

动减弱是腹部手术后早期炎性肠梗阻的主要原因<sup>[2]</sup>。

**3.2 腹部手术后早期炎性肠梗阻的特点:**(1)多见于腹部手术操作范围广、创伤重、手术时间长、以前经历多次手术操作、腹腔炎症重等病例。(2)多发生在术后2周以内早期,患者曾有一度通气,排便,但进食后出现肠梗阻的症状<sup>[3]</sup>。(3)症状以腹胀为主且停止排气排便。腹痛相对较轻,可伴有低热及中度发热,无高热。(4)体征:腹部质地韧,全腹或局部有轻压痛,压痛以切口下方和脐周多见。腹部无明显胃肠型及蠕动波,肠鸣音减弱或消失。体征十分典型但很少发生绞窄。(5)辅助检查:血常规示白细胞总数轻度上升,中性粒细胞可轻度升高或正常。X线腹部平片示肠管均有不同程度的扩张,可见液气平面。B超检查示部分患者可有少量腹腔积液。腹部CT检查示肠管壁水肿、增厚及肠管见渗出,肠管粘连团。(6)本病多数为腹腔慢性炎症病变所致。除合并机械性因素外,更重要的与腹腔创伤重、炎性渗出、腹腔积液、积血等腹腔内炎性广泛粘连密切相关。(7)保守治疗效果良好。本组32例患者有30例完全符合上述特点,另有2例曾一度发生肠鸣音亢进,经腹部X线检查认为梗阻严重,误诊为术后早期机械性肠梗阻而行手术治疗,术中并未见明显的梗阻表现且出现医源性肠穿孔,术后恢复时间明显延长,给我们印象深刻。我们认为考虑早期炎性肠梗阻患者出现短期内的肠鸣音活跃,容易与早期机械性梗阻混淆,但极少听到气过水声,

更少金属音,需要我们细心鉴别<sup>[4]</sup>。

**3.3 腹部手术后早期炎性肠梗阻多倾向保守治疗,**因为炎性肠梗阻较少发生绞窄,手术常因分离粘连带而致多发肠管壁损伤、肠痿及腹腔严重并发症。本组2例手术患者术后再发肠梗阻后仍是经保守治疗治愈,所以手术不是早期治疗的最佳选择。腹部手术后早期炎性肠梗阻保守治疗方法包括:(1)禁食水。(2)胃肠减压。(3)使用广泛抗生素抗感染。(4)维持水电解质及酸碱平衡。(5)早期给予肠外营养。(6)生长抑素(依普比善)减少肠腔消化液的分泌。(7)肾上腺皮质激素的应用。(8)经胃管注入石蜡油或中药汤剂。(9)温盐水或中药汤剂灌肠。(10)足三里穴位针灸。(11)严密观察患者生命体征及腹痛变化情况。若患者体温升高,腹痛、腹胀加剧,出现腹膜炎征象时,多为早期绞窄性肠梗阻,易发生肠坏死,应及时行手术治疗。

#### 参考文献

- 1 李幼生,黎介寿.再论术后早期炎性肠梗阻[J].中国实用外科杂志,2006,26(1):38-39.
- 2 卢钱.术后早期炎性肠梗阻的诊治体会[J].医学理论与实践,2007,20(4):423-424.
- 3 温钦,何暖坚,廖伟民,等.生长抑素治疗术后早期炎性肠梗阻[J].中国临床新医学,2014,7(9):849-850.
- 4 Ellozy SH, Harris MT, Bauer JJ, et al. Early postoperative small-bowel obstruction: a prospective evaluation in 242 consecutive abdominal operations[J]. Dis Colon Rectum, 2002, 45(9):1214-1217.

[收稿日期 2014-12-01][本文编辑 韦所苏]

## 学术交流

# 宫颈原发性腺肉瘤伴横纹肌肉瘤分化的临床病理分析

刘萌萌, 李洪滢, 魏丽, 刘鹏

作者单位: 450000 河南,郑州市第三人民医院病理科

作者简介: 刘萌萌(1977-),女,研究生学历,硕士学位,主治医师,研究方向:肿瘤病理。E-mail:liumengmeng36@163.com

**[摘要]** 目的 探讨宫颈原发性腺肉瘤伴横纹肌肉瘤分化的临床病理学特征。方法 对1例发生于宫颈的腺肉瘤进行临床病理分析,并复习相关文献,讨论其临床病理特征及鉴别诊断。结果 患者以发现宫颈赘生物为主要症状。镜下肿瘤由良性腺上皮成分和肉瘤性间质成分组成;腺体呈不规则分支状,间质肉瘤成分中可见横纹肌肉瘤成分。结论 宫颈原发性腺肉瘤是一种极为罕见的肿瘤,诊断主要依靠组织形态学特征,需要与宫颈息肉、子宫内膜的腺肉瘤和胚胎性横纹肌肉瘤鉴别。

**[关键词]** 腺肉瘤; 横纹肌肉瘤; 宫颈; 鉴别诊断

[中图分类号] R 737.33 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2015)03-0258-04  
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2015.03.22

**Primary müllerian adenosarcoma of uterine cervix with mesenchymal rhabdomyosarcoma differentiation: a case report and review of literature** LIU Meng-meng, LI Hong-ying, WEI Li, et al. Department of Pathology, the Third People's Hospital of Zhengzhou, Henan 450000, China

**[Abstract]** **Objective** To investigate the clinical and pathological features of primary müllerian adenosarcoma of the uterine cervix. **Methods** One case of primary müllerian adenosarcoma in the uterine cervix was microscopically observed. **Results** Uterine cervix outgrowth was one of the common clinical symptoms. The tumor was mixed epithelial components which was benign and malignant mesenchymal components. The epithelial components showed irregular branching, with visible rhabdomyosarcoma mesenchymal component. **Conclusion** Primary Müllerian adenosarcoma of the uterine cervix is very rare, and its diagnosis mainly depends on the morphologic features, and should be differentiated from uterine cervix polyp, adenosarcoma of the uterus and Embryonal rhabdomyosarcoma.

**[Key words]** Adenosarcoma; Rhabdomyosarcoma; Uterine cervix; Differential diagnosis

腺肉瘤是一种双相肿瘤,由恶性的间质成分和良性的上皮成分构成,在女性生殖系统主要发生于子宫体,原发于宫颈的腺肉瘤极为罕见,仅占发生于生殖道腺肉瘤的2%<sup>[1]</sup>。由于此类病例少,多数为活检标本确诊,容易在工作中漏诊或误诊。我们通过分析遇到的1例宫颈腺肉瘤伴间质横纹肌肉瘤分化的患者,观察其临床表现、组织病理学特征、免疫表型,并结合相关文献进行复习,提高对此肿瘤的认识。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 患者,46岁,以发现宫颈赘生物1月余为主诉,于2014-05-16入院,既往曾在外院对宫颈赘生物做过2次活检,病理均示为息肉,因肿物较大要求入院行子宫全切术。

**1.2 方法** 手术病理标本经4%中性甲醛固定,石蜡包埋,3 μm切片,分别行HE染色和免疫组化染色。免疫组化采用HP法,标记CKpan、vimentin、desmin、SMA、S-100、CD34、MyoD1、myogenin、CD10、α-inhibin、HMB45、Ki-67和P53。试剂及试剂盒均购自福建迈新生物技术开发公司。

## 2 结果

**2.1 肿物大体情况** 送检子宫切除标本,宫颈外口处见一息肉状肿物,大小4.5 cm × 4.0 cm × 2.5 cm,有一基底较宽的蒂与宫颈管内膜相连,肿物表面光滑,切面实性,灰白、灰褐、灰红色,质软。

**2.2 镜检** 肿瘤由良性腺上皮成分和周围异型的间质成分构成(见图1)。腺体为宫颈管内膜腺体,形状不规则,伴有分支,细胞分化良好,无异型。间质中肿瘤细胞分布疏密不均,靠近蒂根部区域的肿瘤细胞较丰富,瘤细胞呈梭形、短梭形、卵圆形、多形性,细胞异型明显,排列密集,可见肿瘤细胞围绕腺

体周围生长,距腺体由远至近密度逐渐增高,呈所谓“袖套样”外观,肿瘤细胞核分裂象易见;在靠近上皮和腺体周围有部分梭形、圆形的细胞胞浆丰富,嗜伊红,核偏向一侧,似横纹肌肉瘤细胞(见图2);其他区域间质高度水肿,瘤细胞分布稀疏,有轻度异型性。



图1 肿瘤细胞围绕腺体生长 HE × 100



图2 部分细胞胞浆嗜伊红似横纹肌肉瘤细胞 HE × 200

**2.3 免疫组化** 肿瘤腺上皮成分 CKpan(+); 间质成分 vimentin(+)、HMB45、SMA、S-100、MyoD1、CD34 和  $\alpha$ -inhibin(-), CD10 局灶(+), 胞浆丰富嗜伊红的细胞 desmin 和 myogenin(+)(见图 3), 细胞密集区域 Ki-67 增殖指数较高, 约 40%, P53 约 30%。

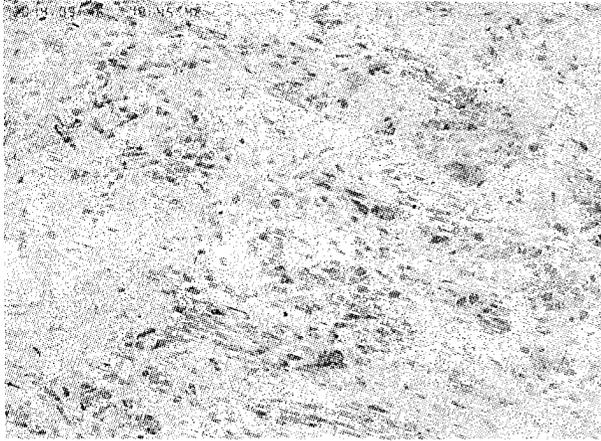


图3 免疫组化显示横纹肌肉瘤分化 免疫组化, myogenin  $\times 200$

**2.4 随访** 患者子宫切除术后 6 个月, 未进行化疗和放疗, 未发现复发。

### 3 讨论

**3.1 临床特征** 宫颈腺肉瘤发生患者年龄平均在 31 岁(11~65 岁)<sup>[2]</sup>, 肿瘤大小 1.0~4.5 cm, 大多数有异常阴道出血, 典型的临床表现是突出于宫颈外口的息肉样物。

**3.2 病理学特征** 大体上肿瘤呈息肉状或乳头状病变, 可有一蒂与宫颈相连, 可突入宫腔或阴道; 切面灰白、灰褐色, 质地软或偏软, 典型者可见海绵样或多囊性区域, 内含黏液或胶冻状物, 局灶可伴有出血和坏死。组织学改变基本与子宫体的腺肉瘤相同, 肿瘤由良性腺上皮成分和肉瘤性间质成分构成, 上皮成分以鳞状上皮和黏液上皮多见。腺体形状不规则伴明显分支, 结构相似于乳腺的叶状肿瘤, 腺管周围是富含细胞的间质成分, 分散于弯曲的腺上皮之间, Clement 等<sup>[3]</sup> 观察的 100 例腺肉瘤中, 80% 见肉瘤细胞具有围绕腺体呈“袖套”样结构, 瘤细胞有不同程度的异型性, 瘤细胞核分裂  $> 2$  个/10 HPF, 伴肉瘤过度生长区域核分裂  $> 10$  个/10 HPF, 细胞重度异型。如果高级别肉瘤成分占到肿瘤总体积的 25% 或更多, 则可以考虑肉瘤过度生长; 间质可见异源性成分, 包括横纹肌肉瘤<sup>[4]</sup>、软骨肉瘤、骨肉瘤及软骨、脂肪、性索间质<sup>[5]</sup> 等。此例中出现了组织形态学和免疫组化特点, 均符合横纹肌肉瘤的成分。

### 3.3 鉴别诊断

**3.3.1 宫颈内膜息肉** 宫颈最常见的病变, 镜下腺体和间质成分均为良性, 而腺肉瘤的特点为腺体不规则、向内折叠或呈裂隙状, 有密集的间质, 但是在活检标本组织中这些表现可能不明显, 有限的标本、高度水肿的间质和排列疏松的间质细胞, 都会造成漏诊。此例患者曾做过 2 次活检组织检查, 均被诊断为息肉, 因此需要仔细观察腺体和间质细胞, 若发现间质细胞丰富、有轻度异型和不规则的腺体, 均应重新检查。对于非典型性宫颈内膜息肉, 由于其含有不规则的腺体和不典型的间质, 与腺肉瘤鉴别尤为困难, 间质的异型性和核分裂象对于两者的鉴别至关重要, 腺肉瘤间质细胞呈轻-中度异型性, 核分裂象一般  $> 2$  个/10 HPF。

**3.3.2 子宫内腺肉瘤** 继发累及宫颈, 必须进行仔细的检查子宫或精心的分段刮宫, 宫颈腺肉瘤的上皮成分一般以鳞状上皮和黏液上皮多见。

**3.3.3 胚胎性横纹肌肉瘤** 发生于宫颈的胚胎性横纹肌肉瘤一般为息肉状生长, 但好发于儿童和年轻女性<sup>[6]</sup>, 肿瘤细胞圆形、椭圆形或梭形, 胞质嗜酸性, 有横纹肌细胞分化特点, 紧邻上皮下方含有一层致密的生发层。虽然腺肉瘤可以有横纹肌肉瘤分化, 但其好发于中年女性, 肿瘤由腺上皮和异型的间质两种成分构成, 间质表现为多样的异型性。

**3.3.4 宫颈原发性腺肉瘤** 多见于中年女性, 常无特殊症状, 多因阴道不规则出血或宫颈赘生物突出而就诊, 是一种具有低度恶性潜能的肿瘤, 但偶尔肿瘤为高度恶性。因此类肿瘤罕见, 没有规范的治疗方式, 多数治疗方式为子宫切除和临床密切随访, 早期完整切除预后较好, 深部浸润性肿瘤可考虑根治切除。单纯子宫切除或肿物切除后可能复发, 预后提示因素不明确, 结局与肿瘤浸润子宫壁的深度、肉瘤成分过度生长及合并异源性成分等有关<sup>[7]</sup>。

### 参考文献

- 1 Verschraegen CF, Vasuratna A, Edwards C, et al. Clinicopathologic analysis of müllerian adenosarcoma; the M. D. Anderson Cancer Center experience[J]. *Oncol Rep*, 1998, 5(4): 939-944.
- 2 Levine PH, Mittal K. Rhabdoid epithelioid leiomyosarcoma of the uterine corpus; a case report and literature review[J]. *Int J Surg Pathol*, 2002, 10(3): 231-236.
- 3 Clement PB, Scully RE. Müllerian adenosarcoma of the uterus; a clinicopathologic analysis of 100 cases with a review of the literature[J]. *Hum Pathol*, 1990, 21(4): 363-381.
- 4 仇晓菲, 薛凤霞, 林建韶, 等. 子宫腺肉瘤的临床病理特点及鉴别诊断[J]. *临床与实验病理学杂志*, 2000, 16(4): 269-272.
- 5 邹云峰, 严树宏, 鲁洁琼. 子宫黏液管腺肉瘤临床及病理观察

[J]. 现代实用医学, 2010, 22(10): 1182-1184.

6 高峰, 唐文伟, 李小会, 等. 小儿横纹肌肉瘤的影像学诊断[J]. 中国临床新医学, 2013, 6(12): 1173-1175.

notypic analysis of 35 cases [J]. Am J Surg Pathol, 2008, 32(7): 1013-1021.

[收稿日期 2014-11-27][本文编辑 吕文娟]

7 Soslow RA, Ali A, Oliva E. Mullerian adenocarcinomas: an immunophe-

## 重症疟疾合并血小板减少症一例

· 病例报告 ·

韦彩云, 梁青莲, 蒙福清, 黄国爱

作者单位: 530023 广西, 南宁市第四人民医院广西艾滋病临床治疗中心护理部

作者简介: 韦彩云(1963-), 女, 大学本科, 主任护师, 研究方向: 传染病护理。E-mail: 13978874602@139.com

通讯作者: 梁青莲(1976-), 女, 大学本科, 主管护师。E-mail: LqLmadao@qq.com

[关键词] 重症疟疾; 血小板减少; 护理

[中图分类号] R 473.51 [文章编号] 1674-3806(2015)03-0261-02

doi: 10.3969/j.issn.1674-3806.2015.03.23

### 1 病例介绍

患者, 男, 46岁, 诊断为重症疟疾(脑型疟疾、恶性疟疾), 于2014-07-02入院, 体温39.1℃, 心率127次/min, 呼吸22次/min, 血压110/78 mmHg。患者一周前急性起病, 畏寒、发热, 体温达40℃, 大汗伴头痛、恶心、呕吐, 随后意识改变、大小便失禁。发病前有非洲加纳工作、生活史, 在当地反复患疟疾治疗好转。2014-06-28回国。相关实验室检查: 血涂片找疟原虫(3+); 血常规: 白细胞 $11.55 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞79.6%, 血红蛋白72.2 g/L, 血小板 $14.0 \times 10^9/L$ 。总胆红素76.6  $\mu\text{mol/L}$ , 直接胆红素26.6  $\mu\text{mol/L}$ , 间接胆红素50.0  $\mu\text{mol/L}$ , 白蛋白27.5 g/L, 脑压180 mmH<sub>2</sub>O。入院后给予抗疟疾、降颅压、抗感染、还原型谷胱甘肽护肝、输血、血液净化等治疗和护理。具体护理措施: (1) 生命体征的观察及护理。患者入重症科后予以持续心电、血压、血氧饱和度(SpO<sub>2</sub>)监测, 观察意识、瞳孔、体温、面色、胃引流液、尿量及色的变化, 每小时记录1次, 总结出入量, 发现异常立即通知医生并做相应的处理及记录。患者神志不清, 谵妄, 球结膜轻度水肿, 呕吐, 双瞳孔直径约2 mm, 目光游离。考虑与脑水肿有关, 给予降颅压及保护脑细胞处理。体温升高前出现寒战, 最高时达39.6℃。给热水袋、被子等保暖; 用冰毯、冰帽予以降温, 体温降至37.5℃时停用。及时给予更换汗湿的衣服, 清洁皮肤, 让患者舒适。同时补充水分, 维持水、电解质平衡。由于血小板

低, 有出血倾向, 因此要注意观察病人有无牙龈出血及消化系统症状, 观察有无腹痛不适, 皮肤黏膜有无出血点或瘀斑等, 如有异常, 及时通知医师处理。恶心呕吐时, 观察呕吐物的颜色及量, 观察病人有无腹痛、腹泻及便血情况<sup>[1]</sup>。第7天胃管引出褐色液体, 给予凝血酶管饲止血、泮托拉唑钠40 mg + 生理盐水50 ml(50 ml/h)泵入, 禁食。患者血小板、血红蛋白降低, 胆红素升高。给输注浓缩红细胞2次3.5 U, 血浆5次1 000 ml。7月10日血小板 $237.4 \times 10^9/L$ 、白蛋白31.9 g/L、总胆红素27  $\mu\text{mol/L}$ 。(2) 机械通气及人工气道的护理。7月5日, 患者出现呼吸30~36次/min、心率150~160次/min、血压78~80/40~45 mmHg、SpO<sub>2</sub> 85%, 听诊两肺有较多湿性啰音, 痰鸣音明显, 吸出较多黄色黏稠痰。给予经口气管插管, 同时吸痰、连接呼吸机辅助呼吸, 模式为同步间歇指令通气模式(SIMV)、定压控制通气模式(PCV), 呼吸次数(f)18次/min、呼气末压力(PEEP)5 cmH<sub>2</sub>O、压力支持(PS)14 cmH<sub>2</sub>O, 吸气时间: 呼气时间(I:E) = 1:15, 氧浓度70%。经2 h后呼吸24~26次/min、心率116次/min、血压116/65 mmHg、SpO<sub>2</sub> 96%, 调节PEEP 4 cmH<sub>2</sub>O、氧浓度40%, 持续辅助呼吸4 d后脱机。在辅助呼吸期间, 人机协调性好。每4 h监测动脉血气, 根据血气分析结果, 调节呼吸机的参数。患者床头抬高30°~40°, 每2 h变换体位, 左、平、右卧位交替, 翻身时给予叩背, 机械辅助排痰1次/d, 每次5 min。吸痰时为防止损伤气道黏膜,