

· 短篇及病例报道 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.35.053

家族性背部弹力纤维瘤 1 例病例报道

孟胜蓝, 蔡云婷, 牛会军[△]

(第三军医大学大坪医院野战外科研究所胸外科, 重庆 400042)

中图分类号: R739.92

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2014)35-4842-02

弹力纤维瘤是一种非常少见的结缔组织良性肿瘤。本文报道 1 例经手术病理证实的两侧背部弹力纤维瘤, 结合诊治经过及文献复习进行讨论, 以提高对该病的认识。

1 临床资料

1.1 一般资料 患者, 女性, 年龄 64 岁, 发现双侧肩胛下角包块 6 年, 生长缓慢, 2 个月前出现双侧包块部位疼痛, 既往无外伤史及体力劳动史。家族史: 患者有一姐姐 10 年前行右侧肩胛下角区包块切除, 术后病理为弹力纤维瘤, 术后 5 年左侧肩胛下发现硬质包块, 考虑弹力纤维瘤, 未手术。查体: 双侧肩胛下角区域可扪及一直径约 5 cm 硬质类圆形包块, 固定。入院后 CT 检查发现双侧背阔肌及前锯肌深面对称性病变, 增强后不均匀强化, 周围脂肪间隙清楚, 见图 1。胸部 MRI: 双侧对称性病变, 位于背阔肌及前锯肌深面, 增强后斑片状强化, 周围脂肪间隙清晰, 局部与肋骨骨膜关系紧密, 见图 2。

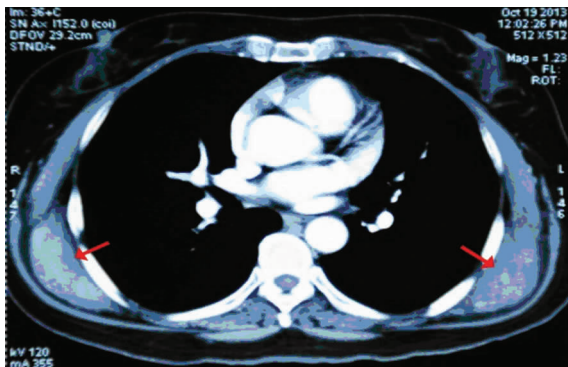


图 1 胸部增强 CT 检查

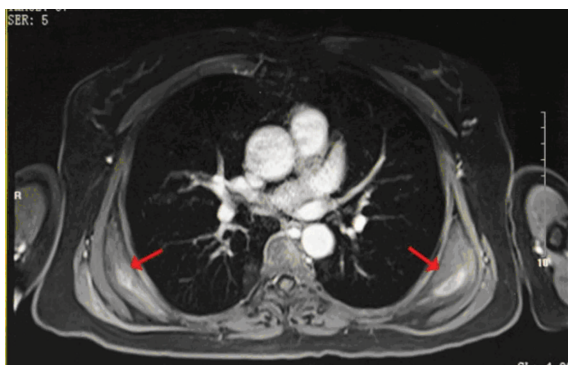


图 2 胸部 MRI 检查

1.2 方法

1.2.1 手术方法 包块位于肩胛下角深面, 左右大小分别为约 6.0 cm×5.0 cm×3.0 cm 及 7.0 cm×6.0 cm×2.5 cm, 质硬, 活动较差, 无包膜, 表面均覆有脂肪组织, 与双侧肋骨骨膜及前锯肌边界不清, 手术完整切除双侧胸壁包块、周围脂肪组织及受累肌肉组织。

1.2.2 病理 术前穿刺: 左侧胸壁包块纤维结缔组织增生。右侧术前未行穿刺。术后病理: 双侧胸壁包块, 主要由胶原纤维及粗大弹性纤维构成, 考虑弹力纤维瘤。

2 讨论

弹力纤维瘤于 1961 年由 Javri 及 Saxon 首次报道, 因 4 例病变均位于背部, 故将其命名为背部弹力纤维瘤。绝大多数患者发病部位为肩胛下角区域, 背阔肌、前锯肌及菱形肌深面, 第 6~8 肋水平, 可累及肋骨骨膜, 多为单侧, 也可双侧同时或先后发病。多发于中老年人, 女性发病率明显高于男性。

目前关于该病病因及发病机制尚无定论。多数学者认为其与慢性损伤致弹力纤维过度增生、胶原蛋白变性有关^[1], 但这并不能解释部分患者无明确外伤史及体力劳动史, 而个别患者存在家族史。现已有不少弹力纤维瘤患者染色体异常和基因组学改变的报道^[2], 这些结果均提示其更倾向于肿瘤性病变而非反应性改变。本文报道病例及其姐姐均无外伤史, 也无上肢体力劳动史, 支持其发病为肿瘤源性。

弹力纤维瘤最常见发病部位特定, 为软组织肿块, 周围可有脂肪间隙, 其内多为纤维组织及脂肪组织。CT 及 MRI 检查具备较好的组织分辨能力, 尤其 MRI 可清晰分辨纤维组织及脂肪组织, 根据其特征性病变部位及与周围组织关系, 常可得出准确诊断^[3]。本文所报道病例术前 CT 检查及 MRI 检查定位准确, 病变与周围组织关系显示清晰, 尤其 MRI 检查结果与术中情况及术后病理学特征基本完全相符, 根据其结果术前已可得出准确诊断。术前穿刺活检由于软组织取材较少且局限, 绝大多数病例均不能通过术前穿刺活检得到准确诊断, 故如非术前确需与其他软组织恶性肿瘤鉴别, 术前可不进行穿刺活检。

弹力纤维瘤发展较慢, 病程漫长, 现已有的报道最长病程达 67 年, 关于其手术指征尚未统一。国内有作者提出满足以下条件之一时可行手术切除: (1) 病变大于 5 cm; (2) 有疼痛症状或活动受限; (3) 无法与其他肿瘤鉴别^[4]。由于病变无明显包膜, 且常边界不清, 行局部切除即可, 迄今为止尚未见术后复发的病案报道。对于不能耐受外科手术的患者, 有作者报道放射治疗亦有效。弹力纤维瘤绝大多数患者均为特征性肩胛下角区域发病, 通过 MRI 检查多数患者均可得到准确诊断, 穿刺活检并非术前必需的检查手段, 了解这些特点可尽可能减少患者的创伤及经济负担, 对于病变不大且无明显症状的患者, 可不进行手术切除。

参考文献:

- [1] Briccoli A, Casadei R, Di Renzo M, et al. Elastofibroma dorsi [J]. Surg Today, 2000, 30(2):147-152.
- [2] Hernández JL, Rodríguez-Parets JO, Valero JM, et al. High-resolution genome-wide analysis of chromosomal alterations in elastofibroma [J]. Virchows Arch, 2010, 456(6):681-687.

[3] Malghem J, Baudrez V, Lecouvet F, et al. Imaging study findings in elastofibroma dorsi [J]. Joint Bone Spine, 2004, 71(6): 536-541.

析[J]. 中华普通外科杂志, 2009, 24(10): 827-830.

(收稿日期: 2014-06-08 修回日期: 2014-07-09)

[4] 王昌明, 宋世兵, 蒋斌, 等. 背部弹力纤维瘤 10 例诊治分

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.35.054

中期宫角妊娠破裂致子宫切除后并发 DIC 1 例分析

胡 娅, 牟 玲

(解放军第 324 医院妇产科, 重庆 400020)

中图分类号: R714

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2014)35-4843-02

子宫角部妊娠(简称宫角妊娠)是指受精卵附着在输卵管近宫腔侧, 向宫腔侧生长发育而不在间质部发育^[1], 其发病率低, 且早期不易被发现。由于该种植部分的血液供应丰富, 一旦破裂就会大量出血导致失血性休克, 严重者危及生命^[2]。现将本院收治的 1 例中期妊娠破裂致子宫切除, 术后并发弥散性血管内凝血(DIC)病例报道如下。

1 临床资料

患者, 女性, 年龄 33 岁, G3P1。因“停经 3⁺个月, 引产过程中晕厥 3⁺h”于 2010 年 8 月 29 日由外院转入本科。入科查体, 心率: 102 次/min, 呼吸: 26 次/min, 血压: 91/47 mm Hg, 重度贫血貌, 烦躁, 四肢厥冷, 心肺(-), 神志不清, 腹部膨隆, 如孕 8 个月大小, 移动性浊音阳性。外院 B 超提示: 腹腔内大量积液。本院腹腔穿刺抽出 10 mL 不凝血。初步诊断: (1) 子宫破裂; (2) 失血性休克; (3) 失血性贫血。追问家属病史, 患者末次月经为 2010 年 5 月 12 日。停经 40⁺ d 时自测尿人绒毛膜促性腺激素(HCG)阳性, 未曾就诊及行 B 超检查。自发现怀孕以来, 无阴道流血、腹痛等不适。至停经 3⁺个月时即 8 月 27 日到住家当地医院就诊行 B 超检查发现胎儿畸形。于当日再次到重庆医科大学附属第二医院复查, 仍提示胎儿畸形, 腹腔囊性包块。遂返回当地医院住院要求引产, 给予米非司酮片(150.0 mg)+米索前列醇片(0.6 mg)药物引产。于 8 月 29 日当日口服米索前列醇 600 μg 后出现阵发性腹痛, 于下午 13:40 左右突然晕厥, 1 min 后清醒, 诉头昏、乏力、心慌、四肢湿冷, 大小便失禁。遂由 120 转诊来本院。入院后立即开放静脉通道, 吸氧、保暖, 抗休克治疗及术前准备, 急诊在全身麻醉下行剖腹探查术, 术中见腹腔大量积血及血凝块, 约 5 000 mL。右下腹见一畸形胎儿(腹部透明, 囊性膨大), 长约 12 cm, 周围见血凝块及胎盘组织, 羊膜囊完整, 子宫孕 3⁺个月大小, 其右侧壁至宫角部见一长约 10 cm 大小破口, 其内见大量胎盘组织, 未见宫内膜组织, 周围组织明显水肿。术中诊断: 右侧宫角妊娠破裂出血(术后病检已证实)。因创面大无法修补与家属沟通后, 行子宫次全切除术。术中自体血液回输约 2 300 mL, 输入红细胞 400 mL, 血浆 200 mL。术毕因血压不稳定, 创面广泛渗血, 考虑 DIC 转 ICU 进一步治疗。于术后 6 h, 发现患者腹部再次轻度膨隆, 移动性浊音阳性, 行床旁 B 超示腹腔内积液, 在普外科协助下, 行盆腔引流术, 引流出暗红色不凝血约 1 000 mL。同时继续积极输入红细胞、血浆、血小板、冷沉淀补充血容量, 纠正患者凝血机制, 给予多巴胺、硝酸甘油维持循环, 碳酸氢钠纠正酸中毒^[3-4]。密切观察盆腔引流液情况等处理后, 于术后第 2 天, 患者意识恢复清楚, 拔除气管导管后自主呼吸平稳, 无心慌、胸闷、呼吸困难等不适, 于 9 月 1 日转入本

科, 继续给予抗炎对症支持治疗。9 月 4 日腹部伤口拆线, II/甲。9 月 5 日开始出现不明原因的反复发热。9 月 8 日拔除腹腔引流管, 9 月 13 日扪及腹部切口下方一约 7.0 cm×8.0 cm 硬结, 固定。B 超体示腹部切口下方约 13.4 cm×10.8 cm×7.5 cm 囊性包块, 形态欠规则, 回声不纯净, 行穿刺术抽出陈旧性积血约 2 mL。考虑此包块系术后 DIC 时期切口皮下创面渗血包裹形成, 患者术后反复发热可能与此有关。因包块较大, 自行吸收困难, 于 9 月 16 日再次行腹部切口皮下血肿清除引流术, 术后 7 d 伤口拆线, 痊愈出院, 患者从发病到平安出院共经历了 29 d。

2 讨 论

宫角妊娠是一种特殊类型的宫内妊娠, 临床症状不典型, 多在妊娠 3 个月内发生流产或破裂^[5]。而一旦破裂, 可发生凶险的出血, 短时间内可致死, 是妇产科最为危急的急腹症之一。超声是目前诊断宫角妊娠的主要手段^[6]。此患者孕 1⁺个月时发现怀孕后, 未到医院就诊, 错过了早期 B 超发现的机会, 且患者孕早期一直无阴道流血及腹痛等不适, 且有生育要求, 故直到孕中期才到医院就诊, 最后行 B 超发现胎儿畸形而需要引产。此时的 B 超医师认为是常规产检, 因而只注重检查胎儿发育的情况而忽略了胎盘位置是否异常。而以 B 超为依据的妇科医师在患者住院后也按常规给予息影药物引产, 即使开始宫缩较弱, 也能诱发宫角妊娠着床处已很薄弱的子宫肌壁破裂而发生大出血。本例患者术后并发 DIC, 可能与患者在转诊来本院至手术的过程中, 时间较长, 约 3 h, 耽误了宝贵的抢救时机, 腹腔出血大量消耗了凝血因子而发生术后腹腔再次渗血积液及腹部伤口处皮下血肿, 而行引流术。该病例也加深了对 DIC 并发症的诊断及就治的认识。首先, 要早诊断, 一旦患者出现出血, 休克且血不凝, 并且全身微循环栓塞症状时就应该考虑本病, 并立即行血液学检查和动态观察, 特别是血小板进行性下降是重要依据。其次, 去除病因, 本例患者就果断的行子宫切除术, 避免了进一步的出血危及患者生命。治疗上及时足量的补充凝血因子(新鲜血浆、冰冻血浆和冷沉淀等), 及抗凝治疗(肝素)等措施, 患者 DIC 得到有效控制, 预后良好。

总之, 临床医师应提高对本病的认识, 要重视孕早期 B 超检查^[7], 尤其是阴道 B 超对宫角妊娠的诊断具有重要诊断价值, 高度怀疑此病者, 必要时行宫腔镜、腹腔镜等进一步明确诊断。只要早发现、早治疗, 就可以减少误诊、漏诊, 降低子宫破裂的发生率, 挽救患者生命。

参考文献:

[1] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社,