

- 207-208.
- [3] Rao SK, Aydinalp N. Appendiceal lymphoma: a case report[J]. J Clin Gastroenterol, 1991, 13(5): 588-590.
- [4] Carpenter BW. Lymphoma of the appendix[J]. Gastrointest Radiol, 1991, 16(3): 256-258.
- [5] Chishima F, Hayakawa S, Ohta Y, et al. Ovarian Burkitt's lymphoma diagnosed by a combination of clinical features, morphology, immunophenotype, and molecular findings and successfully managed with surgery and chemotherapy[J]. Int J Gynecol Cancer, 2006 (16 Suppl 1): S337-343.
- [6] 任宏义, 朱连清, 黄勇进, 等. 彩色多普勒超声诊断肠道黏膜相关淋巴组织淋巴瘤 2 例并文献复习[J]. 中国现代医药杂志, 2011, 13(1): 49-51.
- [7] Ak I. F-18 FDG imaging of an asymptomatic sacrococcygeal pilonidal sinus in a patient with malignant disease[J]. Clin Nucl Med, 2007, 32(10): 822-824.
- [8] Ab Hamid S, Wastie ML. Primary non-Hodgkin's lymphoma presenting as a uterine cervical mass[J]. Singapore Med J, 2008, 49(3): e73-75.
- [9] 郑晓林, 陈墨. 结外型淋巴瘤 CT、MRI 分析[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2009, 7(1): 52-54.
- [10] Arima N, Tsudo M. Extragastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma showing the regression by Helicobacter pylori eradication therapy[J]. Br J Haematol, 2003, 120(5): 790-792.
- [11] 刘迎利, 林涛, 周毅. 胃 MALT 淋巴瘤临床、内镜、病理特征分析及 PTEN 蛋白的表达[J]. 南方医科大学学报, 2010, 30(5): 1183-1184.
- [12] 秦叔逵, 马军, 游伟程. 中国临床肿瘤学进展 2010[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 237-241.
- [13] Hanna GB, Frizelle FA, Santoro GA. Lymphoma of the appendix. A case report[J]. G Chir, 1997, 18(4): 219-221.
- [14] 程霄虹. 非霍奇金淋巴瘤误诊为阑尾炎 1 例[J]. 中国临床医药研究杂志, 2007(15): 78.
- [15] Katz DS, Stein LB, Mazzie JP. Recurrent non-Hodgkin's lymphoma of the appendix[J]. AJR Am J Roentgenol, 2002, 179(6): 1443-1445.

(收稿日期: 2011-01-01 修回日期: 2011-07-15)

· 短篇及病例报道 ·

卵巢腺癌术后脾转移 1 例

黄 辉, 张朝军[△]

(第三军医大学新桥医院普外科, 重庆 400037)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2011.34.048

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2011)34-3535-02

1 临床资料

患者, 女, 48 岁, 于 2007 年 8 月无明显诱因出现腹痛、腹胀, 全身乏力、体质量明显下降, 于 2007 年 9 月 12 日在外院诊断为卵巢癌行全子宫、双附件、阑尾及大网膜切除术。术后病理检查示双卵巢低分化乳头状腺癌, 侵及双侧输卵管组织, 大网膜广泛性癌转移。术后给予系统化疗, 于 2008 年 1 月 22 日、2008 年 2 月 20 日复查糖类抗原 125(CA-125)分别为 19.60 U/mL、15.90 U/mL(正常值为 2.5~20.4 U/mL)。2008 年 11 月 25 日 B 超检查示盆底右侧可见 32 mm×30 mm×27 mm 不均质实性包块, 阴道顶端可见 29 mm×13 mm×18 mm 不均质实性块状影。于 2008 年 11 月 27 日行定向放疗, 并分别于 2008 年 12 月 5 日、2009 年 1 月 8 日行 TP 方案化疗。2009 年 1 月 5 日复查 CA-125 为 546.38 U/mL。2009 年 2 月 12 日复查盆腔 CT: 右侧盆腔结节影部分侵犯直肠, 考虑卵巢癌术后复发; 于 2009 年 2 月 16 日经腹行直肠切除吻合术。术后病理检查示直肠中-低分化管状腺癌, 肿瘤侵犯肠壁浆膜层及肌层, 于卵巢来源, 双切缘无癌, 肠周淋巴结(5/15)可见癌转移, 另外转移癌结节 3 个。术后分两次给予 TP 化疗方案。2010 年 1 月 6 日 CT 检查示脾脏转移癌(封 4 图 1)。于 2010 年 1 月 22 日在全身麻醉下行脾脏切除术及周围淋巴结清扫术, 术中探查: 脾中极见约 6 cm×5 cm 大小包块, 包块侵犯胃大弯处。术后病理检查示脾门低分化腺癌浸润(封 4 图 2), 考虑卵巢癌转移, 少许胃壁组织可见癌转移。

2 讨 论

转移性脾肿瘤(metastatic carcinoma of the spleen, MCS)临床少见, 其发生率约占所有脾恶性肿瘤的 2%~4%^[1]。

MCS 的诊断标准: (1)有原发恶性肿瘤并经病理检查证实; (2)B 超和(或)CT 检查发现脾脏占位病变, 经剖腹探查和病理检查证实; (3)B 超和(或)CT 检查动态随访, 开始为阴性, 以后发现脾有占位性病变; (4)B 超检查发现脾占位性病变, 后经 CT 扫描证实脾占位病变伴盆腹腔种植, 或手术病理检查证实其他部位有转移病灶; (5)临床上无感染和脾栓塞症状。凡符合上述标准(1)和(5), 再加(2)、(3)、(4)其中之一, 除外原发肿瘤为淋巴瘤类肿瘤者, 均可诊断为 MCS^[2]。原发癌确诊之后被检出 MCS 的平均时间为 2.6 年^[3]。MCS 的形成有 3 种途径: (1)血行转移; (2)淋巴管途径和腹腔种植性转移; (3)邻近脏器病变的直接侵犯。脾脏转移发生率低的可能原因是: (1)脾动脉呈直角从腹腔动脉发出, 使癌细胞不易进入脾脏, 脾组织内输入淋巴管极少; (2)脾脏的节律性搏动, 使流经脾脏的肿瘤细胞难以停留; (3)脾脏具有极强的免疫能力; (4)脾脏内碳水化合物浓度低、氧浓度高, 肿瘤细胞不适于生长在此环境中。

恶性肿瘤发生脾转移, 大多数患者无特异性症状, MCS 常在常规检查中发现。发生 MCS 后, 一般不会造成巨脾症, 临床表现: (1)左上腹痛及脾大。MCS 多有上腹痛, 左肋下触及脾脏, 有相对特异性, 因此对有癌病史者出现上述表现时应高度怀疑 MCS^[4]。(2)自发性脾脏破裂。临床罕见, 目前报道仅有 15 例, 约占 MCS 的 2.0%, 但病死率高^[5]。(3)孤立性 MCS。由于大多为晚期癌肿的表现, 因此孤立性转移甚为少见, 国内外报道仅 50 多例, 约占 MCS 的 5.3%, 且 60.0%来自于妇产科肿瘤^[6]。总体上 MCS 预后不佳, 1 年内死亡率达 50.0%^[7]。MCS 的预后与原发肿瘤性质关系密切, 肾癌、甲状腺癌等发展相对缓慢的肿瘤及乳腺癌、卵巢癌等治疗敏感型肿瘤发生

[△] 通讯作者, Tel: (023) 68774105; E-mail: doctorzhangxq@yahoo.com.cn.

MCS 时预后相对较好;能够手术切除的病例预后相对较好,但 MCS 由于常伴其他脏器转移,故手术切除率低,为 31.8%^[5]。治疗上首先考虑手术切除,再给予化、放疗等综合治疗。本文 MCS 患者考虑为卵巢癌术后经腹腔残留大网膜转移至脾,手术行脾切除、部分胃切除,术后给予化疗,随访 6 个月,无复发。

参考文献:

- [1] 吴阶平,裘法祖.黄家驹外科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2000:1329.
- [2] Takubo K, Kanda Y, Ishii M, et al. Primary malignant melanoma of the esophagus[J]. Hum Pathol, 1983, 14(8):727-730.
- [3] 张兆祥,朱忠尧.脾转移癌的研究进展[J].中国肿瘤临床·短篇及病例报道·

床,2006,33(1):57-58.

- [4] 褚海波,徐永波.脾转移癌的临床与病理学研究进展[J].实用医药杂志,2009,26(2):72-74.
- [5] Lachachi F, Abita T, Durand Fontanier S, et al. Spontaneous splenic rupture due to splenic metastasis of lung cancer[J]. Ann Chir, 2004, 129(9):521-523.
- [6] Furukawa N. Solitary splenic metastasis of ovarian cancer[J]. Arch Gynecol Obstet, 2007, 275(6):499-502.
- [7] 涂朝勇,章平禄,邵初晓,等.脾转移性肿瘤临床分析(附 22 例报道)[J].肝胆外科杂志,2003,11(6):432-433.

(收稿日期:2011-01-09 修回日期:2011-07-15)

角膜异物伴结膜吸吮线虫感染 1 例

赖贞英,彭 聪

(重庆市巫山县人民医院五官科 404700)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.34.049

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)34-3536-01

角膜异物在眼科病中较为多见,但并发线虫感染实属少见,本文报道 1 例如下。

1 临床资料

患者,男,73 岁,农民,因左眼外伤后红、胀痛、视力下降 4^d 入院。入院时检查:左眼视力指数/40 cm,右眼视力 4.7,不能矫正,左眼球结膜混合性充血(++)。上下穹窿部可见多条白色、圆柱形、细长活动虫体,角膜正对 5 点处缘内 3 mm 有一圆形直径约 2 mm 溃疡,溃疡中见一黑色刺样物。角膜混浊、水肿,前房尚清,瞳孔圆,直径约 3 mm,对光反射稍迟钝,晶状体皮质楔形浑浊,玻璃体及眼底均窥不清。右眼前节(-),瞳孔圆,直径约 2.5 mm,对光反射灵敏。右眼晶状体皮质楔形浑浊,眼底(-)。右眼压 13 mm Hg,左眼压 12 mm Hg。双眼球运动正常,家中有养猫史。入院诊断:左眼角膜异物伴寄生虫感染。表面麻醉后,在显微镜下行左眼角膜异物取出术。术中见角膜表面有一透明黏丝状物附着,以棉签拭擦见该丝状物蠕曲蠕动,挑出后见长约 1.6 cm,宽 0.1~0.2 cm,半透明、乳白色、长柱形虫状物在刺激下蠕曲,离体后蠕曲。细查结膜囊,分别在内外眦部结膜、上下穹窿部结膜找到共 11 条长短不一的白色虫体(图 1)送病理检查。反复冲洗结膜囊干净,未见确切异物,右眼结膜未见虫体。术后予小牛血去蛋白提取物眼用凝胶滴眼,3 次/天,妥布霉素眼液滴眼,3~4 次/天,输液、抗炎 3 d 后患者左眼红、胀痛明显好转。

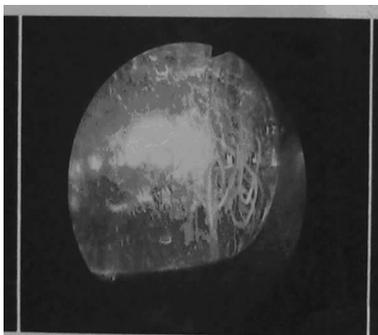


图 1 患者结膜取出的线虫

专科检查:左眼视力 4.3,右眼视力 4.7,左眼球结膜混合性充血(±),上下穹窿结膜未见确切虫体,角膜有一圆形、直径约 1 mm 溃疡,较前明显好转。角膜稍浑浊,前房尚清,瞳孔圆,晶状体皮质楔形浑浊,眼底模糊可见视乳头及血管。右眼检查同前。病理检查结果示线虫感染^[1]。出院诊断:左眼角膜异物伴结膜吸吮线虫感染。患者要求出院,建议患者出院随访,勤洗手。

2 讨论

结膜吸吮线虫又称东方眼虫^[2],成虫主要寄生于猫、狗等动物眼部,也可寄生于人眼结膜,引起结膜吸吮线虫病^[3-4]。猫、狗是人的主要传染源^[5]。本县属国家级贫困县,卫生条件较为落后,蚊蝇滋生,该患者家中养猫且受伤后眼部不适,常用手拭眼,难以保障清洁卫生,成为结膜吸吮线虫病易患人群。治疗一般用爱尔卡因表面麻醉,用消毒镊子或棉签清除虫体后,局部点抗生素眼药水预防感染,症状多自行消失。此病常一次难以取净虫体,故重在改善环境卫生,清除蚊蝇滋生地,加强个人清洁,减少与猫、狗等动物的接触。结膜吸吮线虫细小,不易发现,临床上容易误、漏诊,应引起临床医生及实验室检验人员的重视。

参考文献:

- [1] 孙新,李朝品,张进顺.人体寄生虫学彩色图谱[M].北京:人民卫生出版社,2008:586-592.
- [2] 李凤鸣.眼科全书[M].北京:人民卫生出版社,1996:500.
- [3] 麻华忠,梁满教.前房内结膜吸吮线虫 1 例报道[J].广西医学,1997,19(4):711.
- [4] 李虹霓,周忠夏.玻璃体内结膜吸吮线虫 1 例[J].中国实用眼科杂志,1998,16(1):63.
- [5] 李雍龙.人体寄生虫学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2004:202-204.

(收稿日期:2011-04-23 修回日期:2011-07-24)