DOI:10.16016/j.1000-5404.2001.12.058

2.2 CT、UU感染与输卵管梗阻

32例CT和UU感染的不孕者双侧输卵管完全或部分梗阻与58例无CT和UU感染者比较有显著差异($P<0.05$)，见表2。

表2 CT、UU感染与输卵管梗阻

CT、UU检测	总例数(%)	子宫输卵管碘油造影诊断					
		完全梗阻		部分梗阻		通畅	
		单侧	双侧	单侧	双侧	单侧	双侧
CT (+)	16(17.8)	5	3	2	5	5	2
UU (+)	13(14.4)	7*	2	2	3	3	2
CT+UU (+)	3(3.33)	0	2	0	1	0	0
CT、UU (−)	58(64.4)	6	5	7	10	11	31
合计	90(100)	18	12	11	19	19	35

*：3例宫外孕单侧输卵管切除

2.3 CT、UU感染与生殖道炎症，见表3

表3 CT、UU感染(阳性)与生殖道炎症

	例数	CT	UU	CT+UU	合计
		例(%)	例(%)	例(%)	例(%)
宫颈管炎	106	15(14.5)	31(29.3)	4(3.8)	50(47.1)
前庭大腺炎	14	2(14.3)	1(7.1)		3(21.4)
子宫内膜炎	22	3(13.6)	2(9.1)	1(4.5)	6(27.3)
盆腔炎	45	7(15.6)	6(13.3)	3(6.7)	16(35.6)

3 讨论

生殖道CT、UU感染是输卵管性不孕(TEI)的重要原因：许多研究资料表明生殖道CT、UU感染与TEI密切相关，临床发现50%的输卵管阻塞不育患者经血清学证实曾感染过CT[2]。国内贺子秋等[3]用PCR方法检测101例输卵管妊娠(EP)的标本，发现CT阳性率18.81%，UU阳性率40.59%。本研究资料亦显示CT和UU感染的不育患者经HSG诊断双侧输卵管部分或完全阻塞占50%，较有关报道偏高，可能与病例选择和检查方法不同有关，在HSG检查中少数病例因输卵管痉挛影响诊断结果，但也能显示CT和UU感染与TEI之相关性。因此，对盆腔炎和不孕患者及时检测CT和UU是防治不孕的一个途径。

现在公认由CT感染引起输卵管炎粘连、阻塞，是因反复发作的CT感染引起免疫反应所致[4]。CT首先感染宫颈管拄状上皮，引起宫颈管炎，继而上行传播引起子宫内膜和输卵管感染，反复感染引起EP和TEI等并发症和后遗症。UU感染引起子宫颈管、子宫内膜和输卵管的慢性炎症，当精子通过生殖道时，支原体吸附于精子上，干扰精子与卵子结合，影响受精卵着床及不孕[5]。本资料显示宫颈管炎患者CT感染占14.5%、UU感染占29.3%，以UU感染偏高。因此对宫颈管炎患者常规进行CT和UU检测，并及时正规的治疗，可减少CT、UU感染引起的盆腔炎(PID)、EP和TEI的发生。

关键词：生殖道感染；解脲支原体；沙眼衣原体
中图法分类号：R711.3 文献标识码：B

参考文献：

[1] 董兆文，张国芬，袁国琴，等. Clearview Chlamydia多中心临床检测报告[J]. 华西医学，1997，12(4)：468−469.
[2] 薛月珍，综述. 沙眼衣原体感染与生殖道亚临床症状[J]. 实用妇产科杂志，1995，11(2)：136.
[3] 贺子秋，江慧娟，戴钟英，等. 输卵管性传播疾病病原体与输卵管妊娠关系的研究[J]. 实用妇产科杂志，1999，15(5)：254.
[4] 韦红，综述. 沙眼衣原体热休克蛋白60研究进展[J]. 国外医学：妇产科分册，1999，26(3)：152.
[5] 陈淑兰，张 力. 沙眼衣原体和解脲支原体引起自然流产、不育的临床观察[J]. 中华计划生育杂志，2000，57(1)：33.

(编辑 冷怀明)

经验交流

文章编号：1000-5404(2001)12-1498-01

曲菌性鼻窦炎33例临床分析

Aspergillus sinusitis: clinical analyses of 33 cases

张 民[1]，黄 辉[2]，姬长友[1] ([1]第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所耳鼻咽喉-头颈外科，重庆 400042；[2]广州军区第一门诊部，广州 510080)

我科1980年3月至2000年5月间共观察到33例曲菌性鼻窦炎患者，其中男性9例，女性24例，男/女比例为1∶2.7；患者的平均年龄为47岁，最小13岁，最大72岁；受累部位最常见的是上颌窦(28例)和筛窦(9例)，个别累及额窦和蝶窦。常见的初诊症状有：鼻阻、涕中带血、脓涕、面颊肿胀和头痛，绝大多数伴有鼻息肉；X线平片见31例(94%)有上颌窦密度增高，6例(18%)有额窦和蝶窦密度增高；21例曾行CT扫描，其中17例(81%)可见鼻窦内有密度高边界清晰的团块。

全部病人均施行了上颌窦根治术治疗，其中有27例(82%)同时行鼻内筛窦开放及鼻息肉摘除术。手术经唇龈沟切口暴露上颌窦前壁，进入上颌窦后分别可见息肉、脓液、干酪样物、泥沙样物以及纤维样增生等病变，彻底清除病变组织、冲洗后，上颌窦内壁前下开窗；大部分病例行常规鼻内筛窦刮除术，清理出筛窦内的干酪样、泥沙样物。术后病理报告显示均有淡黄

作者简介：张 民(1971−)，北京市人，硕士，医师，主要从事内耳听力及前庭疾病方面的研究。电话：(023)68757240
收稿日期：2001-02-12；修回日期：2001-07-10

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

色无定形结构，混有坏死组织、脂质，偶可见胆固醇或钙盐结晶。

所有患者术后平均随访 13 个月(3～20 个月)，全部病人经手术均获治愈，未发现复发者。

讨论

曲菌(Aspergillus，A)广泛存在于泥土、食物、果实、谷物和空气中，可感染鸟类、昆虫及家畜，繁殖力甚强。曲菌约有 132 个菌种，其中致病菌种主要有 10 种，而与人类疾病有关的有 7 种，最常见的为熏烟色曲霉、黑曲霉、黄曲霉等。

自 1791 年 Plaignaud 等人报道首例人的霉菌性鼻窦炎后，随着诊断技术的改进，我们发现该病在临床上并不少见，且常有被误诊为恶性肿瘤的情况。

曲菌是一种条件致病菌，可随呼吸进入上呼吸道，并作为腐生物长期存在于鼻腔和鼻咽、口咽的粘膜上，而不引起任何症状。当机体抵抗力下降和/或出现下述局部诱因时，曲菌的生长繁殖有了良好的条件，此时方出现致病力。局部诱因为：慢性炎症、外伤、窦腔内有病理性分泌物潴留、鼻内通气引流受阻和上颌窦内壁及自然开口处存在粘膜皱褶和隐窝等[1]。此外，尚有个别病例是在体检中偶然发现的。

感染的好发部位依次为：肺、肝脏、骨、脑膜和鼻窦。女性患者较男性多，常为单侧上颌窦受累。

曲菌性鼻窦炎临床上一般分为侵袭型和非侵袭型。Hartwick 和 Batsakis(1991)又根据疾病的临床表现，将鼻腔和鼻窦的该病分为 4 型：变应型、非侵袭型、侵袭型和暴发型[2]。但应该注意的是，无论采用哪种分型方法各型之间都可能相互转化或出现过渡型，非侵袭型者若长期未得到治疗，或机体的抵抗力降低，可以转变为侵袭型。

非侵袭型又称鼻腔鼻窦慢性曲菌病，是最常见的类型，好发于成年女性。本研究 33 例患者均属此型，且其中 72.7%(24 例)为女性。该型病变局限于一个窦腔，上颌窦最常见，筛窦次之，原发于蝶窦或额窦的少见，因此症状较轻，患者主要表现为鼻塞、流脓涕、涕中带血、头痛及面部压迫感等。此外，鼻涕中尚可有污秽的痂皮、干酪样物，偶可出现绿色胶冻样分泌物，患者自觉鼻内有霉臭气。

诊断上应对临床症状和体征、CT 片等影象学结果综合考虑，但即使 CT 片上的高密度影高度怀疑曲菌病，也需术后病理报告证实才能确诊[3]。

治疗包括全身和局部使用抗霉菌药以及基础病的诊治[4]。但最有效的方法仍是手术治疗。

术式常选用上颌窦根治术(柯-陆式手术)和/或鼻内筛窦刮除术，随着鼻窦内窥镜技术的成熟，内窥镜手术加局部应用抗霉菌药物的方法也取得较好的疗效[5]。手术的关键是彻底去除病变组织，恢复患侧鼻窦的通气和引流。术中应充分暴露窦腔，将病变组织彻底清除，多采用刮除加冲洗的方法，冲洗采用生理盐水或咪康唑(制霉菌素)悬液。最好一次性清除鼻窦和眶内病灶，视病变范围选用术式。

关键词：鼻窦炎；曲霉菌属
中图法分类号：R765.4　　文献标识码：B

参考文献：

[1] Min Y G, Kim H S, Kang M K, *et al*. Aspergillus sinusitis: clinical aspects and treatment outcomes[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 1996, 115(1): 49—52.
[2] 宋　军，张　楠，林　尚　泽. 曲菌性鼻窦炎[J]. 国外医学：耳鼻咽喉科学分册，1997，21(2)：103.
[3] 朱　俭，曾　盛，全显跃，等. 曲菌性鼻窦炎的 CT 表现附 5 例报告[J]. 影像诊断与介入放射学，1998，7(3)：129—130.
[4] 陈崇喜，周建平. 霉菌性鼻窦炎 18 例报告[J]. 温州医学院学报，2000，7(3)：79—80.
[5] 范献良，蔡晓岚，常　平，等. 内窥镜手术及局部应用氟康唑治疗霉菌性鼻窦炎[J]. 耳鼻喉学报，1999，13(1)：19—20.

(编辑　谢义霞)

文章编号：1000-5404(2001)12-1499-02

个案与短篇

子宫间质细胞肉瘤 1 例

Report of a case of uterine interstitial cellular sarcoma

段　炼[1]，汤晓玲[2]　(重庆市第八人民医院：[1]妇产科；[2]病理科；重庆 400015)

患者，33 岁，农民，因月经量增多，经期延长 1 年余，于 2001 年 4 月 9 日入院。近 4 月月经量明显增多，伴血块，经期 10～20 d，周期 15～28 d，时有头昏、眼花，腰骶酸胀。LMP(2001-04-02)量多，有大量血块。入院检查：体温、脉搏、呼吸、血压无异常。贫血貌，全身皮肤、巩膜无黄染，浅表淋巴结不肿大，心、肺、肝、脾(－)，腹平坦，无压痛，未触及包块。妇科检查：阴道少量淡红色血液，宫颈光滑，宫体后位，似 50 d 孕大，质中，活动，无压痛，双侧附件(－)。B 超检查：子宫大小 7.8 cm×7.3 cm×7.3 cm，内有 5.5 cm×4.4 cm 回声偏低，不均匀块影，块影内有 2.5 cm×0.4 cm 强回声带和 1.7 cm×1.2 cm 无回声暗区。提示：子宫内膜下肌瘤。作子宫次全切除，术中见腹膜光滑，腹腔内无积液，脏器无粘连，子宫均匀增大如 50 d 孕，质中、色泽正常，双

作者简介：段　炼(1948－)，女，重庆市人，主治医师，主要从事妇科疾病防治方面的研究。电话：(023)63873527

收稿日期：2001-08-01；修回日期：2001-09-27

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