

相当高,因此他们也可以从尿微量清蛋白浓度的定期检测中获益。

本次研究分析最后的结果显示,高血压患者的尿清蛋白阳性率比健康人明显高很多,这充分说明了高血压和尿微量清蛋白之间的关系很大。所以尿微量清蛋白检测该成为早期发现肾脏疾病,避免对肾脏造成早期损害的可靠性指标,应当作为高血压患者的定期检测项目。高血压患者如果尿液中检测出蛋白尿应该马上去医院接受相应的规范性系统性治疗,减少肾脏固有的细胞发病数量,减少蛋白和红细胞的漏出,减少对肾脏的负担。如果没有及时发现患者大量蛋白尿并及时治疗,将使患者进入高血压肾前期。

早期诊断和预防是防治高血压肾病的关键,对于微量蛋白尿阶段对肾脏的损害是可以避免的。有研究表明,利用晨尿与随机尿微量清蛋白来诊断高血压肾病有较高的效果。如果检测发现尿常规尿蛋白为(-)或(±),尿液中的清蛋白含量在 20~200 mg/L 之间,这就说明已经有了微量的蛋白尿。高血压肾病主要致死的原因和肾脏血管损伤都是尿液中尿微量清

蛋白呈阳性,而且微量清蛋白阳性与糖尿病及心血管疾病也有很大的相互关系^[5]。

参考文献

- [1] 叶应妩,王毓三,申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 3 版. 南京:东南大学出版社,2006:1017-1034.
- [2] 孙桂军,魏绍春,吕艳芬. 随机尿微量白蛋白与尿肌酐测定早期诊断糖尿病肾病[J]. 医学检验与临床,2006,17(1):106.
- [3] 董林. 随意微量白蛋白尿在早期糖尿病肾病诊断中的价值[J]. 放射免疫学杂志,2007,20(5):440-441.
- [4] 黄淑英,穆红梅,贺启才,等. 原发性高血压患者肾脏早期损害的指标[J]. 中国社区医师,2009,25(9):35.
- [5] 林善铁. 肾脏与高血压[J]. 中华内科杂志,1996,35(2):139-141.

(收稿日期:2011-12-26)

恶性腱鞘巨细胞瘤临床影像分析

张 皓¹,余建群²,月 强²,李 琳¹(1. 重庆市垫江县人民医院放射科 408300;2. 四川大学华西医院放射科,成都 610041)

【摘要】 目的 探讨恶性腱鞘巨细胞瘤(MGCTTS)的临床特征及影像诊断。**方法** 报道 1 例发生于右足的 MGCTTS 病例,并对文献报道的 18 例 MGCTTS 病例进行回顾性分析。**结果** 19 例 MGCTTS 中,由 GCTTS 恶变而来者 9 例(9/19,47.4%),其他为原发 MGCTTS。肿瘤分别发生于手指 7 例,腕 3 例,跖趾部 3 例,踝 2 例,以及大腿、膝、肘、髋及臀部各 1 例,其中手足部最常见,占 73.6%(14/19)。影像学表现为关节旁软组织肿块,伴邻近骨质溶骨性破坏。**结论** MGCTTS 罕见,可由 GCTTS 反复受外因刺激后恶变而来,其中手足部 GCTTS 恶变概率较高。MGCTTS 的影像学表现具有一定特点。

【关键词】 恶性 腱鞘 巨细胞瘤; 影像诊断

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.09.059 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)09-1125-03

恶性腱鞘巨细胞瘤(MGCTTS)罕见^[1],起源于滑膜细胞或向滑膜细胞分化的间叶细胞,是一种好发于手腕、手指屈侧肌腱及足部肌腱的软组织恶性肿瘤。有关本病的报道较少,作者收集了 1 例足部 MGCTTS 的临床和影像学资料,并复习文献,旨在提高对 MGCTTS 的认识水平,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者,女,66 岁。5 年前右足第一跖趾关节周围胀痛,X 线片示患者右足第一跖趾关节旁软组织肿胀,第一跖骨有穿凿样骨质破坏,伴有清晰的硬化边,拟诊痛风,服用抗痛风药物治疗 1 年,未见明显疗效。近 4 个月肿物明显增大,疼痛加重,手足复诊 X 线片,X 线片显示右足第一跖趾关节软组织较前明显肿胀,其内可见较大的软组织肿块影形成,未见钙化灶,第一跖、趾骨以关节为中心呈溶骨性骨质破坏,边界模糊不清。

1.2 手术所见 分叶状肿物主体分布于软组织内,包膜不完整,与周围有粘连,沿屈肌腱与跖骨间隙生长,并侵犯第一跖骨远端与近节趾骨近端骨质。

1.3 病理检查 大体见肿物大小约 5.0 cm×4.0 cm×3.5 cm,被覆不完整的包膜,表面较光滑,质地较软,形态不规则,分叶状,切面呈灰红、灰黄色胶冻样,部分区域有纤维结缔组织分隔。镜下瘤细胞呈片状或梁索状排列,部分区域呈飘带状,瘤细胞多形性和异型性明显,可见大小不等的裂隙样腔隙。术

后病理诊断为 MGCTTS。

1.4 纳入标准 经中国期刊全文数据库检索自 1994~2010 年以来的关于 MGCTTS 的文献,包括个案报道、临床病案总结、论著等,选择其中经病理活检证实的病例,共检索到符合要求的 18 个病例,加上作者报道的 1 例,总共 19 例。

2 结果

2.1 临床特点 19 例患者中男 9 例,女 10 例,年龄 33~71 岁,平均 49.4 岁。GCTTS 术后近期恶变者及原发恶性者,见于 30~50 岁,由 GCTTS 慢性病程恶变而来者年龄偏大,多见于 40~70 岁。GCTTS 恶变后迅速增大,距手术时间 3~7 个月不等,见表 1。发病部位以手、足部居多,指 7 例,腕 3 例,跖趾 3 例,踝 2 例,膝、肘、髋及臀各 1 例。

19 例 MGCTTS 中,GCTTS 恶变而来 9 例(47.4%),其中 GCTTS 术后近期恶变 3 例,占 33.3%(3/9),慢性病程恶变 6 例,占 66.7%(6/9),原发 MGCTTS 为 10 例(52.6%)。此外,8 例术后反复复发,平均 2 次,复发率为 42.1%。

2.2 病理表现 肿块最大直径范围 5~10 cm 不等,平均 7.3 cm×5.1 cm×5.0 cm,有包膜,多不完整。切面呈灰白色,质硬,分叶状。

2.3 影像学表现 病灶区软组织肿块形成,均大于 3 cm,多伴有以关节为中心的骨质破坏,骨质破坏边缘模糊。

表 1 良性与恶性腱鞘巨细胞瘤的临床、病理特点比较

项目	GCTTS	MGCTTS
组织起源	滑膜细胞或向滑膜细胞分化的间叶细胞	滑膜细胞或向滑膜细胞分化的间叶细胞
好发年龄	30~50 岁	30~50 岁;由 GCTTS 恶变而来者年龄偏大,多见于 40~70 岁
性别	女性多于男性	女性多于男性
好发部位	手、足部	手、足部
查体	质软韧,压之不痛	质硬韧,压痛,与周围组织可有粘连
生长情况	单发,常呈慢性生长并有明显的自限性	多灶性,多结节性,生长迅速
病程	1~3 年,少数为 10 年	3~7 个月
临床症状	无临床症状或有轻微不适	多有疼痛
组织学成分	炎性和良性肿瘤性双重成分	良性 GCTTS 成分与恶性肉瘤成分
大体形态	<3 cm,可呈圆形、椭圆形或条索状,有完整包膜	>3 cm,分叶状,可带多个小体,包膜多不完整,有坏死出血

3 讨 论

3.1 MGCTTS 临床、病理特点及与 GCTTS 的不同点

MGCTTS 起源于滑膜细胞或向滑膜细胞分化的间叶细胞,与 GCTTS 的组织起源相同。有学者认为,GCTTS 的基本病理特点可能是损伤引起的炎性瘤样增生,也有学者认为,GCTTS 具有炎性和肿瘤性的双重特性^[2]。而 MGCTTS 多为局部腱鞘巨细胞瘤术后多次复发后恶变而来^[3],二者在临床上有时易于混淆,但也有各自的临床和病理特点。

3.2 病例分析

本例 5 年病程,由局部不适到疼痛明显,病情逐渐加重,X 线片提示患部骨质原有的清晰硬化边消失,代之是明显的软组织肿块伴分界不清的溶骨性破坏,将临床病史与影像学表现相结合,考虑本病例多为 GCTTS 恶变所致。这是因为在关节的急性或慢性创伤后,较多的组织细胞会集结于相邻腱鞘及滑膜,进一步增生形成肿瘤,所以本病好发于关节和肌腱组织,尤其在腱鞘众多、滑膜组织丰富的手、足部,其次是踝、腕,膝、肘、髌等部位。从解剖学角度分析,手部关节及肌腱相对较为纤细,活动频率高,且活动角度和范围大,易遭受损伤和慢性劳损,因而手部较足部更易患此病。同时老年人的手、足部易发生退行性变,因此发病率亦相对比儿童高。足踝部 GCTTS 一旦形成,软组织局部肿胀,在日常生活中肿块常与鞋及肌腱摩擦,比手部 GCTTS 受到的刺激频率高、强度大,所以虽然 GCTTS 发病概率手部略大于足踝部,但在足踝部的 GCTTS 却更容易发生恶变。本文结果显示,慢性病程恶变占总恶变率的 66.7%(6/9)。此外,GCTTS 术后近期恶变数也占相当比例,符合路奎元等^[3]提出的“MGCTTS 多系局部腱鞘巨细胞瘤术后多次复发后恶变而来”的结论。也有学者提出,复发、恶变还取决于肿瘤本身^[4],即与肿瘤的细胞类型和组织结构、增殖活性、分化能力等有关。

MGCTTS 由良性腱鞘巨细胞瘤及恶性肉瘤组成,肿瘤沿肌腱生长浸润,累及周围肌肉和骨组织,GCTTS 为起源于腱鞘滑膜的良好软组织肿瘤^[5],生长相对缓慢,部分可伴有侵袭性改变^[6]。X 线片上,前者表现为患处软组织肿胀,可见软组织肿块影,其内偶可见钙化,伴邻近骨质溶骨性破坏,与正常骨质分界不清;后者初期可见关节旁边界清晰的软组织影,随病情发展,可对临近骨关节造成压迫性骨质吸收,骨组织反应性修复增生后通常会存在清晰的硬化边,提示多系良性病灶。如若原有 GCTTS 手术史或其短期内迅速倍增,临床出现明显疼痛或压痛,影像学检查显示临近骨关节呈分界不清的溶骨性骨质破坏或侵犯周围软组织时应考虑恶变。

3.3 影像学诊断及检查技术的优化

MGCTTS 仅凭传统 X 线片确诊较难,应结合计算机断层扫描(CT)、核磁共振(MRI)检查^[7]。CT 图像上可见病灶处等密度的软组织肿块影,边界模糊,其内可见坏死囊变,偶有钙化灶出现;MRI 信号表现多种多样,信号取决于肿块组织中脂类(泡沫细胞)与纤维结缔组织及含铁血黄素等多种成分的不同比例。肿瘤信号大都不均匀,以肌肉样的等信号为主,因肿瘤内部出现坏死囊变而可见 T1WI 低信号、T2WI 高信号或(和)含铁血黄素沉着的 T1WI 及 T2WI 低信号区,CT/MRI 增强扫描瘤体有不均匀的强化。MGCTTS 有时与其他软组织恶性肿瘤难以鉴别,需要临床、影像、病理 3 项结合。

X 线片因空间分辨率高、整体观较强,且简便价廉,可用作常规检查;CT 扫描对肿瘤内部的钙化更为敏感,同时对骨质结构的破坏显示更清晰全面;MRI 对软组织结构有高分辨能力的优势,所以对该肿瘤成分及其范围显示更加详细全面,能显示出一些不能触及的小结节。由于 MGCTTS 具有多灶性、多结节及切除后容易复发的特点,手术时可能会出现切除那些可触及的结节,而未形成结节的病灶被遗漏,成为复发隐患^[8]。因此,术前行 MRI 检查,对诊断及了解肿瘤浸润范围,制定手术方式及降低术后复发率有很大帮助。

通过对本病例的探讨及文献分析,可初步得出以下结论:(1)MGCTTS 多为 GCTTS 反复受外因刺激后恶变而来,其中手足部 GCTTS 恶变概率较高。(2)MGCTTS 具有一定的临床及影像表现特点,术前行 MRI 检查甚为重要,能对临床诊断及治疗提供较大帮助。

参考文献

- [1] 丁建平,李石玲,刘斯润.骨与软组织肿瘤影像诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2009:128.
- [2] Justin Q,Christian L,Carlson M,et al. Giant Cell Tumor of the Peroneus Tendon Sheath[J]. AJR, 2003, 180(5): 1442.
- [3] 路奎元,文良元,孙长太,等.手部恶性腱鞘巨细胞瘤 7 例报告[J].中华手外科杂志,1999,15(4):221-222.
- [4] Sookur PA, Saifuddin A. Indeterminate soft-tissue tumors of the hand and wrist: a review based on a clinical series of 39 cases[J]. Skeletal Radiol, 2011, 40(8): 977-989.
- [5] 潘勇卫,黄啸原,由江峰,等.手部恶性腱鞘巨细胞瘤临床研究[J].中华外科杂志,2008,46(21):1645-1648.

[6] 顾东华, 孙明. 腱鞘巨细胞瘤的影像学诊断(附 13 例分析)[J]. 放射学实践, 2011, 26(5): 530-533.
 [7] Waldt S, Rechl H, Rummeny EJ, et al. Imaging of benign and malignant soft tissue masses of the foot[J]. Eur Radiol, 2003, 13(5): 1125-1136.

[8] 陈艳, 王治平, 刘洪武. 恶性腱鞘巨细胞瘤一例[J]. 放射学实践, 2005, 20(3): 278.

(收稿日期: 2011-12-28)

136 例乙型肝炎肝硬化患者血清学指标的意义

周 铭, 张艳萍, 柳文菊, 郭 辉 (长江大学附属第一人民医院检验科, 湖北荆州 434000)

【摘要】 目的 探讨 136 例乙型肝炎肝硬化患者血清中透明质酸(HA)、血清铁蛋白(FE)、血清铁(SI)、层粘连蛋白(LN)、IV 型胶原(IV-C)、血清 III 型前胶原(PⅢNP)、总胆红素(TB)、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)的变化。
方法 测定 136 例不同病因导致肝硬化患者的血清学指标, 同时进行肝穿刺活组织检查及计算机断层扫描检查, 进行纤维化分期, 分析纤维化各期中血清学指标的变化。
结果 HA、FE、SI 与肝纤维化分期有相关性。LN、IV-C、PⅢNP、TB、AST 在肝纤维化各期中差异无统计学意义, 只有参考价值。
结论 根据 HA、TB、SI 的变化可反映纤维化的进程。

【关键词】 纤维化; 血清学指标; 乙型肝炎

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.09.060 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)09-1127-02

肝纤维化是指肝脏纤维结缔组织的过度沉积, 是细胞外基质合成和降解不平衡的结果, 是各种慢性肝病向肝硬化发展所共有的病理改变和必经途径。肝纤维化形成是由于各种损肝因子引起肝细胞损伤、坏死、凋亡及肝组织炎性反应, 激活枯否细胞分泌多种细胞因子, 与肝细胞、血小板及窦内皮细胞分泌的细胞因子及脂质过氧化物等化学递质, 共同作用于肝星状细胞, 使肌成纤维细胞发生增殖。目前认为, 肝纤维化是可逆的, 肝硬化是不可逆的^[1]。因此, 及早发现肝纤维化并客观判断纤维化的分期, 对肝病的预后判断、抗肝纤维化药物的选择及疗效评价有重要意义。目前对肝纤维化分期只能依靠肝脏组织的病理诊断, 因此探讨肝纤维化各期血清学指标的变化显得尤为重要。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2007 年 1 月至 2009 年 12 月在本院住院和门诊就诊的乙型肝炎肝硬化患者 136 例, 男 84 例, 女 52 例, 年龄 18~70 岁, 平均(42.5±7.6)岁。诊断符合 2006 年全国传染病与寄生虫和肝病学术会议(西安)修订的病毒性肝炎防治方案的标准。所有病例均排除重叠甲型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、戊型肝炎病毒、巨细胞病毒、EB 病毒感染, 并排除酒精性肝病、自身免疫性肝病及其他肝病等。

1.2 组织学检查 所有患者在签同意书后在 B 超定位引导下使用 16 G 巴德一次性穿刺针抽取肝脏组织约 20~23 cm。标本

用 10% 甲醛固定, 石蜡包埋, 连续切片做常规 HE 染色及 Masson 染色, 病理科阅片, 按照 Ishak 系统评分判断肝纤维化程度。病理结果显示, 纤维化分期情况为: F0 期 43 例, F1 期 28 例, F2 期 19 例, F3 期 17 例, F4 期 15 例, F5 期 8 例, F6 期 6 例。

1.3 血清学检查 所有患者在穿刺前一天空腹抽静脉抽血 3 mL 并分离血清。使用 AU-5400 及配套试剂按说明书操作检查血清铁(SI)、总胆红素(TB)、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)、透明质酸(HA)、血清铁蛋白(FE)、层粘连蛋白(LN)、IV 型胶原(IV-C)、血清 III 型前胶原(PⅢNP)用北方生物技术研究所成套试剂, 采用 DFM-96 型 16 探头放射免疫 r 计数器测定。

1.4 统计学方法 运用 SPSS13.0 软件进行统计学处理。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用单因素方差分析, 相关性统计采用 spearman 处理。

2 结 果

肝纤维分期的血清学指标检测结果见表 1。根据 spearman 检验发现, HA、FE、SI 与肝纤维化程度呈正相关性, 分别为 $r=0.562, P<0.01; r=0.537, P<0.01; r=0.546, P<0.01$ 。LN、IV-C、PⅢNP、TB、AST 与肝纤维化程度无相关性, 分别为 $r=0.297, P<0.01; r=0.367, P<0.01; r=0.335, P<0.01; r=0.363, P<0.01; r=0.312, P<0.01$, 有些只在某一段内有相关性, 如 PⅢNP 在 F0~F2 之间差异有统计学意义 ($r=0.541, P<0.01$)。

表 1 肝纤维化分期与血清学指标的关系($\bar{x} \pm s$)

项目	F0 (n=43)	F1 (n=28)	F2 (n=19)	F3 (n=17)	F4 (n=15)	F5 (n=8)	F6 (n=6)
HA($\mu\text{g/L}$)	60.3±35.5*	72.2±31.8	84.9±60.1	132.0±73.6	289.0±220.2	355.0±246.1	480.1±260.9
FE($\mu\text{g/L}$)	443.6±214.4	636.4±341.0	774.2±473.6	823.4±510.6	905.6±612.3	1 002.7±728.4*	1 105.5±803.4
SI($\mu\text{mol/L}$)	20.3±7.6*	27.2±8.9	30.6±7.7	34.5±11.1	39.8±13.6	44.5±17.4	50.2±20.8
LN($\mu\text{g/L}$)	120.5±32.4	111.9±28.3#	119.6±29.9	107.2±30.4	110.5±33.5	113.2±39.6	90.7±36.6
IV-C($\mu\text{g/L}$)	66.9±12.9	64.2±19.1	85.3±22.6	77.3±22.4 [△]	79.1±19.8	95.3±36.4	103.7±34.6
PⅢNP($\mu\text{g/L}$)	117.7±55.9	121.4±60.2	190.3±132.5	159.8±152.4	170.6±75.3 [△]	310.3±212.6	308.2±170.8
FB($\mu\text{mol/L}$)	26.3±20.8	20.4±10.9	17.3±10.4	58.2±16.9	33.1±28.9	22.8±16.5	45.5±34.6
AST(U/L)	40.0±32.6	32.1±19.3	93.5±62.0	82.1±73.3 [⊙]	42.2±19.5	49.4±35.6	75.9±65.8

注: 与 F6 相比, * $P<0.01, \Delta P<0.05$; 与 F1 相比, # $P<0.05$ 。