

效果的研究,发现健康教育是一种有效的干预方式,其近期效果比较明显,而远期效果不理想。而健康教育+有氧运动无论其近期还是远期效果都比较显著。本例入院时 BMI 为 36.7 kg/m²,非常肥胖且结肠癌为限期手术,所以控制体质量的进程较快。但是对于一般肥胖和超质量患者,或者为择期手术者,查阅文献目前虽没有可参考标准,但是建议控制体质量目标应适度放缓,以免对患者身体产生不良影响。急性心力衰竭期采取利尿、强心、抗感染、降压、扩管、营养心肌等治疗,慢性心力衰竭期主要防止心室重塑、营养心肌、适当利尿,符合当前诊治指南,治疗效果良好。

作者采用新辅助化疗防止肿瘤转移,为控制体质量、改善心肺功能赢取时间。现阶段联合使用化疗药物的方案在临床上使用较广。一般都是基于 5-Fu、奥沙利铂或伊立替康^[3]。Xu 等^[4]的一项 RCT 研究中将 212 例患有 II 期或 III 期结肠癌患者随机分成了两组,分别接受术前 5-Fu 加奥沙利铂的化疗方案(新辅助化疗组)及直接行根治性手术治疗的方式(对照组),随访显示,新辅助化疗组患者 3 年内无肝转移率为 85.5%,对照组仅为 79.5%;新辅助化疗组中的 III 期结肠癌患者 3 年生存率和无病生存率分别为 87.7%和 74.6%,而对照组仅为 75.7%和 58.1%。奥沙利铂联合卡培他滨对心功能影响小,疗效可靠,不良反应少,老年患者耐受性好^[5-6]。本例采用奥沙利铂联合卡培他滨,3 周 1 疗程化疗符合现阶段诊疗常规;同时,为减少化疗对其心脏的毒副作用,保证患者在治疗期间有良好的耐受和连续性,作者选择了适当的剂量。最终历时 4 个月患者体质量减少 18 kg,活动耐量明显增加,6 min 步行试验 381 m,基本接近健康人,文献报道此类患者近期心力衰竭的病死率只有 4.19%。精心准备后手术治疗获得成功,作者的体验是:(1)对于肥胖的癌症患者,可以选择通过新辅助化疗来控制体质量、改善心肺功能赢取时间。(2)术前评估手术

· 短篇及病例报道 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.33.051

哺乳期乳腺癌误诊为乳腺脓肿 1 例

袁红梅¹,刘健^{1△},熊斌²,李莉³,刘晓玲¹,苟凌云¹

(川北医学院附属医院:1.超声科;2.外三科;3.病理科,四川南充 637000)

[中图分类号] R711

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)33-4750-02

妊娠和哺乳期乳腺癌是妊娠期或产后 1 年内哺乳期确诊的原发性乳腺癌,是一种特殊类型的乳腺癌^[1],临床少见,在妊娠、哺乳期妇女的发病率为 1/3 000~1/10 000。本文对超声及临床误诊的 1 例哺乳期乳腺癌进行报道,旨在探讨其诊断价值,以提高对该病的认识。

1 临床资料

患者,女,28 岁,足月产,哺乳 4 个月。5 个月前发现右乳外上象限约 2 cm×3 cm 的包块,局部皮肤红肿,有轻触痛,予抗炎治疗后病情反复。既往史:无高血压糖尿病病史,无手术外伤史,无肝炎结核及药物过敏史。孕育史:孕 2 产 1。孕前乳腺常规超声检查未见异常。2 个月前本院超声示:哺乳期乳腺,右乳外上象限距乳头 4 cm 处腺体层内见约 3.3 cm×2.5 cm 不均质稍高回声团块,形态欠规则,边界欠清晰,CDFI 显示团块内未探及血流信号(图 1),右侧腋窝淋巴结无异常。超声诊断乳汁淤积,经治疗后无缓解,再次来本院就诊,专科查体:右乳外上象限扪及约 9 cm×8 cm 的质中肿块,边界不清,有触痛,局部皮肤红肿。超声提示右乳外上象限探及约 9 cm×8.5

cm 的混杂回声团,形态欠规则,边界欠清楚,CDFI 显示团块内探及较丰富血流信号(图 2);右侧腋窝多个淋巴结肿大。诊断右侧乳腺脓肿伴腋窝淋巴结肿大。

参考文献

- [1] 肖晓山,屠伟峰.过度肥胖病人的术前评估与准备[J].实用医学杂志,2004,20(5):477-479.
- [2] 王英丽.不同干预方式对北京市社区中老年超重/肥胖女性体重控制效果的研究[D].北京:中国协和医科大学,2008.
- [3] 杨晓东.基于循证医学的结肠癌新辅助化疗[J].中华胃肠外科杂志,2014,17(11):1151-1155.
- [4] Xu L,Zhong Y,Weixin N,et al.Preoperative hepatic and regional arterial chemotherapy in the prevention of liver metastasis after colorectal cancer surgery[J].Ann Surg,2007,245(7):583-590.
- [5] 王岚,孙艳,蔡立本.奥沙利铂、卡培他滨联合恩度治疗老年晚期大肠癌近期疗效研究[J].吉林医学,2009,30(9):783-785.
- [6] 刘倩雯,李海聪.卡培他滨联合奥沙利铂一线治疗晚期结肠癌的疗效观察[J].中国实用医药,2014,9(1):174-175.

(收稿日期:2015-07-19 修回日期:2015-08-20)

cm 的混杂回声团,形态欠规则,边界欠清楚,CDFI 显示团块内探及较丰富血流信号(图 2);右侧腋窝多个淋巴结肿大。诊断右侧乳腺脓肿伴腋窝淋巴结肿大。

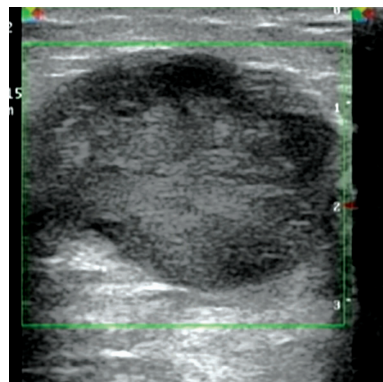


图 1 2 个月前右乳 CDFI

术中所见:右乳外上象限见大小约 6 cm×3 cm 的肿块,表

面皮肤红肿,肿块质硬,表面不光滑,形态不规则,基底宽,内可见少许黏稠黄色脓液及大量坏死物,与周围腺体无界限,与胸大肌筋膜无粘连,胸肌间淋巴结无肿大,腋窝有数枚淋巴结肿大,0.3~1.2 cm,质地韧,无融合,与腋静脉无粘连,锁骨上淋巴结无肿大,术中出血约 50 mL。切除组织送病理检查。

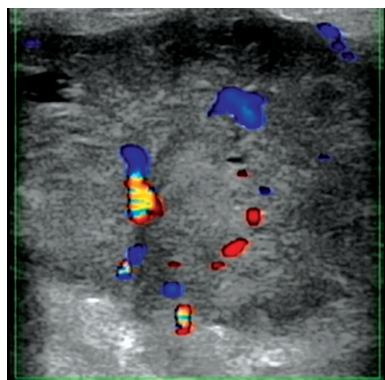


图 2 2 个月复查右乳 CDFI

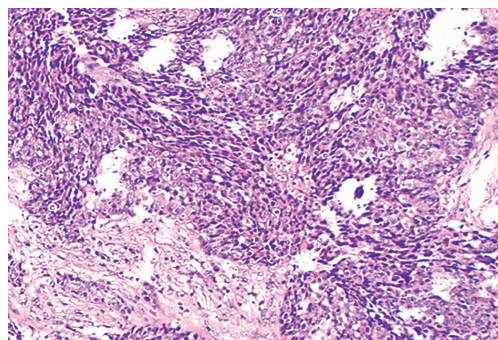


图 3 病理检测 HE 染色(10×20)

病理结果:右乳非特殊型浸润性癌。免疫组化:PR(-)、ER(-)、HER-2(1+)、E-cad(+),P120 胞质(+),D2-40 脉管内未见癌栓、Ki-67(+,约 30%)、CK5/6 肿瘤细胞(+),肌上

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.33.052

皮缺失。支持右乳非特殊型浸润性癌,WHO II 级(图 3)。

2 讨论

哺乳期乳腺占位最常见的病变是炎性肿块,哺乳期妇女乳腺炎、乳腺脓肿的发生率约 0.4%~11%^[2],而哺乳期乳腺癌发病率更低,二者的临床表现相似,同时由于哺乳期乳腺特殊的生理变化,乳腺背景结构复杂,超声影像易于误诊^[3]。本例患者首次就诊超声表现为混杂回声团,周边可见扩张导管内的液性暗区,未见明显血流信号,误诊为乳汁淤积。经治疗后再次复查时,肿块明显增大,同时伴腋窝淋巴结肿大,术中见少许黏稠黄色脓液及大量坏死物时仍然误诊为乳腺脓肿。因而,对于哺乳期乳腺肿块,在抗炎对症治疗,病灶改变不明显甚至加重时,应考虑哺乳期乳腺癌可能,必要时可行乳腺超声造影或穿刺活检等^[4],以免误诊。

参考文献

- [1] Faupel-Badger JM, Arcaro KF, Balkam JJ, et al. Postpartum remodeling, lactation, and breast cancer risk; summary of a National Cancer Institute-sponsored workshop[J]. J Natl Cancer Inst, 2013, 105(3):166-174.
- [2] Kataria K, Srivastava A, Dhar A. Management of lactational mastitis and breast abscesses: review of current knowledge and practice[J]. Indian J Surg, 2013, 75(6):430-435.
- [3] 李元仙,项尖尖. 超声诊断妊娠哺乳期乳腺癌的价值[J]. 中国妇幼保健, 2010, 14(25):1993-1994.
- [4] Stanzani D, Chala LF, Barros Nd, et al. Can Doppler or contrast-enhanced ultrasound analysis add diagnostically important information about the nature of breast lesions [J]. Clin (Sao Paulo), 2014, 69(2):87-92.

(收稿日期:2015-08-02 修回日期:2015-09-16)

嗜麦芽窄食单胞菌致超早产儿肺部感染 1 例并文献复习

陶海峰,何念海[△]

(第三军医大学西南医院儿科,重庆 400038)

[中图分类号] R722.6

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)33-4751-02

嗜麦芽窄食单胞菌(stenotrophomonas maltophilia, SMA),亦称嗜麦芽寡养单胞菌,广泛存在于动物体内、土壤、水,为条件致病菌,近年来已成为新生儿感染的重要致病菌之一,常易发生医院内获得性感染^[1]。尤其是早产儿免疫力低下,在应用广谱抗菌药物及进行各种频繁侵入操作后,易引起内源性或外源性交叉感染^[2]。感染后常症状重、控制难,在临床抗菌药物的选择及治疗上依旧存在较大困难。特别是针对超早产儿 SMA 肺部感染后治疗在国内外相关报道很少。因此本文就本院收治的 1 例极低超早产儿(出生体质量为 1 095 g,胎龄 27⁺2 周)SMA 肺部感染的临床特点及诊治经过进行回顾性分析,为肺部感染 SMA 的早产儿临床治疗提供指导依据。

1 临床资料

患儿,女,母亲产前有“胎膜早破”20 h 余,胎龄 27⁺2 周,顺

产,出生时体质量为 1 095 g,身长 36 cm,生后因青紫及口吐白沫由产科立即转入新生儿室。体检:体温 36.5℃,呼吸 30 次/分,心率 112 次/分,头围 27 cm,皮肤青紫,反应差,有口吐白沫及阵阵呻吟,前囟平软,鼻翼煽动及吸气三凹征,呼吸不规则,双肺呼吸音弱,未闻及干湿罗音及胸膜摩擦音,心音欠有力,腹平软,四肢肌张力较低,握持反射弱,吮吸反射、觅食反射及拥抱反射均未引出。化验:WBC 11.7×10⁹/L,RBC 4.32×10¹²/L,Hb 159 g/L,PLT 224×10⁹/L,HCT 45.5%,W-LCR 41.0%,W-SCR 53.9%;胸片示:双肺透光度降低。

入院 30 min 内给予猪肺磷脂注射液(固尔苏 200 mg/kg)点气管、注射用头孢他啶抗感染及有创呼吸机辅助呼吸等治疗,复查胸片示双肺纹理模糊不清,给予呼吸机辅助呼吸 10 d,2 次痰培养均回示:肺炎克雷伯菌肺炎亚种生长,提示超广谱-β 内酰胺酶阳性,故换用美罗培南抗感染治疗后,患儿呼吸道痰