

疗,因此,此例复发是否强的松停药有关还有待商榷。

参考文献

- [1] Fletcher CDM, Unni K, Mertens F. Pathology & genetics, tumors of soft tissue and bone [M]. Lyon: IARC Press, 2002: 91-93.
- [2] Lin YJ, Yang TM, Lin JW, et al. Posterior fossa intracranial inflammatory pseudotumor: a case report and literature review [J]. Surg Neurol, 2009, 72(6): 712-716.
- [3] Gandhi RH, Li L, Qian J, et al. Intraventricular inflammatory pseudotumor: report of two cases and review of the literature [J]. Neuropathology, 2011, 31(4): 446-454.
- [4] 周开甲, 张鸣, 刘辉. 脑内炎性假瘤 1 例报告并文献复习 [J]. 福建医药杂志, 2009, 31(6): 49-51.
- [5] 江耿思, 王向宇. 中枢神经系统炎性假瘤的临床相关特点 [J]. 中国神经肿瘤杂志, 2009, 7(1): 66-69.
- [6] 杨世伟, 杨义, 马文斌, 等. 中枢神经系统炎性假瘤的诊断及治疗(1 例报告并文献复习) [J]. 中华神经外科杂志, 2009, 25(4): 336-338.

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.09.053

经阴道超声检查肠蛔虫 3 例报道

李 东

(重庆市梁平县妇幼保健院超声科 405200)

[中图分类号] R445

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)09-1294-02

人蛔虫是一种最常见的人体消化道寄生虫,引起蛔虫病。蛔虫成虫寄生于人体小肠,夺取营养,也可引起肠梗阻、肠扭转、肠穿孔、胆道感染和阻塞引起阑尾炎等急腹症,甚至还可以钻入肝、胆等引起严重的异位损害。因肠蛔虫病患病率的下降,即使感染蛔虫但肠道内蛔虫数量明显减少,女性患者腹痛一般不考虑肠蛔虫病,因此,该病常被忽视,而以妇科疾病来就诊。本院近年来在做阴道检查妇科病的同时均对下腹部的肠道进行观察,发现有部分妇女在肠道内发现了肠蛔虫,并且很多患者没有腹痛症状,现将 3 例典型的病例分析报道如下。

1 临床资料

患者 1,女,37 岁,因下腹反复胀痛 2 个月余,来本院要求取环。患者一般情况尚可,无食欲不振、无恶心及呕吐,间隙性脐周及下腹部疼痛,体温、脉搏、血压、呼吸正常,血常规、尿常规未见异常。阴道超声检查:子宫、宫内金属节育器、双侧附件及盆腹膜腔未见异常;小肠内见多条数毫米宽的双线强回声带,中间为暗带,前端圆钝、边缘光整,呈弧形或蜷曲状(图 1A),并可见虫体在小肠内的蠕动,其中一条虫体一段暗带中心有一条与虫体平行线状强回声(图 1B)。超声诊断:(1)肠蛔虫;(2)子宫、附件及宫内节育器未见异常。

患者 2,女,45 岁,下腹隐痛 3 个月,因外院诊断盆腔炎治疗后未见好转来本院就诊。患者体温、脉搏、血压、呼吸正常,血常规、尿常规正常,妇科检查:外阴经产式,盆腔未扪及包块,白带常规未见异常。阴道超声检查:子宫、附件及盆腔未见异

- [7] 张培松,王峰,徐文中,等. 脑内炎性假瘤的治疗及预后(附 1 例报道) [J]. 立体定向和功能神经外科杂志, 2011, 24(2): 122-125.
- [8] 谢成娟,孟玉,汪凯. 中枢神经系统炎性假瘤的临床观察 [J]. 安徽医科大学学报, 2013, 48(6): 705-708.
- [9] Garg V, Temin N, Hildenbrand P, et al. Inflammatory pseudotumor of the skull base [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2010, 142(1): 129-131.
- [10] Lee DK, Cho YS, Hong SH, et al. Inflammatory pseudotumor involving the skull base: response to steroid and radiation therapy [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2006, 135(1): 144-148.
- [11] Carswell C, Chataway J. The successful long term management of an intracranial inflammatory myofibroblastic tumor with corticosteroids [J]. Clin Neuro Surg, 2012, 114(1): 77-79.

(收稿日期:2014-10-25 修回日期:2014-12-10)

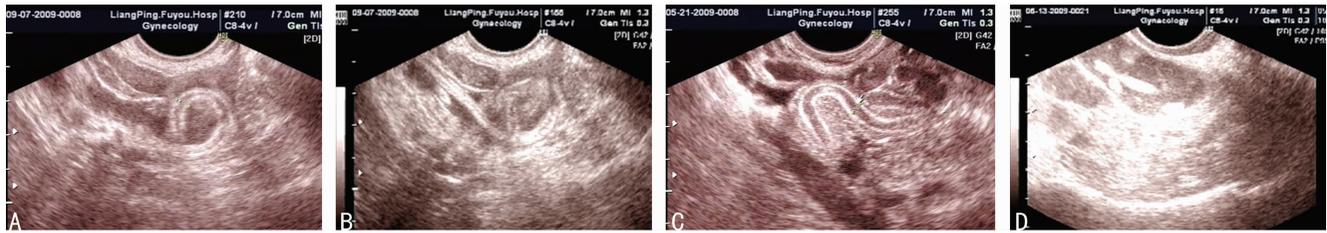
常,小肠内见多条双线强回声带(图 1C),仍呈弧形或蜷曲状并可见其蠕动。超声诊断:肠蛔虫。

患者 3,女,46 岁,阴道不规则流血半月余,来本院就诊。患者一般情况好,体温、脉搏、血压、呼吸、血常规、尿常规未见异常,无腹痛。阴道超声:子宫、附件及盆腔未见明显异常,肠道内有多条双线状强回声带及暗带消失的强回声带(图 1D)并可见其蠕动。超声诊断:肠蛔虫。

2 讨论

阴道超声观察肠道避开了肠气的干扰,分辨率高于腹部超声,更有利于观察蛔虫的形态及其在肠内的蠕动,经阴道超声的肠蛔虫声像图表现:(1)活成虫:①均可见其在肠道内呈弧形或蜷曲样蠕动,直径数毫米,断面呈圆形;②虫体呈双线强回声,中间为暗带^[1];③部分虫体的一段中间有一条与虫体平行的线状强回声^[2];④整个虫体中间暗带消失变为强回声。(2)虫体死亡并裂解后失去正常形态,其中心带模糊甚至消失^[3]。

似蛔线虫简称人蛔虫或蛔虫,是一种最常见的人体消化道寄生虫,引起蛔虫病,现在中国人群的蛔虫感染率显著下降^[4],但还有一部分人仍感染蛔虫。本组 3 例患者 10 多年未进行肠道驱虫治疗,不良的饮食习惯,爱吃生食,是患肠蛔虫的主要病因^[5]。虽然成虫寄生于小肠,胆道蛔虫是肠蛔虫病的主要并发症,是最常见的外科急腹症,但由于肠蛔虫数量少不至于引起胆道蛔虫、肠梗阻、肠扭转、肠穿孔、胆道感染等急腹症,而是以其他症状就诊,忽视肠蛔虫病。



A: 小肠内见多条数毫米宽的双线强回声带,中间为暗带,前端圆钝、边缘光整,呈弧形或蠕虫状;B: 小肠内可见一条虫体一段暗带中心有一条与虫体平行线状强回声;C: 小肠内见多条双线强回声带;D: 肠道内有多条双线状强回声带及暗带消失的强回声带。

图 1 阴道超声肠蛔虫声像图

参考文献

[1] 杨益虎. 超声典型征象实用图典[M]. 北京:人民军医出版社,2010:99-100.
 [2] 周永昌. 儿科超声[M]. 北京:人民军医出版社,2010:329-332.
 [3] 姜育薪,王志刚. 医学超声影像学[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:165-169.

[4] 李雍龙. 人体寄生虫学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:162-163.
 [5] 吴在德,吴肇汉. 外科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:554-555.

(收稿日期:2014-10-08 修回日期:2014-12-15)

原发性醛固酮增多症致反复室颤病例 1 例报道

王晓阳,范彩逢,李松森

(郑州大学附属洛阳中心医院心内科 CCU,河南洛阳 471000)

[中图分类号] R586.2+4

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)09-1295-02

原发性醛固酮增多症是临床上比较少见的导致低钾血症的疾病之一,能够明确诊断的患者更少。本科最近收治了 1 例此类患者,虽然来势汹汹,但是最终转危为安,且患者得到根治,现报道如下。

1 临床资料

患者,女,48 岁,以“四肢无力 2 个月,加重 1 d,晕厥 1 次”为主诉入院。2 个月前患者无明显诱因出现四肢无力,双上肢不能抬起,伴有双下肢困疼,症状为持续性,未重视,自行就诊于诊所按摩治疗,后症状稍减轻。1 d 前症状加重,双手不能持物,5 h 前上厕所时出现晕厥,持续时间不详,自行醒来,无大小便失禁,感心悸不适,四肢无力,无胸闷胸痛。在门诊做心电图(图 1),心率 103 次/分,频发室早,QT 间期无延长,V1-3 导联 R 波渐进不良,未见 ST-T 改变,门诊以“冠心病”收入心内科。既往有高血压病史 2 年,血压波动在 150/90 mm Hg 左右,间断服用降压药物如卡托普利等;糖尿病史 2 年,服药控制,个人史、婚育史无特殊,现月经不规律。查体:体温 36.2℃,脉搏 98 次/分,呼吸 19 次/分,血压 160/90 mm Hg,营养中等,神志清晰,唇无紫绀,双肺无干湿性啰音,心脏相对浊音界正常,心率 126 次/分,心律不齐,可闻及早搏 28 次/分,心音正常,A2>P2,无杂音,腹平坦,肝脏肋缘下未触及,双下肢无水肿。四肢活动自如,四肢肌力 IV 级。入院后初步诊断:(1)冠状动脉粥样硬化性心脏病? 心律失常? 频发室早? 短阵室速?(2)脑梗死?(3)重症肌无力?(4)高血压病 2 级?(5)2 型糖尿病。入院后急查血常规、生化及肌钙蛋白 I。于入院后 25 min 诉心悸,做心电图(图 2),显示为房颤,未见明显 ST-T 改变,给予心电监护,胺碘酮针 150 mg 稀释后静脉推注,房颤未

转复,继续给予心电监护以及胺碘酮泵入 1 mg/min,入院后 40 min 突然意识丧失,心电监护显示为室颤,紧急给予电除颤,同时转往 CCU。入院后 1 h 左右再次出现室颤约 5 次,给予反复电除颤,以及给予利多卡因针静脉推注及泵入、艾司洛尔针泵入、氯化钾针静点,患者室颤发作逐渐减少,入院后 90 min,生化结果回示血钾为 1.17 mmol/L,紧急给予氯化钾片、氯化钾针口服,以及继续静点氯化钾针及门冬氨酸钾镁针。入院 3 h 后,患者室颤未再发作。同时进一步完善检查。心脏彩超结果显示左室舒张末期内径为 49 mm,右室前后径为 20 mm,射血分数为 65%,无室壁运动障碍,无瓣膜反流,胸片结果显示大致正常。化验检查,血钠:134 mmol/L,血氯:86.0 mmol/L,肌酐:54.0 mol/L,葡萄糖:21.80 mol/L,二氧化碳结合力:38.0 mmol/L,肌钙蛋白 I:0.790 ng/mL,肝功能 ALT:519 U/L,AST:5.039 U/L,CK:8.560 U/L,CK-MB:418 U/L。入院第 1 天补充氯化钾针共 12 g,补充硫酸镁 5 g,患者未再发作室颤,一般情况可,血钾逐渐上升,入院第 2、3 天血钾分别为:2.51 mmol/L、3.91 mmol/L,其余化验检查结果显示醛固酮卧位 90.90 pg/mL,范围为(50~175)pg/mL,尿常规:蛋白(-)pH 5.5,葡萄糖(+);血常规、甲状腺功能、凝血四项、粪常规正常,入院第 5 天做立位醛固酮及肾素检查,结果显示:醛固酮为 506 pg/mL,范围为 165~300 pg/mL;肾素为 0.95 ng·mL⁻¹·h⁻¹,范围为 1.39~3.95 ng·mL⁻¹·h⁻¹。进一步做肾脏肾上腺磁共振检查,显示右侧肾上腺皮质增生(图 3)。考虑低钾原因是原发性醛固酮增多症,转泌尿外科行外科手术,术中所见如图 4 所示,切除右侧肾上腺皮质大部,做病理切片,显示为皮脂腺。术后,患者不再服用降压药物,6 个