DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.07.006

于耳部解剖的学习。在临床工作中可以按照不同的要求及相关手术入路，应用虚拟耳内窥镜从不同的显示角度对内耳及相关结构的形态、空间位置及毗邻关系进行观测，这将有利于术前手术入路的设计和手术中的适时指导[7]。这方面的解剖资料对耳部疾病的影像诊断及耳神经外科手术具有十分重要的参考价值，也显示出虚拟耳内窥镜在临床和教学应用中具有很好的前景。

参考文献：

[1] Tedeschi H, Rhoton A L. Lateral approaches to the petroclival region[J]. Surg Neuroal, 1994, 41(3): 180—216.

[2] Valvassori G E. Update of computed tomography and magnetic resonance in otology[J]. An J Otol, 1994, 15(2): 203—206.

[3] Frankenthaler R P, Moharir V, Kikinis R, *et al*. Virtual otoscopy[J]. Otolaryngol Clin North Am, 1998, 31(2): 383—392.

[4] 张绍祥，刘正津，谭立文，等. 首例中国数字化可视人体完成[J]. 第三军医大学学报，2002，24(10)：1231—1232.

[5] Korves S, Klimek L. Image- and model-based surgical planning in otolaryngology[J]. J Otolaryngology, 1995, 24(5): 265—270.

[6] Boor S, Maurer J, Mann W, *et al*. Virtual endoscopy of the inner ear and the auditory canal[J]. Neuroradiology, 2000, 42(7): 543—547.

[7] Kikinis R, Gleason P L, Moriarty T M, *et al*. Computer-assisted interactive three-dimensional planning for neurosurgical procedures[J]. Neurosurgery, 1996, 38(4): 640—651.

（编辑 汪勤俭）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2003)07-0574-01

阑尾粘液腺癌转移至子宫、卵巢1例

A case report of appendiceal mucinous adenocarcinoma metastasis to uteri and ovaries

龙 玲，徐惠成，梁志清 （第三军医大学附属西南医院妇产科，重庆 400038）

患者54岁，绝经3年。因绝经后阴道流血10 d于2002年1月9日入院。2001年11月28日曾因白带增多在本院行宫颈活检，病理诊断为宫颈管息肉、宫颈粘膜慢性炎伴鳞状上皮增生。10 d前出现阴道流血，量少，伴下腹隐痛。入院时查心肺腹部无明显异常。妇检：阴道穹隆稍缩窄，宫颈光滑，宫颈管增粗，质硬，子宫70 d孕大小，质中，活动欠佳，双侧附件增厚，无压痛，未扪及包块，双侧阔韧带增粗，质软，子宫骶骨韧带近子宫端1/2结节状增粗。于2002年1月行剖腹探查术，术中见：腹腔内无腹水，肝、胆、胃正常，大网膜、肠管、肠系膜及腹膜表面见多个0.1～0.5 cm、白色、质硬结节，阑尾3.0 cm×1.5 cm×1.5 cm大小，色白，质脆；膀胱与子宫前壁致密粘连；双侧阔韧带增厚，质软；子宫增大70 d孕大小，质地坚硬，表面结节状，后壁与直肠及骶韧带致密粘连；右侧卵巢5.0 cm×4.0 cm×4.0 cm大小，结节样，质硬；左侧附件粘连，大小正常。腹主动脉旁淋巴结肿大，3.0 cm×2.0 cm×2.0 cm大小。行广泛性子宫切除术、盆腹腔淋巴结清扫术、腹主动脉旁淋巴结切除术、大网膜切除术、阑尾切除术和肠管及肠系膜表面病灶切除术。术后剖开子宫，见宫内膜光滑，子宫坚硬如石，宫颈管内有一息肉，双侧输卵管无明显异常，左侧卵巢大小正常，表面光滑，右侧卵巢增大，5.0 cm×4.0 cm×4.0 cm大小，结节样，质硬，双侧卵巢剖面为实性，无囊性区，阑尾增粗，3.0 cm×1.5 cm×1.5 cm大小，色白，质脆。术毕腹腔内注入顺铂100 mg。病理诊断为阑尾粘液腺癌伴子宫及双侧附件、肠系膜及淋巴结转移2/14。术后第5天腹腔内注入足叶己甙200 mg，静滴表阿霉素90 mg。

讨论

原发性阑尾恶性肿瘤较少见，主要为阑尾类癌和腺癌，粘液腺癌极少见[1]。原发性阑尾恶性肿瘤缺乏特异性临床表现，术前和术中极少获得明确诊断。阑尾粘液腺癌易发生卵巢和腹膜转移，并可在腹腔内出现大量粘液，但很少转移至子宫[2]。阑尾粘液腺癌伴有卵巢肿瘤时很难确定原发灶，组织学检查有时也不能明确，需结合术中肉眼观察。本例患者症状主要是绝经后阴道流血，伴下腹隐痛，而无腹胀、恶心、呕吐、腹泻、大便性状改变等消化道症状，术中所见主要表现为卵巢和子宫病变，阑尾仅表现为增粗、质脆，类似阑尾转移性肿瘤表现，误诊为子宫肿瘤而未行快速冰冻切片，应引为教训。

阑尾粘液腺癌诊断一旦确立，应及时行右半结肠切除术。第2次手术宜在第1次手术半个月内进行。术后再辅以化疗。对于腹腔内有广泛转移体质差者，在无肿瘤所致的结肠穿孔、梗阻和出血时，可给予化疗、免疫治疗等。本例于第1次手术后，反复劝其再手术，未接受，逐行化疗，至今已行6个疗程化疗，未发现肿瘤复发。

关键词：阑尾粘液腺癌；子宫；卵巢
中图法分类号：R73-37；R735.36 文献标识码：B

参考文献：

[1] Ozakyol A H, Saricam T, Kabukcuoglu S, *et al*. Primary appendiceal adenocarcinoma[J]. Am J Clin Oncol, 1999, 22(5): 458—459.

[2] Hinson F L, Ambrose N S. Pseudomyxoma peritonei[J]. Br J Surg, 1998, 85(10): 1332—1339.

（编辑 陈聪连）

作者简介：龙 玲(1965—)，女，重庆市人，主管护师，主要从事临床护理方面的研究。电话：(023)68754412

收稿日期：2002-11-25；修回日期：2003-02-15

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