DOI:10.16016/j.1000-5404.1995.03.048

B型超声诊断异位绒毛膜细胞癌一例

Diagnosis of ectopic choriocarcinoma by B-ultrasound: report of one case

卓忠雄 卓 泉 (第三军医大学附属新桥医院超声诊断科) 重庆,630037

患者,陶×,女,30岁,住院号:144446,病史特点:1月前因停经2月,不规则阴道流血,伴右下腹痛,在当地区医院以"宫外孕"行双侧输卵管切除术,手术过程不详,术后11 d伤口甲级愈合出院。8 d前患者自感右下腹包块及疼痛,当地县医院抗炎治疗一周,上述症状加重,我院以"盆腔炎"、"陈旧性宫外孕"收入妇产科。

妇科情况:阴道通畅,无脓性分泌物;宫颈着色,质软,轻度举痛;子宫后位形态不规则,约2月孕大小,固定,与左附件包块粘连;右附件区可扪及6 cm×6 cm大小包块,囊性,光滑,活动好,左附件区可扪及7 cm×4 cm大小包块,活动度差,与子宫粘连。尿妊娠试验阳性,后穹窿抽出暗红色积血1 ml,部分凝固。

第一次B超所见(6月9日超声号:944024):子宫形态、大小正常,宫壁回声欠均质,未见典型占位性病变,宫内膜明显增厚,厚达1.1 cm,位置居中。宫体右侧可见一不均质肿块影像,大小约8.2 cm×5.4 cm,后方有增强效应;宫体左侧可见7.2 cm×4.2 cm不规则液性暗区,内可见絮状物回声,与右侧肿块融合。提示:(1)盆腔不均质肿块,建议抗炎治疗后复查;(2)宫壁回声不均质,子宫内膜增厚。

第二次超声所见(6月15日,抗炎治疗一周后):子宫声像图与前次超声所见无明显变化。子宫直肠陷窝可见约10.3 cm×5.3 cm椭圆形块状回声、不均质,震动后回声无明显改变,边界尚清楚,子宫被其后方包块推向膀胱,双侧卵巢未显示。提示:盆腔包块。①炎性包块;②异位绒癌?建议抗炎治疗后复查,必要时超声引导下穿刺活检。

6月17日行剖腹探查术,术中所见:腹腔陈旧性积血1000 ml,盆腔右侧有一新生物14 cm×13 cm×12 cm,表面不规则,与腹壁、肠管、大网膜、子宫有疏松粘连,子宫约40 d孕大小,左附件区未见异常,右附件区未见卵巢。

病理诊断:"盆腔"绒毛膜细胞癌,细胞分化Ⅰ~Ⅱ级。

讨 论

异位绒癌(原发性输卵管绒癌和原发性卵巢绒癌),主要指原发于子宫以外的绒癌,而不是由于子宫绒癌继发转移至输卵管或卵巢所形成的转移癌,此病例发病率极低,约占绒癌发病率的1%。因其所在部位的关系,易于出血,临床症状早而明显,常被误诊为宫外孕而手术。异位绒癌来源有二:(1)继发于输卵管或卵巢妊娠;(2)原发于输卵管或卵巢(非妊娠性),无论来源如何,此病愈后差、死亡率高,应高度重视[1,2]。

此病容易误诊的因素:(1)病史不详者,或近期有"宫外孕"手术史、盆腔炎者,易误诊为盆腔炎性包块;(2)此病临床发病率极低,不易引起重视,常被忽略;(3)此病一般无典型的滋养细胞肿瘤临床表现(妊娠反应),主要呈慢性少量内出血,或盆腔包块;(4)临床妊娠试验阳性者,有20%左右为假阳性,若无明显停经史及妊娠反应,此病常被忽略。

异位绒癌的超声诊断:此病发生率极低,声像图表现无特征性,迄今为止国内外超声界无详细报道。若患者有妊娠反应,血HCG明显增高,声像图发现子宫轻度增大,宫内膜增厚,附件区不均质肿块、无包膜、抗炎治疗无效,除诊断为宫外孕外,应考虑到异位绒癌的可能。

关键词 绒毛膜癌/诊断;超声诊断
中图法分类号 R737.3

参考文献

1 林巧稚.妇科肿瘤.北京:人民卫生出版社,1984:327~335
2 王淑贞.妇产科理论与实践.上海:上海科学技术出版社,1981:564~566

(收稿:1995-02-26;修回:1995-05-13)

肠结核致消化道大出血一例报道

One case of massive hemorrhage caused by intestinal tuberculosis

唐开业 陈素莲 (第三军医大学附属新桥医院普外科) 重庆,630037

患者,女,26岁,于1994年5月上旬出现乏力纳差,腹胀逐渐加重,大便稀溏,无脓血粘液,每日8次,县医院查肝功、B超拟诊肝硬变失代偿期,脾大伴有腹水,给予保肝利尿等处理,腹胀减轻,乏力纳差腹泻无好转。同年6月19日开始高烧,体温38℃~40.5℃,呈驰张热,出现尿急尿频但无血尿。近1周活动困难反应迟钝,发病以来无咳嗽咳痰、胸腹痛,偶有盗汗,否认肝炎及结核病史,月经正常。查体:体温39.2℃、脉博120次/分,呼吸20次/分,血压14/10 kPa,轻度贫血,皮肤巩膜无黄染,无蜘蛛

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

痣和肝掌，全身表浅淋巴结不肿大，心肺(－)，腹部稍饱满，全腹软无压痛，未扪及包块，肝脾不肿大，有移动性浊音，肠鸣正常，肾区无叩压痛，指肛未扪及肿块。血常规检查：Hb 81 g/L，Rbc 3.77×16^2/L、Wbc 3.6×10^9/L、PLT 173×10^9/L。尿常规：RbC(＋)、Pro(卄)、BiL(卄)、KET(＋)。大便常规：Rbc(卌)、Wbc(＋)、隐血试验(＋)。门诊以高热原因待查：拟为肝硬化并感染性腹膜炎、结核性腹膜炎或肠伤寒收入内科。7月13日解黑便两次各500 ml和800 ml，并突然昏倒在厕所，立即给予补液、输血、止血、禁食、抗感染等治疗，下午解暗红色血便数次，急诊查纤维胃镜报告为慢性浅表性胃炎、十二指肠球炎，腹腔穿刺为感染性渗出液，7月14日又解3次血便约400 ml后出现心慌、气紧、大汗。2 d共输血3000 ml，症状无好转，血压9.5/7 kPa，脉博130次/min。急诊ECT检查提示回盲部有活动出血。而转入外科剖腹探查，术中见腹腔内有黄色渗出液2500 ml，大网膜充血水肿增厚，腹腔内各脏器浆膜布满灰白色粟粒状结节，肠系膜淋巴结肿大，回肠下段肠腔内积血，结肠扩张充满积血，回肠末端100 cm内可见多处充血发红的病灶，打开肠腔见肠粘膜溃疡面广泛出血。因回盲部病变严重故决定行右半结肠切除，切除末端回肠120 cm，行小肠横结肠端端吻合。术后诊断：肠结核、结核性腹膜炎伴下消化道大出血。病理报告为小肠结核伴多处溃疡形成弥漫性结核性腹膜炎。

讨 论

肠结核临床表现以肠炎为主，有便血者少见，由于肠结核溃疡基底小动脉壁增厚、内腔狭窄闭塞形成闭塞性动脉内膜炎，很少引起出血。但有少量报道病变侵蚀大血管引起大出血者。因机体对结核杆菌反应情况不同，结核性腹膜炎的临床表现常不同，腹水型结核性腹膜炎易误诊为肝硬化腹水[1]。由于轻信了院外诊断，对病人不甚典型的结核中毒症状及肠结核临床表现未能引起重视，以致该例患者术前未明确诊断。因大量解血便经积极抗休克输血治疗无效而行了急诊部腹探查，发现回肠，结肠多发性结核溃疡病变大出血，行右半结肠切除术后，病人恢复良好，近年来结核发病有所上升趋势，且腹部结核临床表现不典型，早期明确诊断有一定困难，值得引起注意。

关键词 结核，胃肠，出血

中图法分类号 R524

参考文献

1 吕承志，李鹤亭. 结核性腹膜炎6例误诊原因分析. 山东医药，1978，4：30

（收稿：1995-02-27；修回：1995-04-10）

书　讯

《人体颅底部薄层断面与MRI、CT对照图谱》

张绍祥、刘正津教授主编。四川科学技术出版社出版。精装进口铜版纸印刷，540余页，书号：ISBN 7－5364－3104－X/R·680，每本估价185元。

作者鉴于国内外尚无颅底部间距为1.5mm的断面标本图，而现在MRI和CT已能作出薄至1.5～2mm的断层图像，这亟大的影响了对微小病灶，特别是肿瘤的早期诊断。作者采用生物塑化的新技术，制作出颅底部各区域冠矢横三方位，间距为1.5mm的连续断面图250余幅，每幅图均配以相应的MRI、CT图、简图和中英文对照说明。

本书于1995年10月出版。

☆☆

《肿瘤化学治疗敏感性与抗药性》

张胜本、张连阳教授主编。四川科学技术出版社出版，16开，压膜装，书号：ISBN 7－5364－3105－8/R·681，每本估价17.50元。

本书介绍恶性肿瘤化学治疗敏感性、抗药性、国内外研究概况、发展趋势和应用前景；详细叙述了恶性肿瘤化疗敏感性检测的各种方法（原理、材料和试剂、操作步骤、影响因素、注意事项、评价及临床应用等）、试验设计、数据处理和最新研究进展；分析恶性肿瘤抗药性产生机理与药物化学结构的关系、抗药细胞病理学、抗药性检测、逆转及临床应用等。

欲购上述任何一本书，均可与第三军医大学学报编辑部张大春、刘鹏、王红等人联系。

地　　址：重庆市沙坪坝区高滩第三军医大学学报编辑部

邮政编码：630038

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