要时补镁治疗。手术成功后碱性磷酸酶在骨骼恢复期可长期持续升高。通常患者术后 1、3、6 个月定期返院复查,病情稳定后可每年复查 1 次^[12]。

参考文献

1 Lee JH, Chung SM, Kim HS. Osteitis fibrosa cystica mistaken for malignant disease[J]. Clin Exp Otorhinolaryngol, 2013, 6(2): 110 – 113.

2 Agnihotri M, Kothari K, Naik L. Omega Brown tumor of hyperparathyroidism[J]. Diagn Cytopathol, 2017, 45(1): 43 – 44.

3 Sandoval MAS. Radiographical appearance of osteitis fibrosa cystica in primary hyperparathyroidism before and after parathyroidectomy [J]. Case Reports, 2013, 2013 (29): bcr2012008086 – bcr2012008086.

4 Jamal SA, Miller PD. Secondary and tertiary hyperparathyroidism [J]. J Clin Densitom, 2013, 16(1): 64 – 68.

5 Sabljak VD, Zivaljevic VR, Milicic BR, et al. Risk Factors for Intra-operative Hypertension during the Surgery of Primary Hyperparathyroidism[J]. Med Princ Pract, 2017, 26(4): 381 – 386.

6 Polistena A, Sanguinetti A, Lucchini R, et al. Surgical treatment of secondary hyperparathyroidism in elderly patients: an institutional ex-

perience[J]. Aging Clin Expe Res, 2017, 29(Suppl 1): 23 – 28.

7 Baracaldo RM, Bao D, Iampornpipopchai P, et al. Facial disfigurement due to osteitis fibrosa cystica or brown tumor from secondary hyperparathyroidism in patients on dialysis: A systematic review and an illustrative case report[J]. Hemodial Int, 2015, 19(4): 583 – 592.

8 Kemp AM, Bukvic M, Sturgis CD. Fine needle aspiration diagnosis of osteitis fibrosa cystica(brown tumor of bone): a case report[J]. Acta Cytol, 2008, 52(4): 471 – 474.

9 Sathyakumar S, Cherian KE, Shetty S, et al. Impact of curative surgery on bone in a patient with osteitis fibrosa cystica of primary hyperparathyroidism[J]. Bmj Case Reports, 2016, 2016: bcr2016214970.

10 Khalil PN, Heining SM, Huss R, et al. Natural history and surgical treatment of brown tumor lesions at various sites in refractory primary hyperparathyroidism[J]. Europ J Med Res, 2007, 12(5): 222 – 230.

11 Queiroz IV, Queiroz SP, Medeiros R Jr, et al. Brown tumor of secondary hyperparathyroidism: surgical approach and clinical outcome [J]. Oral Maxillofac Surg, 2016, 20(4): 435 – 439.

12 Agarwal G, Mishra SK, Kar DK, et al. Recovery pattern of patients with osteitis fibrosa cystica in primary hyperparathyroidism after successful parathyroidectomy [J]. Surgery, 2002, 132(6): 1075 – 1083.

[收稿日期 2017 - 12 - 03] [本文编辑 杨光 和]

女性外阴浅表性血管黏液瘤一例

• 病例报告 •

刘媛媛, 赵仁峰

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院妇科二区
作者简介: 刘媛媛(1981 -), 女, 医学硕士, 副主任医师, 研究方向: 妇科肿瘤的诊治。E-mail: 43322045@qq.com
通讯作者: 赵仁峰(1965 -), 男, 大学本科, 医学学士, 主任医师, 研究方向: 妇科肿瘤的诊治。E-mail: gxzhaorenfeng@163.com

[关键词] 浅表性血管黏液瘤; 软组织肿瘤; 外阴
[中图分类号] R 737. 3 [文章编号] 1674 - 3806(2018)03 - 0287 - 03
doi:10. 3969/j. issn. 1674 - 3806. 2018. 03. 25

1 病例介绍

患者,女,42岁,因“发现外阴肿物4年,肿物反复出血3月余”入住我院妇科。2012年患者无意间发现外阴肿物,如黄豆大小,无红肿、疼痛,无异常出血,无阴道流血流液,无外阴瘙痒,此后肿物逐渐增大,于2015-10初开始出现反复的肿物出血,量少,点滴状,色红,自行用云南白药止血处理。5h前无明显诱因下外阴肿物突发大量出血,出血量约有100ml,伴有脓液自肿物内流出,自行予以局部喷洒云南白药并用纸巾包裹肿物进行止血。我院拟诊

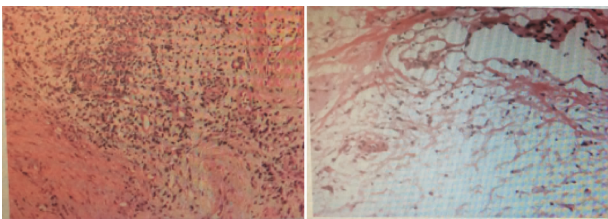
“外阴肿物性质待查”收入我科,入院查体:T 37.7℃,P 98次/min,R 20次/min,BP 128/80 mmHg。心肺听诊未见异常,腹平软,肝脾肋下未及,肠鸣音正常,移动性浊音阴性。妇检:外阴发育正常,阴毛女性分布。左侧大阴唇可见一大小约20cm×18cm×18cm的肿物,表面可见大片的破溃面,局部可见瘢痕组织形成,质中,其中有一长5cm×3cm的蒂部与大阴唇连接,无压痛,表面未见明显渗血及渗液(见图1)。予以肿物创面用碘伏消毒冲洗后用无菌敷料包扎。2016-01-29在静脉麻醉下行外阴肿物切除术+外阴

整形术。于肿瘤蒂部环形切开皮肤,钝锐性分离,切除肿瘤,1号可吸收线间断缝合基底部止血,3/0可吸收线间断褥式缝合外阴皮肤,恢复外阴生理结构。术中剖视切下的外阴肿物,见白色胶冻样物,无间质分隔。术中冰冻检查:外阴浅表性血管黏液瘤。镜下见:镜下观镜检肿瘤位于真皮下,形成小叶状肿块。肿瘤含有大量的透明质酸,细胞中等密度,呈星形和梭形,胞质淡染。常见局灶性多核巨细胞。血管密度不一,但无厚壁血管(见图2)。常规切片:(外阴肿物)浅表性血管黏液瘤(superficial angio-myxoma, SAM)。免疫组化:CD34(血管内皮阳性);Desmin(-);Ki-67(<1%细胞阳性);P53(-,0%细胞阳性);S-100(-);SMA(部分细胞阳性)。术后随访1年7个月,平均每3个月电话或门诊随访一次,未见肿瘤复发情况。



左侧大阴唇可见一大小约 20 cm × 18 cm × 18 cm 的肿物,表面可见大片的破溃面,质中,其中有一长 5 cm × 3 cm 的蒂部与大阴唇连接,无压痛

图1 患者左侧大阴唇肿物照片



镜下观镜检肿瘤位于真皮下,形成小叶状肿块。肿瘤含有大量的透明质酸,细胞中等密度,呈星形和梭形,胞质淡染。常见局灶性多核巨细胞。血管密度不一,但无厚壁血管

图2 患者左侧大阴唇肿物病理切片镜下所见

2 讨论

1863年Virchow最早将黏液瘤(myxomata)归为一种特殊类型的软组织肿瘤,其组织成分类似人类的脐带组织。Steeper和Rooai在复习了百年来的病例并结合9例患者的临床与病理特征,指出纤维瘤、

脂肪瘤等某些具有黏液样背景的病理组织切片中存在一些厚壁血管,而这在已知的其他软组织良性肿瘤中是不常见的,Steeper等称之为血管黏液瘤。根据肿瘤浸润的深度及光镜下所见,分成SAM和侵袭性血管黏液瘤。

2.1 临床表现及诊断 SAM是近年来才被逐渐认识的一种极为罕见的、含黏液的软组织肿瘤^[1],位于皮肤的浅表部位,全世界仅发现200多例。关于女性外阴部位SAM的报道更是少见,迄今英文文献少于50篇,而且随肿瘤位于外阴位置的不同常与其他外阴赘生物相混淆,临床误诊率在80%以上。可发生于任何年龄,以20~54岁多见,无明显性别差异。多为单发,偶见多发,肿瘤主要位于躯干和下肢,也可见于头颈部和上肢者,偶见于生殖道。临床表现为皮肤丘疹、结节或息肉状肿块,有波动感,由于肿瘤富含血管压之可缩小,皮肤色泽多较正常,有时表面可伴溃疡形成。肿瘤呈缓慢无痛性生长,病程可达10余年^[2],肿瘤直径0.5~9 cm,多为1~5 cm,但在复发后可明显增大^[3]。临床上常被诊断为表皮样囊肿、基底细胞癌、毛发上皮瘤及隆突性皮肤纤维肉瘤等。2015-01我们收治了1例罕见、国内无系统报告过的女性外阴部位SAM。本患者为外阴无痛性肿物,缓慢生长,不影响日常生活,2015-10初开始出现反复的肿物表面破溃出血,考虑诊断:外阴肿物性质待查。

2.2 病理特点 (1)大体观察:肿瘤位于皮肤浅表部位,可完全局限于真皮层,也可累及皮下组织,界限多较清楚,一般质软。切面呈分叶状,色灰白,为半透明胶冻状,有时可见局灶出血,但一般不出现坏死。(2)光镜观察:光镜下肿瘤被胶原纤维束分隔成小叶状,小叶内富含黏液及增生的大小不一的薄壁血管,部分血管可呈裂隙状,但无明显的丛状毛细血管^[4],黏液中瘤细胞呈梭形或星形,含少量稀疏的胞质,核常为单个,有时为多核,核大而淡染,伴单个小而嗜酸的核仁,细胞异型性不明显,罕见核分裂像。可见少量炎细胞浸润,主要为淋巴细胞、中性粒细胞和嗜酸性粒细胞等,其中的中性粒细胞可作为诊断线索,尤其在不合并皮肤溃疡或发炎时,因为在其他皮肤黏液性病变中不会出现中性粒细胞^[3]。少见出血和吞噬含铁血黄素的巨噬细胞。无论原发还是复发病例约有1/3的肿瘤内含有上皮成分^[5],含上皮成分者复发率高于不含上皮成分者,且复发后不可再含有上皮成分^[2]。(3)免疫组化标记:瘤细胞无相对特异的免疫组织化学表型,可表达Vim

和 CD34, 偶见灶性表达 Des 和 SMA^[1], 但不表达 S-100^[3]。本组病例瘤细胞表达 CD34, S-100 无表达, 部分瘤细胞表达 SMA, 与文献报道一致。

2.3 鉴别诊断 需与 SAM 鉴别的软组织肿瘤很多, 若被误诊为恶性黏液性肿瘤将导致临床上的过度治疗, 因此, 除与良性的黏液性肿瘤鉴别外, 更应与恶性的黏液性肿瘤鉴别: (1) 浅表性低度恶性纤维黏液样肉瘤; (2) 黏液型恶性纤维组织细胞瘤; (3) 黏液性脂肪肉瘤; (4) 侵袭性血管黏液瘤; (5) 黏液性神经纤维瘤; (6) 神经鞘黏液瘤。还应与皮肤局灶性黏蛋白病、皮肤黏液瘤、黏液样梭形细胞脂肪瘤、血管肌纤维母细胞瘤以及伴黏液变性的皮肤附件肿瘤等相鉴别。

2.4 治疗和预后 SAM 至今未见有远处转移的报道, 但如果切除不干净可局部复发, 文献报道复发时间平均为 18 个月, 伴上皮成分者复发者复发率高于无上皮成分者, 因此临床上因尽量完整切除, 术后长期随访十分必要。该患者术后至今已 1 年 7 个月,

平均每 3 个月电话或门诊随访一次, 目前未见肿瘤复发情况。

参考文献

- 1 Okada Y, Mori H, Tsuji M, et al. A case of vulvar superficial angio-myxoma with necrotizing angitis-like lesions and expression of granulocyte-colony stimulating factor[J]. Pathol Res Pract, 2005, 201(2): 145-152.
- 2 Allen PW, Dymock RB, MacCormac LB. Superficial angio-myxomas with and without epithelial components. Report of 30 tumors in 28 patients[J]. Am J Surg Pathol, 1988, 12(7): 519-530.
- 3 Calonje E, Guerin D, McCormick D, et al. Superficial angio-myxoma: clinicopathologic analysis of a series of distinctive but poorly recognized cutaneous tumors with tendency for recurrence[J]. Am J Surg Pathol, 1999, 23(8): 910-917.
- 4 Nakayama H, Hiroi M, Kiyoku H, et al. Superficial angio-myxoma of the right inguinal region: report of a case[J]. Jpn J Clin Oncol, 1997, 27(3): 200-203.
- 5 Fletcher CDM. Diagnostic Histopathology of Tumors[M]. 2nd edition. London: Churchill Livingstone, 2000: 1520-1521.

[收稿日期 2017-08-31][本文编辑 吕文娟]

护理研讨

术前预热对患者术中低体温发作的保护作用

陈海燕, 伍玲令

作者单位: 411100 湖南, 湘潭市中心医院手术室

作者简介: 陈海燕(1980-), 女, 大学本科, 主管护师, 研究方向: 术中患者护理。E-mail: 284856233@qq.com

[摘要] **目的** 评估术前预热措施对腹部及骨科手术患者术中低体温发作的影响。**方法** 选取该院 2012-04~2014-01 行全身麻醉腹部及骨科全麻手术患者 168 例。采用随机数字表法随机分为 4 个组。1 组为常规保温组, 共 41 例; 2 组为常规保温 + 充气加热毯预热组, 共 52 例; 3 组为常规保温 + 充气加热毯预热 + 手术室室温调高组, 共 39 例; 4 组为常规保温 + 手术室室温调高组, 共 36 例。持续监测体温变化, 直到患者从麻醉复苏返回病房。**结果** 4 组患者术中体温变化存在明显差异。单纯常规保温组中低体温发作率为 70.7% 明显高于其他保温组, 差异有统计意义 ($P < 0.01$)。**结论** 与常规保温措施相比, 在腹部及骨科手术的全麻手术中, 额外主动保温可有效预防患者术中低体温的发生。

[关键词] 预热措施; 腹部手术; 骨科手术; 全麻; 护理; 低体温

[中图分类号] R 473.57 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2018)03-0289-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2018.03.26

麻醉药物降低血管收缩的阈值从而使身体中心流向四周的血流减少, 使体温降低。手术患者不能自己调节体温^[1]。所以, 围手术期低体温成为手术患者常见并发症。美国麻醉护士协会 (ASPN) 指

南强调患者入室前手术室的预热^[2]。手术患者预热干预显示可减少术后疼痛的需求、缩短术后恢复和住院时间。尽管术前预热的益处多有报道^[3,4], 但是仍存在一定争议, 这些研究多基于不完整的证