

随访 3 个月,患者少许咳嗽,能耐受轻体力劳动,复查支气管镜气管内病灶坏死焦痂完全脱落,病变黏膜增厚,局部有小隆起,管腔狭窄约 30%。



图 3 气管镜下见新生物阻塞管腔约 95%

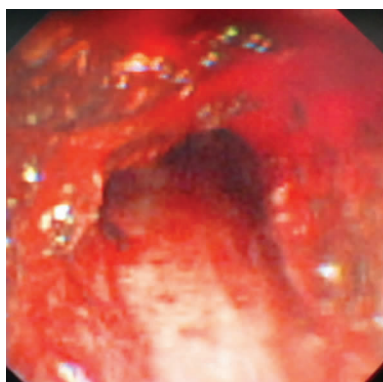


图 4 支气管介入治疗后管腔通畅

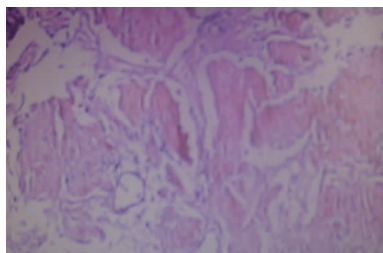


图 5 病理检查影像学表现为淀粉样变性(HE,×100)

2 讨论

支气管肺淀粉样变是以细胞外和细胞内具有 β 片层结构的原纤维蛋白沉积为特点的一组临床表现各异的疾病。如果

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.08.053

淀粉样蛋白来源于血浆蛋白,则称为系统性淀粉样变性;如果淀粉样蛋白来源于沉积部位,则称为局限性淀粉样变。局限于呼吸道淀粉样变的原纤维绝大部分来源于免疫球蛋白的轻链或轻链碎片^[1]。支气管肺淀粉样病变为良性病,临床罕见,诊断相对困难,需与气道囊性腺样癌、复发性多发性软骨炎、骨化性气管支气管病、鳞状上皮乳头状瘤等相鉴别。支气管镜下表现不易区分,确诊有赖于病理检查结果。如病变仅局限于气道内,可行支气管镜下介入治疗(高频电刀、氩气刀、冷冻、激光等),可反复支气管镜下治疗,比外科手术安全。弥散性肺实质受累则需要免疫抑制剂、糖皮质激素等全身治疗,但剂量、疗程及疗效尚无定论^[2]。有研究报道表面外放射治疗可以缓解临床症状^[3]。本病例无明确病因,故考虑原发性淀粉样病。气管淀粉样变一旦出现气道内阻塞病变影响通气功能,则需积极行支气管镜下介入治疗,而且介入治疗能达到立竿见影的疗效。但因淀粉样变易影响凝血功能及损伤血管壁导致出血,故临床上行活检及介入治疗过程中需警惕大出血^[4]。该患者为主气道病变,若出血影响视野或不能及时控制,则窒息死亡风险非常大,故须在全身麻醉下进行操作,以利于患者配合及清理气道,取活检确诊时同时切除病灶,降低了窒息死亡风险。淀粉样变为良性病变,患者生存期可达 10 年以上^[5],但气道内病灶可反复生长致气道阻塞,需反复行介入治疗,增加患者痛苦及医疗费用支出。安装支架也非一劳永逸之策,因为支架置入后可导致肉芽组织增生、排痰困难,降低患者生活质量。

参考文献

[1] 蔡柏蔷,李龙芸.协和呼吸病学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2011:2396-2403.
 [2] 王学文.淀粉样变治疗学研究的最新进展[J].现代肿瘤学,2011,19(1):172-176.
 [3] Neben-Wittich MA, Foote RL, Kalra S. External beam radiation therapy for tracheobronchial amyloidosis[J]. Chest, 2007, 132:262-267.
 [4] 李澎,冯学威,赵立.下呼吸道淀粉样病变 3 例并文献复习[J].中国内镜杂志,2011,17(4):392-395.
 [5] 邬昌盛,朱莹,徐健,等.原发性气管支气管淀粉样变临床分析[J].第二军医大学学报,2012,33(10):1112-1115.

(收稿日期:2014-08-15 修回日期:2014-10-10)

肝脏表皮样囊肿 1 例报道

张鑫¹,朱礼尧^{2△},姜浩芝³,沙小峰⁴

(江苏省淮安市第四人民医院:1.影像科;2.肝病科 223000;3.江苏省淮安市第一人民医院影像科 223000;4.解放军第 82 医院肿瘤科,江苏淮安 223000)

[中图分类号] R735

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)08-1149-03

肝脏发生表皮样囊肿,临床罕见。淮安市第四人民医院近年收治 1 例经病理检查证实为肝脏表皮样囊肿患者,现结合文献进行分析报道如下。

1 临床资料

患者,男,55 岁,因乏力、纳差、上腹隐痛 7 d 入院。入院 7 d 前,患者出现乏力、纳差,伴上腹隐痛,无向右肩、背部及下腹

放射,无反酸、暖气、恶心、呕吐。体格检查:T 36.5℃,P 80 次/分,R 18 次/分,BP 120/60 mm Hg。面色晦暗,巩膜无黄染,肝掌、蜘蛛痣(+),浅表淋巴结无肿大,心肺听诊无异常,腹部平坦,无压痛、反跳痛,肝脾肋下未及,肝区叩击痛(+),Murphys 征(-),腹部移动性浊音(-),下肢无浮肿。实验室检查,血常规:白细胞(WBC) $3.80 \times 10^9/L$,中性细胞比率(N) 0.75,淋巴细胞比率(L) 0.16,红细胞(RBC) $4.15 \times 10^{12}/L$,血红蛋白(Hb) 136 g/L,血小板(PLT) $61 \times 10^9/L$ 。血生化:总胆红素(TBIL) $21.2 \mu\text{mol}/L$,直接胆红素(DBIL) $8.3 \mu\text{mol}/L$,直接胆红素/总胆红素(DB/TB) 0.39,谷丙转氨酶(ALT) 174 U/L,谷草转氨酶(AST) 200 U/L,清蛋白(ALB) 40.8 g/L,球蛋白(GLO) 38.0 g/L,清蛋白/球蛋白比(A/G) 1.08,谷氨酰转肽酶(GGT) 50 U/L,碱性磷酸酶(ALP) 164 U/L;甲胎蛋白(AFP) $11.01 \mu\text{g}/L$;B 超:肝脏包膜欠光,实质回声增粗,粗细分布不均,血管纹理不清,肝左叶见 1 个 2.53 cm×2.56 cm 偏强回声团块,境界清楚,周边伴声晕(图 1),胆囊壁水肿,轻度脾大。CT 平扫示:肝左叶近膈顶部见一大约 2.5 cm×2.5 cm 类圆形稍高密度影,中间见点状低密度影,外缘见弧形低密度影(图 2)。增强扫描动脉期示病灶中间点状低密度明显强化,病灶其余部分未见强化(图 3)。



肝左叶见 1 个偏强回声团块,境界清楚,周边伴声晕。

图 1 B 超影像学表现

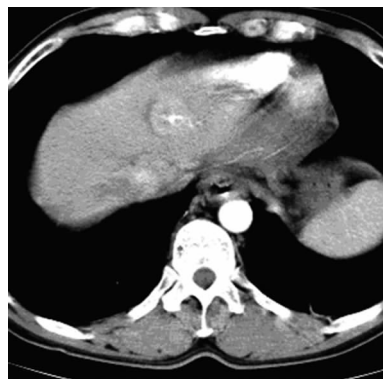


肝左叶近膈顶部见一大约 2.5 cm×2.5 cm 类圆形稍高密度影,中间见点状低密度影,外缘见弧形低密度影。

图 2 CT 平扫影像学表现

门静脉期示病灶中间点状强化灶降为稍低密度,病灶其余部分未见强化(图 4)。纤维胃镜:食管静脉轻度曲张。Fibroscan 检查:肝硬度测定值为 29.1 kPa。入院后拟乙型肝炎肝硬化、原发性肝癌,予复方甘草酸苷、水飞蓟宾、阿德福韦酯等保肝、降酶及抗病毒治疗。入院第 3 天行手术治疗,术中见肝脏弥散性结节性硬化,切除左肝内叶近膈顶部 1 个 4 cm×3 cm×3 cm 大小肿块,有完整包膜,周围未见肿大淋巴结、转移

灶,肿块切面呈囊性。术后 2 个月 CT 增强扫描复查示原病灶区无强化(图 5~7)。病理报告:表皮样囊肿(图 8)。



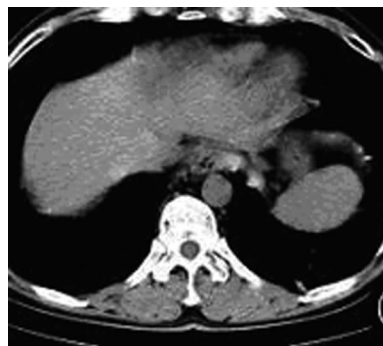
病灶中间明显点状强化,病灶其余部分未见强化。

图 3 CT 增强扫描动脉期影像学表现



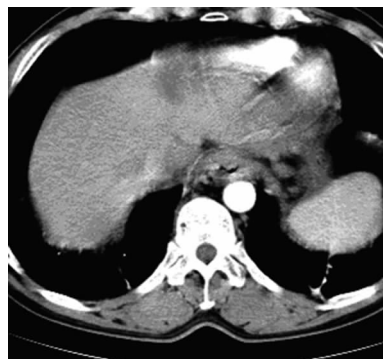
病灶中间点状强化灶降为稍低密度,病灶其余部分未见强化。

图 4 门静脉期影像学表现



原病灶区为低密度影。

图 5 复查 CT 平扫影像学表现(术后 2 个月)



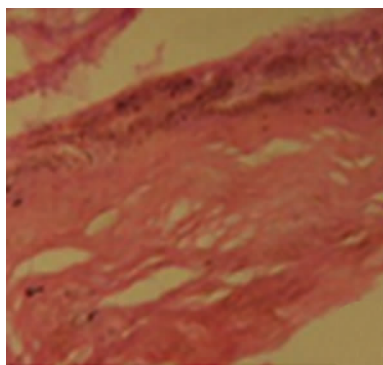
原病灶区无强化。

图 6 复查 CT 增强扫描动脉期影像学表现(术后 2 个月)



原病灶区无强化。

图 7 复查 CT 增强扫描门静脉期影像学表现(术后 2 个月)



肝脏表皮样囊肿。

图 8 光学显微镜下病理表现(HE, ×100)

2 讨论

表皮样囊肿是一种常见的良性肿瘤,多发生于中枢神经系统和生殖系统,其中,以头颈部发病率最高^[1]。肝脏发生表皮样囊肿,尚未见报道。

表皮样囊肿属瘤样病变,临床上可分为先天性和获得性 2 种。先天性表皮样囊肿为胚胎早期神经沟封闭时皮肤外胚层剩件残留下来发展而成,而获得性表皮样囊肿多为外伤、手术等将表皮带入深部组织内,囊肿壁上皮组织继续脱落角化而成,也可由 57、60 型人类乳头瘤病毒感染所致^[2-4]。囊肿囊壁为内含角质透明颗粒的层状鳞状上皮,囊内为充满黏稠的干酪样角化物。由于角化物的分布及含水量不同,超声表现缺乏特异性,并非典型的囊性无回声,可表现为类实性的低回声结节、高回声结节、无回声结节,也可表现为混合回声结节^[5];CT 平

扫片上多表现为低密度病灶,其 CT 值可与水相近,也可为脂肪密度,少数不典型者可为等密度或高密度,其密度取决于肿瘤内胆固醇、角蛋白含量、钙化、出血等,有时还可为混杂密度。良性肿瘤一般无强化,恶性肿瘤可均匀强化^[6]。偶可见肿瘤边缘呈轻度弧形增强^[7]。本病例的强化方式为中心点状明显强化,尚未见报道。如果单凭影像检查报告,不开展病理检查,易误诊。

该患者基础病为与原发肝癌关系较为密切的乙型肝炎肝硬化,尽管入院后 AFP 正常,而 B 超、CT 检查均提示肝脏类实性占位性病变,高度怀疑为肝硬化不典型增生结节或早期小肝癌,由于病变位于肝左叶近膈顶部,难以有效开展肝穿刺病理检查,无法确定肿块的性质,待手术切除病理检查,最终确诊为肝脏表皮样囊肿。

本文旨在提高对肝脏表皮样囊肿这一临床罕见病例的认识,减少对其误诊、误治。通过本例的诊治,作者认为乙型肝炎肝硬化患者,如影像学检查发现肝脏有类实性占位性病变,在无法鉴别病变良、恶性的情况下,尽早予以手术切除,并行病理检查诊断,明确病变性质。

参考文献

- [1] Al-Khateeb TH, Al-Masri NK, Al-Zoubi F, et al. Cutaneous cysts of the head and neck [J]. J Oral Maxillofac Surg, 2009, 67(1): 52-57.
- [2] Rosai J. 回牟中译. 阿克曼外科病理学[M]. 9 版. 北京: 北京大学医学出版社, 2006: 151-152.
- [3] Mckee PH, Calonje E, Granter SR. 朱学骏, 孙建方译. 皮肤病理学与临床的联系[M]. 3 版. 北京: 北京大学医学出版社, 2007: 1663-1671.
- [4] 杨雪松, 陈文, 林发俭. 高频超声在浅表表皮样囊肿诊断中的应用价值[J]. 中国超声医学杂志, 2010, 26(11): 1034-1037.
- [5] 杨帆, 吴斌, 郭美金, 等. 高频超声诊断表皮样囊肿的价值[J]. 中华医学超声杂志: 电子版, 2011, 8(6): 1312-1317.
- [6] 曹丹庆, 蔡祖龙. 全身 CT 诊断学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1996: 89-90.
- [7] 李国珍. 临床 CT 诊断学[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1994: 106-107.

(收稿日期: 2014-09-10 修回日期: 2014-11-08)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.08.054

盐酸氨溴索对急性期慢性阻塞性肺疾病患者血清 CRP、白细胞介素 17 及白细胞介素 18 的影响

吕青兰

(天津市第五中心医院呼吸内科 300459)

[中图分类号] R563

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)08-1151-02

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)是气管、支气管长期慢性的炎症导致的不完全可

逆气流受限为特征的一种肺部疾病^[1]。盐酸氨溴索是新一代黏痰溶解剂,已有研究表明,盐酸氨溴索还具有抗炎、抗氧化的