

引出鼻腔深部水蛭至前鼻孔。民间还常常用动物血或鸡蛋引出水蛭。(2)水蛭位于声门区:位于该部位的水蛭患者临床特点明显:①有咽喉异物感;②发病前曾到野外淡水中饮水;③咳出或咯出鲜血;④咽喉疼痛,非吸盘处疼痛,而是活动的异物加上不停的咳嗽所致之疼痛;⑤部分患者出现呼吸困难,发音突然中断,或间歇性声音嘶哑;⑥检查可见褐色黏膜样波动性反光、活动性异物。治疗中应注意取异物手法要迅速准确,用较强力夹紧度的器械夹持。一般来说水蛭受到刺激后,会迅速收缩于头或尾部吸盘处,不会因为刺激而快速爬到另一区域,可一钳取出。鼻咽部、下咽部和声门区水蛭体长<1 cm者可以用纤维鼻咽镜活检钳取出;≥1 cm水蛭应该用鼻咽活检钳或食道异物钳夹取,动作力求准确有效。水蛭异物致窒息死亡病例鲜有报道,发生病例可能多为小儿。由于患儿咽喉较小,且水蛭在逐渐生长,使患儿反复出现咳嗽、间断呼吸困难等呼吸道受刺激症状,当水蛭移动至气管内时,致声门完全堵塞,而发生窒息,又由于水蛭的强吸附力,使其不易咳出,窒息持续存在,以致发生呼吸、心跳停止^[3]。对于声门区水蛭,特别是出现呼吸困难甚至窒息的患

者,先行气管切开术,不失为一个稳妥的方法^[4]。

3.3 鉴别诊断 水蛭在鼻咽腔生存,必须吸取血液、蠕动,因而鼻出血、血痰和异物感为鼻咽腔水蛭异物的“三大症状”。不要把鼻痒症状与过敏性鼻炎相混淆,鼻出血更要与众多内科疾病如鼻咽癌、鼻咽纤维血管瘤、高血压、血液病等导致的难治性出血相鉴别。患者多在基层县医院就诊,发现可疑的患者,应详细询问病史,有利于诊断。通过相关检查,能发现异物水蛭。随着鼻内窥镜和纤维鼻咽镜的使用,鼻咽腔不再存在死角,如中鼻道内侧和声门下等较隐蔽处也可以轻而易举地发现水蛭异物。

参考文献

- 1 刘解华. 鼻腔水蛭致鼻出血 16 例报告[J]. 中华耳鼻喉颅底外科杂志, 2006, 12(2): 105.
- 2 陈丽艳, 杨书毅. 鼻腔动物性异物(水蛭)的治疗体会[J]. 山东大学基础医学院学报, 2005, 19(4): 267.
- 3 卜春兰, 李水仙, 李新平, 等. 水蛭致气管阻塞呼吸心跳停止抢救成功 1 例[J]. 云南医药, 2003, 24(4): 349-350.
- 4 蒋勇峰. 鼻咽喉蚂蟥的临床诊治[J]. 中华现代眼耳鼻喉科杂志, 2008, 5(2): 130-132.

[收稿日期 2012-02-06][本文编辑 刘京虹 吕文娟]

卵巢未成熟畸胎瘤向成熟畸胎瘤转化 1 例 · 病例报告 ·

冯伟桦, 王琳

作者单位: 530001 南宁, 广西中医药大学(冯伟桦); 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院妇产科(王琳)

作者简介: 冯伟桦(1986-), 女, 硕士研究生, 研究方向: 妇科生殖内分泌。E-mail: feng0422013@163.com

通讯作者: 王琳(1962-), 女, 大学本科, 医学学士, 主任医师, 研究方向: 妇科生殖内分泌。E-mail: wangxiaolin122@163.com

[关键词] 卵巢肿瘤; 发病机制; 未成熟畸胎瘤

[中图分类号] R 737.31 [文章编号] 1674-3806(2012)07-0639-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.07.22

WHO 卵巢组织学分型(1999年)提出卵巢未成熟畸胎瘤(imature teratoma, IT)的定义是由胚胎性组织构成的畸胎瘤。IT属卵巢恶性生殖细胞肿瘤的一种, 恶性度高, 转移、复发率也较高, 但较少见, 仅占卵巢畸胎瘤的3%。其经过手术切除和规范化化疗后, 大多数患者可获完全缓解^[1]。但一部分患者因原发瘤未切净, 尚有复发的可能。其复发性肿瘤具有一种特殊的、与其他恶性肿瘤不同的生物学

特点, 即病理恶性程度逆转^[2-4], 最后逆转为病理分级为G₀的成熟畸胎瘤, 属良性, 肿瘤可长年在体内保持稳定的静止状态。本院2011-09收治1例, 结合文献复习如下。

1 病例介绍

患者, 41岁, 已婚。2001-04, 因“右卵巢囊肿”在外院行右侧附件切除术, 术后病理诊断为右卵巢未成熟实性畸胎瘤。术后10 d开始予5-氟尿嘧啶

化疗,同年8月在该院行第二次化疗。2005-10到上级医院行第三次化疗,复查上腹部CT显示中上腹未见转移灶,AFP、CA125结果正常。后因个人经济问题未继续进行化疗。2011-08开始出现无明显诱因下左下腹隐痛,无畏寒、发热等不适,月经无改变,到当地医院就诊,超声提示:左附件区混合性包块大小约34 mm×27 mm、54 mm×53 mm,性质待查,畸胎瘤?遂到我院进一步就诊,超声提示:宫腔内稍强回声团,内膜息肉?专科检查:外阴发育正常,阴毛女性分布。阴道通畅,内有少量淡黄色分泌物,宫颈光滑,肥大,子宫后位常大,宫体无压痛,活动尚可。左侧附件区触及一包块,大小约6 cm×6 cm×6 cm,囊性感,表面光滑,轻压痛,活动欠佳;宫腔内稍强回声团(9 mm×7 mm),内膜息肉?建议复查。左侧卵巢内混合性回声区(63 mm×66 mm×51 mm,畸胎瘤?)。入院后完善相关检查,CEA 2.07 μg/L,AFP <1.3 μg/L,CA125 31.4 μg/L,CA15 37.2 μg/L。液基细胞学检查:无上皮内病变及恶性病变。于2011-09-22在我院行经腹全子宫切除术+左侧附件切除术+肠粘连松解术。术中可见:子宫前位,正常大小,子宫后壁与肠壁粘连;右侧输卵管及卵巢缺如,左侧卵巢囊肿大小约6 cm×6 cm,囊实性,输卵管未见异常。术后复查血常规基本正常,细胞病理检查结果:(腹水)涂片示少量淋巴细胞,未见癌细胞。切除物送病理检查结果:子宫肌壁间平滑肌瘤,子宫腺肌症,增殖期子宫内膜伴子宫内膜息肉形成,慢性宫颈炎,左卵巢成熟型囊性畸胎瘤,见甲状腺组织,未见神经管等成熟成分,左输卵管黏膜慢性炎症。送检物(腹膜赘生物)中见软管,成熟上皮组织,符合成熟实性畸胎瘤。

2 讨论

胚性细胞是一种具有多向发展潜力的多能细胞,如果在胚胎不同时期,某些多能细胞从整体上分离或脱落下来,使细胞基因发生突变,分化异常,则可发生胚胎异常。一般认为如发生于胚胎后期,则形成了具有内胚层、中胚层和外胚层三个胚层的异常分化组织,即形成了畸胎瘤。其肿瘤组织由分化程度不同的未成熟的胚胎组织构成,主要为原始神经组织。卵巢IT向成熟性畸胎瘤转化机制尚不明,Zagamé等^[5]报道了病理分级逆转为0级在卵巢IT中的发生率为12%。关于其转化机制目前有以下几种推论:(1)细胞遗传学因素。畸胎瘤的组织发生一般认为来自减数分裂前的细胞,可能与第一次减数分裂失败有关,至少有些IT来源于一个第二次

减数分裂前或后的失误。90%以上自一个被一单倍体精子受精的空卵子,然后进行无胞质的自行复制。大部分为卵巢畸胎瘤的核型46XX,少数显示偏正常核型^[6]。IT中染色体异常发生率高达60%以上,其中最常见的是三体型,染色体结构异常也可能见到,常发生结构异常的染色体有3,5,7,8及9号染色体。而IT原发灶和复发灶最大的区别是组织学的不同,前者为成熟的畸胎瘤后者为未成熟的畸胎瘤,但是他们在细胞遗传学上的核型是相同的^[7],证明复发瘤虽向良性转化但是其细胞的核型并未改变,保持着原发瘤的恶性核型。提示IT在转化为成熟性畸胎瘤后的成分可能是原来的未成熟组织。(2)原发的卵巢IT常有卵巢外的种植或转移,初次手术切除时,不一定能完全切净,残留下少量大体可见或仅镜下可见的微小瘤灶。经过化疗,瘤灶内的未成熟胚性组织被消灭,而成熟胚性组织对化疗不敏感,仍持续存在^[8]。本例2001-04第一次手术,术后分别进行了3次化疗,但因个人原因并未完成严格化疗疗程。首次复发术后开始化疗时间是影响预后的重要因素,术后及时化疗尤其重要,这可能与癌灶在血管生成前对化疗敏感有关^[9]。在癌灶未形成血管前,其大小不超过0.5 mm,此不稳定的癌灶极易为抗癌化疗药物所控制或消灭,因此术后及时化疗是控制术后癌复发的重要手段之一。(3)初次手术残存的未成熟胚性组织,可自行向成熟胚性组织分化,或通过化疗的诱导而向成熟胚性组织分化,即由恶性向良性转化^[2]。Befna等^[10]指出手术彻底性对病情缓解至关重要。本例经过手术、化疗以及再次手术后转化成成熟的实性畸胎瘤。(4)时间因素。不论是通过化疗而留下的成熟胚性组织继续增长而形成肿瘤,或是未成熟胚性组织向成熟胚性组织转化而形成肿瘤,都需要一定的时间。复发瘤的病理分级与距离第一次手术的时间间隔相关。间隔在1年以内者大部分为未成熟型,复发瘤的病理分级与原发瘤相同;间隔超过1年者,基本为成熟型。本例复发的时间间隔10年之久。

以上推论迄今尚无统一论,也可能是几种情况都存在,所以有关IT转化为成熟畸胎瘤的机制仍有待进一步研究。

参考文献

- 1 连利娟,主编.林巧稚妇科肿瘤学[M].第4版.北京:人民卫生出版社,2006:619-629.
- 2 Strickler RC, Borth R, Woollever CA. The pulsatile pattern of gonado-

- tropin release in normal men, normal women, and amenorrheic women [J]. *Obstet Gynecol*, 1977, 50(3):340-346.
- 3 杨洋, 文继红. 卵巢恶性畸胎瘤研究进展[J]. *吉林医学*, 2010, 31(4):543-545.
 - 4 Caldas C, Sitzmann J, Trimble CL, et al. Synchronous mature teratomas of the ovary and liver: a case presenting 11 years following chemotherapy for immature teratoma[J]. *Gynecol Oncol*, 1992, 47(3):385-390.
 - 5 Zagamé L, Pautier P, Duvillard P, et al. Growing teratoma syndrome after ovarian germ cell tumors[J]. *Obstet Gynecol*, 2006, 108(3 Pt 1):509-514.
 - 6 刘巧凤, 李亚里, 邹杰. 畸胎瘤家族遗传特性探讨[J]. *中华现代妇产科学杂志*, 2006, 3(7):577-579.
 - 7 Gibas Z, Talerman A, Faruqi S, et al. Cytogenetic analysis of an im-

- mature teratoma of the ovary and its metastasis after chemotherapy-induced maturation[J]. *Int J Gynecol Pathol*, 1993, 12(3):276-280.
- 8 Gershenson DM, del Junco G, Silva EG, et al. Immature teratoma of the ovary[J]. *Obstet Gynecol*, 1986, 68(5):624-629.
 - 9 Tangir J, Zelterman D, Ma W, et al. Reproductive function after conservative surgery and chemotherapy for malignant germ cell tumors of the ovary[J]. *Obstet Gynecol*, 2003, 101(2):251-257.
 - 10 Bafna UD, Umadevi K, Kumaran C, et al. Germ cell tumors of the ovary: is there a role for aggressive cytoreductive surgery for nondysgerminomatous tumors[J]. *Int J Gynecol Cancer*, 2001, 11(4):300-304.

[收稿日期 2012-02-20][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]

青年甲状腺功能亢进症并发急性心肌梗死 1 例

· 病例报告 ·

赵英艺

作者单位: 535300 广西, 浦北县人民医院心血管内科

作者简介: 赵英艺(1972-), 男, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 高血压、冠心病、慢性心功不全等疾病的防治。E-mail: yishang_pingan@163.com

[关键词] 甲状腺功能亢进症; 心肌梗死

[中图分类号] R 581.1 [文章编号] 1674-3806(2012)07-0641-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.07.23

1 病例介绍

患者, 男, 35岁, 因长时间上网劳累后出现胸骨后持续压榨样疼痛 2 h 入院。2009 年曾患甲状腺功能亢进症(甲亢)在某三甲医院服¹³¹I 治疗, 半年后复查甲状腺功能提示甲状腺功能减退, 且出现血脂异常升高, 给予左甲状腺素替代治疗半年, 复查甲状腺功能正常, 停用。1 年前复查甲状腺功能提示甲亢复发, 服丙硫氧嘧啶片治疗, 一直坚持服药治疗到现在。嗜烟 18 年(20~40 支/d), 未戒。偶饮少量白酒。家族史无特殊。体格检查: T 36℃, P 110 次/min, R 22 次/min, BP 142/100 mmHg, 体重 90 kg, 身高 168 cm。神志清醒, 急性重病容, 肥胖体型。甲状腺 I 度肿大, 未扪及结节, 血管杂音(+), 颈静脉无怒张。两肺呼吸音清, 未闻及干湿性啰音。心界不大, HR 110 次/min, 心律整齐, 第一心音亢进, 心脏各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹部平坦,

腹肌软, 无压痛, 肝脾肋下未触及, 腹水征(-), 肠鸣音正常。双下肢无水肿。神经系统检查未见异常。行辅助检查, 血常规: 白细胞 $14.1 \times 10^9/L$, 中性 87.6%, 红细胞 $5.66 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 159 g/L, 血小板 $258 \times 10^9/L$ 。心肌酶谱: 肌酸激酶(CK) 1 751 U/L(正常参考值 0~190 U/L), 肌酸激酶同工酶(CK-MB) 86 U/L(参考值 7~25 U/L), 肌钙蛋白 I(+). 血脂 TC 6.18 mmol/L, TG 2.72 mmol/L, LDL-C 4.65 mmol/L。肝、肾功能、血糖、电解质均正常。甲状腺功能检查: T₃ 3.37 nmol/L(参考值 1.3~3.1 nmol/L), T₄ 264.0 nmol/L(参考值 66~181 nmol/L), FT₃ 9.72 pmol/L(参考值 3.1~6.8 pmol/L), FT₄ 30.91 pmol/L(参考值 12~22 pmol/L), 促甲状腺激素(TSH) <0.005 μIU/ml(参考值 0.27~4.25 μIU/ml)。心电图(ECG): V₁~V₄ 呈 QS 波, ST 段弓背向上抬高 0.20~0.90 mV, 诊断: (1) 急性前壁心肌梗死;