

鉴于大汗腺体表分布的特殊性,大汗腺癌仅可能发生在腋窝、肛周、乳晕、眼睑几个特殊的部位,右侧额部几乎不可能发病;且大汗腺癌光镜下呈囊性结构,常见断头分泌现象,常与 Paget 病伴发,故排除。(5)皮脂腺癌:更为罕见,发生于眼睑,源于睑板腺,眼外少见,为单个黄色或红色结节,光镜下见细胞质内大量空泡形成、泡状核,故排除。(6)转移性腺癌:①腹部 B 超、癌胚抗原、CA19-9、CA72-4 均为(-),排除消化系转移癌;②头颅 CT、S-100 蛋白、神经元特异性烯醇化酶均为(-),排除神经系统转移癌;③胸部 X 线片及细胞角质蛋白 19 片段(-),排除肺部转移癌。

2.2 治疗 小汗腺癌治疗仍是以局部切除为主要治疗手段^[7]。贺占青等^[8]行扩大切除术治疗 1 例小汗腺癌,手术范围:切除至少距肿瘤边缘 3~5 cm,并向两侧潜行分离 2~3 cm,切除此范围内的皮肤、皮下组织、筋膜,对可疑淋巴结转移进行清扫,术后局部放疗 1 个疗程,随访 5 年,未见复发。刘彤云等^[9]报道并治疗国内首例汗管样小汗腺癌,行 Mohs 手术,随访 8 个月未见复发。张战胜等^[10]治疗 3 例小汗腺癌,广泛性切除,深达肿瘤基底部 2.5 cm,边缘 1.5 cm,同时服用维胺脂胶囊 3 周,静脉滴注甲氨蝶呤 10 d,最长随访 8 年无复发。本院术中采取扩大切除术,沿肿物边缘约 1.5 cm 将肿瘤完全切除,同时切除受累的颅骨外膜。未给予放疗或化疗,患者术后 15 d 出院,随访 8 个月未见复发,目前仍在随访中。Miller^[5]和 Smoller 等^[7]认为放疗不足以控制复发和转移,所以应早期手术治疗。作者亦认为,本病对放、化疗不甚敏感,仍依赖手术切除。早期发现并诊断是关键,扩大切除仍是主要的治疗手段。

参考文献:

[1] 汤钊猷. 现代肿瘤学[M]. 上海:上海医科大学出版社, 2002. 1-10.
· 短篇及病例报道 ·

1993;1072.

- [2] Kavanagh GM, Rigby HS, Archer CB. Giant primary mucinous sweat gland carcinomas of the scalp[J]. Clin Exp Dermatol, 1993, 18(4):375-377.
- [3] 朱蕙燕,朱慰祺,刘守业,等. 汗腺肿瘤 49 例报道[J]. 肿瘤, 1991, 11(1):39-43.
- [4] 刘荣华,李长青. 19 例汗腺癌临床治疗分析[J]. 肿瘤防治研究, 1994, 21(2):119-120.
- [5] Miller WL. Sweat-gland carcinoma: A clinicopathologic problem[J]. Am Clinpathol, 1967, 47(1):767-780.
- [6] Eckert F, Schmid U, Hardmeier T, et al. Cytokeratin expression mucinous sweat gland carcinomas; an immunohistochemical analysis of four cases[J]. Histopathology, 1992, 21(2):161-165.
- [7] Smoller BR, Narurkar V. Mucoepidermoid carcinoma metastatic to the skin. An histologic mimic of a primary sweat gland carcinoma[J]. J Dermatol Surg Oncol, 1992, 18(5):365-368.
- [8] 贺占青,郑永波. 汗腺癌 1 例临床治疗分析并文献复习[J]. 白求恩医学院学报, 2010, 8(1):77-78.
- [9] 刘彤云,柴燕杰,李霞,等. 汗管样小汗腺癌国内首报[J]. 中国皮肤性病杂志, 2011, 25(4):247-249.
- [10] 张战胜,赵颖新. 小汗腺癌 3 例诊治体会[J]. 郑州大学学报:医学版, 2005, 40(6):1191-1192.

(收稿日期:2011-09-21 修回日期:2011-12-22)

右位心并肺炎性假瘤 1 例报道

黄志文,张红艳,杨全军,高雷山[△]

(三峡大学仁和医院呼吸内科,湖北宜昌 443001)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.18.050

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)18-1895-02

右位心和肺炎性假瘤(pulmonary inflammatory pseudotumor, PIPT)都是临床上少见的疾病,右位心同时合并 PIPT 更是罕见,查阅相关文献国内外均未见报道。本院于 2011 年 4 月收治右位心并 PIPT 患者 1 例,现报道如下。

1 临床资料

患者,男性,56 岁。因发热、咳嗽 2 周入院。2 周前患者受凉后出现发热、咳嗽,体温多在 38℃ 左右,咳嗽多为干咳,有时咳出黄白色黏痰,院外抗感染治疗 1 周后无发热,但仍有咳嗽,干咳为主,为求进一步诊治来本院就诊。既往无特殊病史,无药敏史,无家族病史。入院时查体:T 36.3℃,P 81 次/分,R 19 次/分,BP 148/86 mm Hg,神志清醒,浅表淋巴结未触及,听诊右下肺呼吸音稍弱,未闻及干、湿性啰音,叩诊心界明显向右移位,心率 81 次/分,律齐,无杂音,心音有力,腹部平软,无

压痛、反跳痛,肝脾肋下未触及,双下肢不肿,四肢肌力、肌张力正常。入院后血常规示:WBC $4.64 \times 10^9/L$,N% 64.6%,Hb 135 g/L,PLT $153 \times 10^9/L$ 。血细胞沉降率 34 mm/h。肺 CT 检查示慢性支气管炎,肺气肿;右下肺团块影,考虑为炎性肿块,建议治疗后复查,排除新生物;内脏反位。心脏彩超检查示心脏位于右侧胸腔,心尖指向右下方,左房稍大,余心脏各房室腔大小正常;心脏各瓣膜柔软不厚,启闭及开放良好,心脏各结构连续完整,心功能无异常。上腹部 B 超检查示内脏反位,肝脏位于左侧,脾脏位于右侧;肝脏及脾脏形态大小正常,实质回声均匀。心电图检查示窦性心律;偶发室早;右位心电图图形;不完全性右束支传导阻滞;I、aVL、V₁₋₅导联 T 波倒置。入院初步诊断:(1)右下肺感染;(2)右位心;(3)偶发室早。给予加替沙星及头孢塞肟钠抗感染治疗 14 d 后患者咳嗽好转,复查

[△] 通讯作者, Tel:13343542095; E-mail:leishan_gao@tom.com。

血细胞沉降率 16 mm/h,复查肺部 CT(平扫、增强)检查示右下肺团块影与前片比较大小无明显变化,其内密度均匀,边界更清楚,考虑为炎性肿块,建议必要时穿刺活检排除其他;其余基本同前。CT 引导下经皮肺穿刺活检示镜下见增生的纤维结缔组织,伴玻璃样变性,其间可见大量的浆细胞及较多的淋巴细胞、中性粒细胞及嗜酸性粒细胞浸润,诊断为炎症性纤维母细胞性肿瘤。3 d 后患者出院,嘱其随访观察。

2 讨论

右位心是一种罕见的先天性畸形。右位心的发生率国内报道为 1/10 万^[1],国外报道为 0.02%^[2]。根据心脏与其他内脏解剖部位的不同可分为镜面右位心、右旋心和心脏右位。镜面右位心同时伴有全内脏反位,通常无需特殊处理;右旋心大多同时合并有严重的心血管畸形,需手术治疗,部分治疗效果不理想,预后差;心脏右位大多由于肺、胸膜或膈肌的病变使心脏移位于右胸,应积极治疗原发病。在临床工作中,应认识到右位心的存在,必要时可进行 CT、彩超等检查以明确诊断,避免误诊。

PIPT 是由某些非特异性炎症所致的肺内良性肿瘤样病变,多为单个肺内块影,肺内多发块影少见^[3]。根据组织结构和主要细胞成分的不同可分为:假乳头状瘤型、纤维组织细胞型、浆细胞肉芽肿型及假性淋巴瘤型 4 种类型,本例患者属纤维组织细胞型。PIPT 的病因及发病机制目前尚不完全清楚,Devouassoux 等^[4]认为 PIPT 可能是肺部感染性疾病的一种特殊末期表现,Matsubara 等^[5]则认为,绝大部分甚至所有的 PIPT 起源于机化性肺炎,并逐渐演变成 PIPT。PIPT 在临床上的表现多种多样,大多数表现为发热、咳嗽、咳痰、咯血和胸

痛,部分患者同时伴有全身非特异性症状,如:贫血、体质量下降、乏力等。在肺部 CT 上多显示为位于肺野周边的圆形或椭圆形块影,部分呈分叶,边缘有毛刺,或有偏心空洞,在临床上很难与周围型肺癌相鉴别,确诊主要依赖病理活检,CT 引导下经皮肺穿刺活检由于创伤小、费用低、阳性率高,可作为首选。治疗可采取外科手术或内科保守治疗并随访观察。

参考文献:

- [1] 周燕明,邱钟燕,谢梅. 镜面右位心内脏反位伴先天性完全性心内膜垫缺损 1 例[J]. 罕见疾病杂志,2003,10(2):37.
- [2] Sands SS, Taylor JF. Prescreen evaluation of situs inversus patients[J]. Int Surg,2001,86(4):254-258.
- [3] 袁小玲,侯襄河. 双肺多发性炎性假瘤[J]. 罕见疾病杂志,2004,11(1):3.
- [4] Devouassoux G, Pison C, Lantuejoul S, et al. Pulmonary inflammatory pseudotumor complicating the course of a community-acquired pneumopathy. a deceptive radio-clinical presentation[J]. Rev Mal Respir,1997,14(6):499.
- [5] Matsubara O, Tan-Liu NS, Kenney RM, et al. Inflammatory pseudotumors of the lung: progression from organizing pneumonia to fibrous histiocytoma or to plasma cell granuloma in 32 cases[J]. Hum Pathol,1988,19(7):807.

(收稿日期:2011-11-03 修回日期:2011-12-29)

(上接第 1881 页)

样的见习内容,也便于评价见习效果。注重开展丰富多彩的教学活动,以提高学生的临床专业兴趣。

5 加强对临床见习工作的宏观管理和质量控制

客观上临床见习随意性大,见习效果迥异,必须在场地、人员、时间、内容上达标,严格按照教学大纲完成,进行量化考核,加强临床实习出科考核,开展客观结构化临床技能考核,强化学生临床实践技能。配备专职临床教学辅助人员,协调完成各项教学任务,注重见习期间过程管理和结束时的效果评估。督导专家和专职临床教学辅助人员到见习科室及时了解见习状况,发现问题及时纠正^[8]。

近年来,作者除了加强对临床教师的授课质量、见习带教表现及个人业务水平素质进行全面考核评估外,还定期召开学生座谈会,了解教学过程中的反馈信息,不断完善各种必要的教学规章制度。在教学质量控制方面,建立临床见习教学评估表、学生及学院教学督导专家组等。对带教责任心不强、带教能力差的教师进行个别谈话,限期改正,对评出的优秀教师给予全院通报表彰及奖励,评选出“教学明星”、优秀带教教师等。对临床教师进行教书育人、爱岗敬业的教育,使其摆正医疗与教学的关系,及时解决他们在教学过程中遇到的困难和问题,调动起广大临床教师的教学积极性。

参考文献:

- [1] 黄达人. 关于医学教育发展的一些思考[J]. 中国高等教

育,2010(6):8.

- [2] 贺加,黄建军,徐辉,等. 军医大学创新型医学人才培养模式研究与实践[J]. 医学教育探索,2008,7(10):1011-1013.
- [3] 林岚,黄震. 外科学临床见习教学体会[J]. 西北医学教育,2011,19(1):190-191.
- [4] 王挹青,施华秀,孙德军. 强化医学生动手能力和思维方法训练的实践[J]. 中国高等教育,2007(7):59-60.
- [5] 陆定,袁方,厉有名,等. 加强临床见习教学改革 提高临床带教质量——大学附属医院推行见习医生制改革和探索[J]. 中国高等医学教育,2011(2):10-11.
- [6] 沈诚,范士志,陈建明,等. PBL 与 CBL 相结合教学模式在心血管外科临床见习教学中的应用[J]. 重庆医学,2011,40(3):304-305.
- [7] 韦焕能. 新形势下临床见习的困惑及相应对策[J]. 现代医药卫生,2007,23(7):1102.
- [8] 张静,宪莹,田杰,等. 儿科临床见习教学中教师的质量控制[J]. 中国高等医学教育,2007(5):89-90,92.

(收稿日期:2011-12-09 修回日期:2012-03-19)