

参考文献

- 1 陶雪飞,朱 蕾. 支气管哮喘的药物治疗和相关不良反应[J]. 中国呼吸与危重监护杂志,2010,24(6):847-848.
- 2 杜玉娟,杨周生,刘治军. 1例支气管哮喘住院患者的药学监护[J]. 临床药物治疗杂志,2010,8(2):639-639.
- 3 王 昕,李 娜. 支气管哮喘住院患者的药学监护及合理用药[J]. 内蒙古中医药,2010,25(15):456-457.
- 4 邢淑芬. 支气管哮喘治疗药物的合理使用体会[J]. 中国现代药物应用,2010,4(3):542-543.
- 5 古丽斯坦,胡永芳,翟所迪. 支气管哮喘住院患者的药学监护实践[J]. 中国药房,2009,10(5):742-743.
- 6 徐丽明,徐 凤,曹 屹. 哮喘治疗中的问题及合理用药分析[J]. 中国民族民间医药,2010,19(22):645-647.
- 7 刘建廷,张轶群,蒋艳丽. 1例老年支气管哮喘患者的药学监护[J]. 安徽医药,2010,14(8):486-487.
- 8 陈文新. 97例支气管哮喘患者的合理用药分析[J]. 中国现代药物应用,2010,4(5):603-604.
- 9 杨忠慧,周永其,陈国梅. 1例重症支气管哮喘患者的药学监护[J]. 中国执业药师,2012,9(1):745-746.
- 10 赵 俊,姚 文,孙伟伟,等. 临床药师参与“特殊使用”抗菌药物临床会诊的体会[J]. 中国执业药师,2012,22(2):61-62.
- 11 赵振寰,荆伟丽,孙术红,等. 我院临床药师参与抗菌药物分级管理效果分析[J]. 中国执业药师,2012,9(2):407-408.

[收稿日期 2014-01-08][本文编辑 刘京虹]

博硕论坛·论著

粒细胞肉瘤4例的诊治并文献复习

薛 燕, 段雅雅, 李晓林, 付 杰, 王 洋, 杨 扬, 张慈现

作者单位: 221009 江苏,徐州市中心医院血液科

作者简介: 薛 燕(1971-),女,医学硕士,副主任医师,研究方向:血液病的临床及实验研究。E-mail: xueyanxz@163.com

[摘要] 目的 增强对粒细胞肉瘤的临床诊断、病理及免疫组织化学、细胞遗传学改变及治疗的认识。**方法** 对4例粒细胞肉瘤患者的临床资料进行分析,并复习相关文献。**结果** 4例中非白血病型2例,相应治疗后持续缓解;白血病型2例,其中1例源于急性髓系白血病,另1例源于慢性髓系白血病,治疗效果均差,生存时间分别为8个月和4个月。**结论** 粒细胞肉瘤诊断和鉴别诊断主要依靠病理形态学及免疫组织化学,其预后差。早期确诊,及时实施个体化治疗,高强度化疗可延缓复发,提高生存率,造血干细胞移植能够明显延长生存期。

[关键词] 粒细胞肉瘤; 细胞遗传学; 诊断; 治疗

[中图分类号] R 55 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2014)11-1024-05

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.11.10

Diagnosis and treatment of 4 patients with granulocytic sarcoma and the literature review XUE Yan, DUAN Ya-ya, LI Xiao-lin, et al. Department of Hematology, Xuzhou Central Hospital, Jiangsu 221009, China

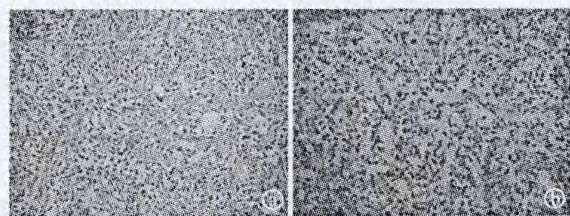
[Abstract] **Objective** To explore the diagnosis, clinical pathology, immunohistochemistry, cytogenetics and treatment of granulocytic sarcoma(GS). **Methods** The clinical data of 4 cases of GS was analyzed, and the related-literatures were reviewed. **Results** Two cases were non-leukemic GS, currently being in continuous complete remission after appropriate treatment. The other 2 cases were leukemic GS; one case originated from acute myeloid leukemia, and the other one originated from chronic myeloid leukemia, the results of the two patients for treatment were poor, the survival time of the two cases was 8 months and 4 months respectively. **Conclusion** The diagnosis and differential diagnosis of GS mainly depends on patho-morphology and immunohistochemistry. The prognosis of GS is poor. The early diagnosis, timely implementation of the individualized treatment and early high-intensity chemotherapy can delay the recurrence and improve long-term survival rate; hematopoietic stem cell transplantation can significantly prolong survival time.

[Key words] Granulocytic sarcoma; Cytogenetics; Diagnosis; Treatment

粒细胞肉瘤 (granulocytic sarcoma, GS) 是一种髓细胞来源的髓外浸润实体瘤。构成该实体瘤的细胞除粒细胞系外,还包括单核、巨核和红细胞系。GS 可发生于身体任何解剖部位,多发生在骨、皮肤、淋巴结等髓外组织,形成浸润性包块。由于 GS 暴露于空气后肿瘤切面会因细胞中存在的髓过氧化物酶 (MPO) 而呈现绿色,也将其命名为“绿色瘤”。GS 发病部位、临床表现、影像学及形态学表现呈多样性,其诊断较困难,尤其在无血液系统疾病的患者中常被误诊为恶性淋巴瘤、组织细胞肿瘤及各类局部实体肿瘤等^[1]。近几年来,我们先后收治了 4 例 GS 患者,包括原发孤立性 GS 和急慢性髓系白血病髓外浸润而致的 GS,现对其病例特点进行研究并复习相关文献,以提高临床医师对该病的认识,降低误诊率。

1 病例介绍

例 1 男,25 岁,2011-12 发现左中腹部外侧肿块伴疼痛就诊,病程中无发热等其他症状,查体时发现左侧腹直肌外侧平脐处可见花生米粒大小的肿块,伴疼痛,表皮无充血、溃烂,余无阳性体征。血象、骨髓细胞形态学、骨髓活检病理(见图 1④)、血生化均正常。行局部肿块切除后行病理检查结果提示:CD43⁺,MPO 阳性(见图 1⑤),CD68⁺,CD34⁻,CD30⁻,CD10⁻,CD3⁻,TdT⁻,EMA⁻,ALK⁻,CD20⁻,符合粒细胞肉瘤。患者 2012-01、2012-02 予 IA (IDA 12 mg/m²,d1~3;Ara-c 100 mg/m²,d1~7) 方案化疗 2 个疗程,2012-04 接受 HD Ara-c (2~3 g/m²) 方案强化治疗 2 个疗程,随后停止治疗,密切随访血象及骨髓象已经 21 个月,仍持续缓解中。

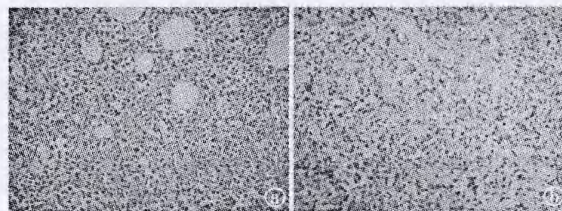


④:HE 染色;⑤:MPO 阳性表达

图 1 病例 1 的病理及免疫组化结果 (EnVision, ×400)

例 2 男,27 岁,2011-12 间始发现左乳头外上方无痛性肿块,渐增大至鸡蛋大小,无发热、消瘦、盗汗等其他症状,血象及骨髓细胞形态学、骨髓活检病理正常,彩超示左乳混合性包块。后行左乳改良根治术,术后病理(见图 2④)发现腋旁 4/21 枚淋巴结浸润。切除肿块病理免疫组化示:溶菌酶阳性,MPO 阳性(见图 2⑤),CD99⁺,Ki-67⁺,KP-1^{+/+},CD20⁻,

CD79a⁻,CD3⁻,CD45⁻,EMA⁻,AE1/3⁻,符合粒细胞肉瘤特征。分别于 2012-01、2012-03、2012-04、2012-06 给予 DA、MA、MA、EA 方案化疗,后于 2012-07 行同胞 HLA 配型全相合外周血干细胞移植,预处理方案为改良 BU/CY 方案,+12 d ANC > 0.5 × 10⁹/L,+18 d PLT > 20 × 10⁹/L,STR 检测提示形成完全嵌合,术后 10 个月曾出现口腔局部及Ⅱ度肝脏 GVHD,经环孢菌素及甲基强的松龙等治疗已缓解,现为移植后 20 个月,已停止服用免疫抑制剂,随访病情,持续缓解中。

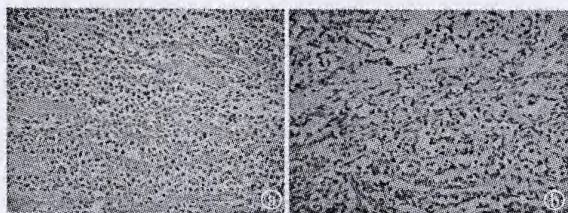


④:HE 染色;⑤:MPO 阳性表达

图 2 病例 2 的病理及免疫组化结果 (EnVision, ×400)

例 3 女,12 岁,2012-04 因颈部渐进性酸痛伴四肢无力、行走不稳就诊。查体见站立不稳,颈椎生理曲度正常,双上肢内外侧感觉减退,双上肢肌力Ⅲ级,双下肢肌力Ⅲ~Ⅳ级。颈椎 CT 示颈 2~4 椎体前后方均见不规则软组织肿块,向椎管内侵入,脊髓未受压,椎体骨质毛糙,边缘不规则,考虑颈 2~4 椎体前后方占位,侵犯椎管。血象:Hb 112 g/L,WBC 6.93 × 10⁹/L,PLT 251 × 10⁹/L。骨髓象:有核细胞增生明显活跃,粒系占 94%,原粒占 12%,早幼粒占 9%,中幼粒占 45%,比例明显偏高,杆状核比例偏低;未见有核红,淋系占 5%,均为成熟型;可见单核细胞;可见巨核细胞 4 个,血小板散在可见(见图 3④)。骨髓细胞免疫表型:异常髓系表型细胞表达 CD117,CD33,CD9,CD38,CD13,CD123,部分细胞表达 CD64,而 CD7、CD34、CD10、CD19、CD56、CD15、CD11b 及 HLA-DR 均阴性,为髓系幼稚细胞。染色体核型 46,XY,t(8;21)。融合基因检测:WT1 基因阳性;AML1-ETO 基因阳性;Bcr/abl 基因阴性。其余生化等检查正常。后行后路颈椎 2~4 肿瘤切除、Stryker OASYS 内固定术。术后病理报告:送检骨骼肌、纤维结缔组织及骨梁间可见弥漫浸润的小圆形细胞,细胞染色质细腻,核仁不清楚,部分区域有挤压变形,可见片状坏死。免疫组化染色结果:CD117⁺,CD68⁺,CD99⁺,CD43⁺,MPO⁺ 阳性(见图 3⑤),CgA⁻,Syn⁻,CD3⁻,CD20⁻,CD56⁻,EMA⁻,LCA⁻,TDT⁻,CD⁻,PAS^{+/+},PGP 9.5⁻,考虑为髓细

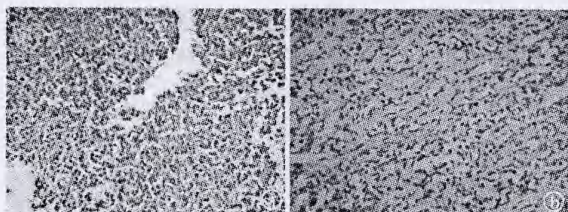
胞肉瘤。2012-05、2012-07 给予 DA (DNR 45 mg/m², d1~3; Ara-c 100 mg/m², d1~7) 化疗, 一个疗程后获血液学缓解, 四肢肌力恢复正常, 其后又给予 IA (IDA 12 mg/m², d1~3; Ara-c 100 mg/m², d1~7) 方案化疗, 2 个疗程后患者未能坚持化疗, 2013-02 骨髓复发, 又予 IA 方案化疗未获缓解, 后放弃治疗, 失访。



①:HE 染色; ②:MPO 阳性表达

图3 病例3的病理及免疫组化结果(EnVision, ×400)

例4 男, 20岁, 2012-10 因胸背部疼痛伴双下肢麻木无力, 渐进行行走困难就诊, 胸椎 MRI 示胸1~胸10 椎管内硬膜外及椎周多发占位。行椎旁占位穿刺送病理检查示纤维中见深染异型细胞浸润(见图4①)。免疫组化示 CD20⁺, 溶菌酶⁺, MPO⁺ 阳性(见图4②), CD68⁺, PLASMA⁺, CD79⁻, CD3⁻, CD45RO⁻, 符合粒细胞肉瘤。血象: HB 75.6 g/L, WBC 231 × 10⁹/L, PLT 233 × 10⁹/L; 骨髓象: 骨髓有核细胞增生极度活跃, 粒系比例增高, 以中晚幼粒细胞为主, 嗜酸细胞多见, 红系比例减低, 巨核细胞分布正常。骨髓细胞遗传学提示 46, XY, t(9;22)。融合基因示 BCR/ABL(+). 给予羟基脲杀灭白血病细胞, 并直线加速器放疗(分次小剂量, 总量 40 Gy) 后服用甲磺酸伊马替尼 400 mg/d, 2 个月后复查胸椎 MRI 显示原病灶几乎消失, 获完全血液学缓解及部分细胞遗传学缓解, 可在搀扶下行走。后由于外周血白细胞和血小板持续低水平, 且有出血倾向, 导致甲磺酸伊马替尼减量至 300 mg/d, 并间断输注血制品, 又坚持服用甲磺酸伊马替尼 2 个月, 于 2013-03 死于脑出血。



①:HE 染色; ②:MPO 阳性表达

图4 病例4的病理及免疫组化结果(EnVision, ×400)

2 讨论

2.1 GS 是一类罕见的以髓系细胞浸润髓外部位形成的局限性实性肿块, 任何年龄段均可发生, 无明显性别差异, 可累及任何解剖部位, 常见的有皮肤、淋巴结、骨、生殖系统、消化系统、神经系统。GS 临床上多表现为病变局部肿块压迫或伴有受侵犯组织的功能障碍。GS 常伴随各种骨髓增生性疾病而发生, 但也可作为首发症状。本组报告的病例中, 非白血病性 GS 2 例, 其中 1 例进行同胞全相合异基因造血干细胞移植, 另 1 例采用系统化疗方案治疗, 2 例患者均处于持续缓解中; 白血病性 GS 2 例, 其中 1 例为 GS 伴 AML, 免疫分型为髓系幼稚细胞, 分子生物学示 WT1 基因阳性, AML1-ETO 基因阳性, Bcr/abl 基因阴性; 细胞遗传学示 45, XY, t(8;21)(q22;q22)/46, XY, 经手术及多程化疗后获得血液学缓解, 后疾病复发, 患者放弃治疗。1 例为 GS 伴 CML, 细胞遗传学示 46XY, t(9;22)(q34;q11), 经放疗及甲磺酸伊马替尼治疗后症状缓解同时获 PCR, 但患者很快发生急变并死于脑出血。由于 GS 发病部位、临床表现、影像学、形态学的多样性, 其诊断较为困难, 特别是在无血液系统病史、肿块无绿色外观的病例。GS 的形态学诊断主要根据髓细胞的分化程度, 分为 3 类^[2]: (1) 母细胞型, 主要由原始细胞组成; (2) 未成熟型, 主要由早幼和原始粒细胞构成; (3) 分化型, 由早幼及晚幼较成熟阶段髓细胞组成。分化差的 GS 形态学上极难同恶性淋巴瘤、未分化癌、小圆细胞肿瘤等相鉴别, 误诊率高达 50%~70%^[3]。近来随着免疫组织化学、骨髓细胞形态学、细胞遗传学等多种检测方法联合辅助诊断的应用, 有效降低了误诊率, 特别是免疫组织化学技术明显提高了 GS 病理诊断的确诊率, 常用的免疫组化抗体标记的有 MPO、溶菌酶、CD43、CD68、CD3、CD15、CD34、CD99。MPO 是诊断 GS 最常用的抗体, 特异性和敏感度均较高, 但分化程度较低的母细胞性肿瘤常不表达^[4], 溶菌酶是髓细胞最敏感的标志物, 尤其在分化不成熟髓细胞表达, 不表达于淋巴系, CD68 是髓细胞向单核系分化时表达阳性, CD43 是原始细胞的标记物, 表达于造血干/祖细胞表面, 在 GS 中的特异性较高, 但敏感度低。因此, 上述 4 种免疫组化抗体标记物可为 GS 的诊断及鉴别诊断提供重要依据。本组的 4 例 GS 患者, 行病理学及免疫组化检查, 其中 MPO 阳性的 4 例, 溶菌酶阳性的 2 例, CD68⁺ 的 3 例, CD43⁺ 的 2 例。

2.2 国内外多项研究表明, GS 发病与多种细胞遗

传学改变有关,其中以 $t(8;21)(q22;q22)$ 和 $inv(16)$ 最为常见^[5,6],且该两种细胞遗传学改变是 AML 发生髓外白血病的高位因素,伴该两种细胞遗传学的患者预后较正常核型者差^[7],合并有 $t(8;21)$ 的 GS 患者的预后较同样合并有 $t(8;21)$ 的原发性 AML 患者差。其次为 $t(9;22)(q34;q11)$, +8, 11q23/MLL 重排等^[8]。8 号染色体异常者生存率低于其他异常核型,与该染色体异常者相比,其中位生存期明显缩短,提示预后不良^[8]。目前鲜有继发于 CML 的 GS 相关报道,仅有少量研究报道表明, CML 并发 GS 确诊后多提示疾病进展,存活时间短,死亡率高,治疗上首选酪氨酸激酶抑制剂和 allo-HSCT^[7]。本组病例中有 2 例 GS 同时伴血液系统疾病的患者,其中 1 例 GS 伴 AML 的患者细胞遗传学示 $t(8;21)(q22;q22)$,另 1 例 GS 伴 CML 的患者,细胞遗传学示 $t(9;22)(q34;q11)$,2 例患者治疗效果均差。

2.3 目前大多数的临床研究认为 GS 的预后较差,有数据显示其 2 年总生存率仅为 6%^[9]。孤立性 GS 患者多呈现向 AML 发展的趋势,尤其是确诊后未经正规治疗的患者,一般在诊断为 GS 后 10 个月内发展为 AML,有报道诊断 GS 到发现髓内髓系疾病的最长间隔为 9 年^[7]。因此,需注意监测 GS 患者骨髓象,必要时多部位穿刺,且进行长期随访。GS 治疗上多采用外科手术、局部放疗、系统化疗及干细胞移植联合,但有报道提出外科手术治疗尚存争议^[5],手术仅限于活检明确诊断,局部手术切除可能会加速 GS 向 AML 的转变。但对于椎管、颅内等重要部位出现占位的 GS 患者,出现一系列神经压迫症状,严重影响患者的生存质量,仍需手术切除治疗,对缓解局部症状有效,但单用手术治疗较联合化疗相比,局部复发风险较高。大多数 GS 患者对局部放疗较敏感,治疗效果较好,但并不能延缓 GS 向 AML 的转化,也无法改善 GS 无病生存期和总体预后^[10]。本组病例 4 患者初诊时查胸椎 MRI 示胸 1~胸 10 椎管内硬膜外及椎周多发占位,行放疗联合甲磺酸伊马替尼治疗后,复查胸椎 MRI 显示原病灶几乎消失。目前普遍认为联合化疗是治疗 GS 的关键。Antic 等^[11]报道了 74 例经过系统规范化疗的 GS 患者,从诊断到发生 AML 的中位时间明显长于仅接受局部放疗或外科手术治疗的患者,且 5 年无病生存率 (DFS) 和总体生存率 (OS) 也明显高于后者。GS 首选化疗方案是蒽环类联合 Ara-c 为基础的治疗 AML 样方案,但 GS 较 AML 更容易对化疗

药物耐药而导致较高的复发率^[12]。笔者认为,对于原发性和白血病性 GS,均采用以中高强度化疗为主的治疗,根据具体情况联合局部放疗及手术治疗,有条件者可行造血干细胞移植以延长生存期。Chevallier 等^[13]回顾性分析了 99 例接受 allo-HSCT 治疗的 GS 患者,同型比较移植组均优于非移植组。Pileri 等^[2]在病例分析中发现非白血病性 GS 患者移植后生存时间要优于白血病性 GS 患者;而非移植患者中,白血病性 GS 组和非白血病性 GS 组中位生存时间均较同型移植组明显缩短。因此,无论是非白血病性 GS 还是白血病性 GS,均应在确诊后及时采用高强度的化疗,有条件的患者进行 auto/allo-HSCT,可延长生存期,并有望获得长期生存。本组例 2 患者为非白血病性 GS,进行了外周血造血干细胞移植,目前缓解中。

综上所述,GS 为一类临床表现、分子生物学、细胞遗传学呈多样化且误诊率高、预后差、复发率高的疾病。GS 存在染色体核型异常、骨髓系受累、移植后复发均提示预后不良,确诊后应及时实施个体化治疗,早期高强度的化疗可延缓复发,提高长期生存率,造血干细胞移植能够明显延长生存期,并有望改善生存。该类疾病越来越引起临床医师的广泛重视,但仍面临一些问题亟待解决,如缺少大规模的临床病例研究,多数患者因经济压力导致治疗中断,随访的依从性较差,缺少规范的治疗指南等。

参考文献

- 1 Zhang XH, Zhang R, Li Y. Granulocytic sarcoma of abdomen in acute myeloid leukemia patient with $inv(16)$ and $t(6;17)$ abnormal chromosome: case report and review of literature[J]. *Leuk Res*, 2010, 34(7): 958-961.
- 2 Pileri SA, Ascani S, Cox MC, et al. Myeloid sarcoma: clinicopathologic, phenotypic and cytogenetic analysis of 92 adult patients[J]. *Leukemia*, 2007, 21(2): 340-350.
- 3 韩艳霞, 王宙政, 叶 俏, 等. 粒细胞肉瘤 2 例临床分析并文献复习[J]. *浙江中西医结合杂志*, 2010, 20(3): 158-160.
- 4 李 印. 髓细胞肉瘤 4 例细胞病理学误诊分析[J]. *中国临床新医学*, 2009, 2(3): 274-275.
- 5 马洪兵, 侯 铮. 粒细胞肉瘤 14 例临床分析[J]. *临床血液学杂志*, 2013, 26(11): 795-798.
- 6 李素毅, 宋永平, 周 健, 等. 粒细胞肉瘤 28 例临床分析[J]. *肿瘤防治研究*, 2013, 40(3): 273-277.
- 7 于 慧, 孙雪梅, 张文曦, 等. 粒细胞肉瘤 4 例并文献复习[J]. *临床血液学杂志*, 2014, 27(1): 51-54.
- 8 Park TS, Song J, Lee KA, et al. $t(5;12)(q13;p13)$ in acute myeloid leukemia with preceding granulocytic sarcoma[J]. *Cancer Genet Cytogenet*, 2007, 177(2): 158-160.

- 9 Kim SC, Natarajan-Ame S, Lioure B, et al. Successful treatment of a granulocytic sarcoma of the uterine cervix in complete remission at six-year-follow-up[J]. J Oncol, 2010, 2010;812424.
- 10 Zago LB, Ladeia AA, Etchebehere RM, et al. Testicular myeloid sarcoma: case report[J]. Rev Bras Hematol Hemoter, 2013, 35(1): 68-70.
- 11 Antic D, Verstovsek S, Elezovic I, et al. Spinal epidural granulocytic sarcoma in non-leukemic patient[J]. Int J Hematol, 2009, 89(1):95-97.
- 12 周志韶, 朱 岩. 粒细胞肉瘤 18 例临床病理分析[J]. 诊断病理学杂志, 2011, 18(5):329-336.
- 13 Chevallier P, Labopin M, Cornelissen J, et al. Allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for isolated and leukemic myeloid sarcoma in adults: a report from the acute leukemia working party of the European group for blood and marrow transplantation[J]. Haematologica, 2011, 96(9):1391-1394.
- [收稿日期 2014-06-13][本文编辑 杨光和]

博硕论坛·论著

原发性输卵管癌 14 例临床分析

黄晖媛, 赵仁峰, 李 雪, 刘妮平, 杨月明, 韦利英

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院妇产科

作者简介: 黄晖媛(1988-), 女, 在读硕士研究生, 住院医师, 研究方向: 妇科肿瘤和妇科内镜学。E-mail: 278658435@qq.com

通讯作者: 赵仁峰(1965-), 男, 大学本科, 医学学士, 主任医师, 硕士生导师, 研究方向: 妇科肿瘤及微创手术。E-mail: gxzhaorenfeng@163.com

[摘要] 目的 分析原发性输卵管癌的临床特点, 以提高其早期诊断率。方法 回顾性分析该院 2007-01~2013-12 收治的 14 例原发性输卵管癌患者的临床资料, 包括其临床表现、肿瘤标志物及影像学检查结果。结果 14 例患者中位年龄 52 岁, 有盆腔包块 13 例(13/14), 阴道流血 9 例(9/14), 阴道流液 8 例(8/14), 腹痛、腹胀 5 例(5/14), 输卵管癌“三联征”(阴道排液、阴道流血和盆腔包块)8 例(8/14), CA125 升高 10 例(10/14)。结论 中老年女性有盆腔包块合并阴道流血、流液、腹痛、腹胀等症状, 诊断应考虑原发性输卵管癌。

[关键词] 原发性输卵管癌; 临床表现; 诊断**[中图分类号]** R 737.32 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2014)11-1028-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.11.11

Primary fallopian tube carcinoma: analysis of 14 cases HUANG Hui-yuan, ZHAO Ren-feng, LI Xue, et al. Department of Obstetrics and Gynecology, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

[Abstract] **Objective** To analyze the clinical characteristics of patients with primary fallopian tube carcinoma (PFTC) and improve the early diagnostic rate of PFTC. **Methods** The clinical data of 14 patients with PFTC treated in the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region from January 2007 to December 2013 were retrospectively analyzed, including clinical manifestations, tumor markers and imaging results. **Results** The median age of 14 patients was 52 years old. The clinical manifestations included pelvic mass in 13 patients (13/14), vaginal bleeding in 9 patients (9/14), vaginal discharge in 8 patients (8/14), abdominal pain and abdominal distension in 5 patients (5/14). Fallopian tube carcinoma triad (vaginal discharge, vaginal bleeding and pelvic mass) in 8 patients (8/14). CA125 rose in 10 patients (10/14). **Conclusion** For middle-aged and old women with pelvic mass complicated with vaginal bleeding, fluid discharge and symptoms of abdominal pain, abdominal distension and so on, the diagnosis of PFTC should be considered.

[Key words] Primary fallopian tube carcinoma; Clinical manifestations; Diagnosis

原发性输卵管癌是少见的妇科恶性生殖道肿瘤, 约占女性生殖道恶性肿瘤的 0.3%~1.8%^[1],

在全球至今英文文献报道较少, 该病症状呈多样性, 且极不典型, 是术前最难确诊的恶性肿瘤之一^[2]。