

璃体回退,然后再将嵌顿于伤口处的玻璃体清除干净。尽可能地将周边部残留的晶状体皮质清除干净,防止破裂口扩大。(8)熟练的操作技巧,可减少前房内不必要的操作次数,使人工晶状体植入囊内,以减少术后虹膜反应。

总之,小切口非超声乳化白内障囊外摘除人工晶体植入手术,只要掌握好手术操作技巧,其术后效果明显,患者视力恢复快,并发症少,避免了超声乳化手术中超声能量对眼内组织,尤其是角膜的损伤,且不受晶体硬度的限制,操作安全系数大,无需昂贵的设备投入,费用低,由于手术要求不太高,具有广泛的实用性。随着国家白内障复明工程的开展,小切口白内障手术适合在基层医院及条件较差的医院应用。

参考文献

- [1] 赵堪兴,杨培增. 眼科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:315-317.
- [2] 赵家良.“视觉 2020”行动与我国防盲治盲工作[J]. 中华眼科杂志,2002,38(10):577-579.
- [3] 姜尚. 我国老年性白内障流行病学的调查研究[J]. 南昌大学学报:医学版,2012,52(6):98-99,101.
- [4] 魏克,叶盼盼. 我国近五年白内障研究进展和展望[J]. 中华眼科杂志,2010,46(10):888-891.
- [5] 陈宏民. 小切口手法白内障手术在复明行动中的观察[J]. 国际眼科杂志,2011,11(4):717-718.
- [6] Muralikrishnan R, Venkatesh R, Prajna NV, et al. Economic cost of cataract surgery procedures in an established eye care centre in Southern India[J]. Ophthalmic Epidemiol,2004,11

(5):369-380.

- [7] 罗布次仁. 小切口非超声乳化白内障囊外摘除术的临床疗效观察[J]. 中华眼科杂志,2007,43(2):165-166.
- [8] Tabin G, Chen M, Espandar L. Cataract surgery for the developing world [J]. Curr Opin Ophthalmol, 2008, 19 (1):55-59.
- [9] 金建华,王君红,崔文慧. 基层医院手法小切口白内障手术截囊方法的体会[J]. 中华眼外伤职业眼病杂志,2012,34(1):69-70.
- [10] 张少康. 基层医院开展小切口非超声乳化白内障摘除术 535 例疗效分析[J]. 中国医师进修杂志,2013(增刊):149-150.
- [11] 黄侃. 正常眼压下小切口白内障手术疗效的观察[J]. 中华全科医学,2010,8(5):583-584.
- [12] 蔡卫华,刘卫东. 手法小切口白内障手术在基层复明工程中的应用[J]. 眼外伤职业眼病杂志,2009,31(3):233-234.
- [13] 冯冰冰. 白内障小切口囊外摘除加人工晶状体植 305 例效果分析[J]. 医药论坛杂志,2013,30(4):99-100.
- [14] 高举. 白内障术后低视力因素分析[J]. 河南外科学杂志,2011,17(3):60-61.
- [15] 王琳,王兴森. 白内障现代囊外摘出术中后囊膜破裂[J]. 眼科新进展,2003,23(2):102-102.
- [16] 谢立信,王旭. 白内障摘除术中晶状体后囊膜破裂的临床研究[J]. 中华眼科杂志,2003,39(3):53-54.

(收稿日期:2015-09-07 修回日期:2015-12-10)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.06.051

阑尾黏液性囊腺瘤术后 1 年伴脾脏及腹腔种植 1 例及文献复习

王立娟¹, 宝荣^{1△}, 邓玮², 王旭东¹, 赵映红³

(1. 重庆市第九人民医院病理科, 重庆 400700; 2. 重庆市第五人民医院病理科, 重庆 400061; 3. 湖北省孝感市 95829 部队司令部门诊部, 湖北孝感 432100)

[中图分类号] R365

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)06-0859-03

阑尾黏液性囊腺瘤非常少见,有文献显示其发病率占手术切除标本的 0.30%^[1];也有报道显示,占阑尾手术切除标本的 0.20%~2.01%^[2-5]。阑尾属于大肠,其上皮具有分泌功能,但发生黏液性囊腺瘤的具体病因仍然不清楚,大多可能和阑尾的炎症有关。关于阑尾黏液性囊腺瘤的报道文献已经很多,但是阑尾黏液性囊腺瘤术后继发脾脏及腹腔多处种植病例甚少,通过此例病例及复习相关文献,进一步探讨阑尾黏液性囊腺瘤临床特点、病理学特征及其诊断治疗。

1 临床资料

患者,男,50 岁,因腹痛于 2013 年 12 月 5 日入住重庆市第九人民医院普外科,患者 2 d 前无明显诱因出现右上腹反复隐痛,活动时明显,可自行缓解,余无特殊的变化。患者于 2012 年 1 月曾行“阑尾黏液性囊腺瘤”切除术,2012 年 8 月因腹股沟腱鞘炎行手术治疗。本次上腹 CT 提示:右侧膈下、肝右叶外缘及脾脏内多发囊性包块(图 1),术中见腹腔内较多黏液性肿块,分布于腹膜、网膜、脾脏、膈顶,探查后见脾脏约 18.00 cm×13.00 cm×10.00 cm,包膜下较多黏液性囊性肿

块,肝脏膈面由黏液性囊性肿块粘连于膈肌。切除脾脏及肿块、大网膜肿块行病理检查,脾脏假黏液瘤大体切面呈多囊性,囊内为黏液(图 2);标本均经 4% 中性甲醛固定,石蜡包埋,连续切片,厚 4.00 μm,常规苏木素-伊红染色,光镜下观察组织学形态。(1)2012 年 1 月病检:阑尾一条,长 3.00 cm,直径 1.80 cm,阑尾表面附有脓苔及黏液;显微镜下见阑尾壁增厚,阑尾各层结构完整,见有少量炎细胞浸润,黏膜上皮呈绒毛状,衬附黏液性的柱状上皮细胞,细胞异型性不大,腺腔有所扩张,腔内见有黏液潴留,局灶性腺上皮呈乳头状增生,排列可见单层及少量的复层上皮细胞,细胞呈高柱状,细胞核位于基底部,异型性不大,核分裂少见,细胞质内可见黏液。病理诊断结果为阑尾黏液性囊腺瘤(图 3)。(2)2013 年 12 月病检:脾脏 1 个,大小为 15.00 cm×11.00 cm×8.00 cm,表面部分呈灰白色、结节状,切面呈多房性,内含胶冻样物,脾门见有灰白色结节 1 个,大小为 3.00 cm×1.50 cm×1.50 cm,切面灰白色、胶冻样。另送灰白色胶冻样组织一块,大小为 5.00 cm×3.50 cm×1.50 cm,另送组织为腹腔肿物。显微镜下见黏液性的肿块和

脾脏的分界较清楚,囊壁上皮呈高柱状,细胞核位于基底,大量的黏液形成了黏液湖,也可见呈扁平的黏液细胞,局部可见乳头,异型性不大,未见明显的核分裂象,腹腔肿块和脾脏肿块的

镜下形态大致一样。病理诊断结果为脾脏、腹腔假黏液瘤,见图 4。结合既往有阑尾黏液性腺瘤的病史及当下的镜下病理形态,术后病理诊断结果为脾脏及腹腔假黏液瘤,术后恢复良好。

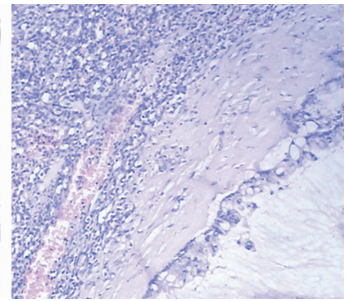
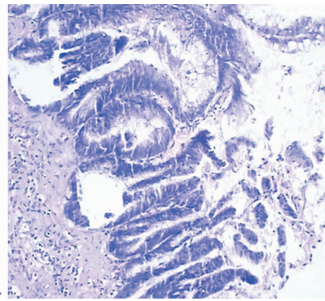
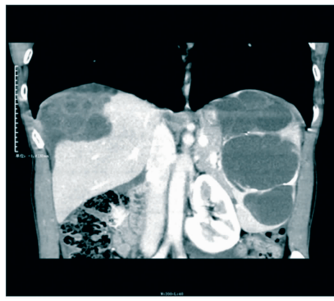


图 1 术前 CT 图像

图 2 脾脏假黏液瘤大体

图 3 阑尾黏液性囊腺瘤 (HE×100)

图 4 脾脏假黏液瘤 (HE×100)

2 讨论

2.1 阑尾黏液性囊腺瘤临床特征及诊断方法 阑尾黏液性囊腺瘤在日常的病理检查中并不多见,多好发于卵巢,阑尾黏液性囊腺瘤切除术后继发脾脏及腹腔广泛性的假黏液瘤更为少见。有资料显示阑尾黏液性囊腺瘤的发病年龄为 11~90 岁,发病高峰年龄为 61~70 岁。本次收集来自维普及中国知网的病例 14 例加本文报告 1 例,患者发病年龄为 28~88 岁,平均为 56.70 岁,其中男 8 例,女 7 例,男女比例为 1.14:1.00,其中 7 例患者主要临床表现为腹痛,3 例为腹胀,5 例为右下腹包块。阑尾的黏液性囊腺瘤有时缺乏典型的临床特征,有 1 篇来自美国梅奥医学中心的研究显示,一组 135 例被诊断为阑尾黏液囊肿的患者,约有 48% 的患者无典型的临床表现^[6];另有研究显示,约 25% 的患者可无明显临床表现,多数在体检及手术中发现病灶^[7]。除了临床表现,目前阑尾黏液性囊腺瘤的辅助诊断方法主要有 B 超、CT 及结肠镜等,资料显示 CT 的诊断率较高。但 CT 在鉴别阑尾黏液肿瘤的良、恶性时仍存在困难,有研究发现 CT 显示阑尾壁不规则性及软组织增厚影则最有可能是黏液性囊腺瘤^[8]。作者认为阑尾的黏液性囊腺瘤典型及特征性的临床表现较少,综合性的检查手段更有助于提高诊断率,但最终的正确诊断则取决于病理检查。美国癌症联合委员会(AJCC)和世界卫生组织(WHO)2010 年新的分类方法指出病变局限于阑尾黏膜内称为黏液腺瘤,无论细胞学或手术切缘情况如何,只有当阑尾壁内见有恶性腺体浸润才能称为黏液腺癌^[9-11]。根据新的分类方法不难得出阑尾壁内出现黏液湖和肿瘤性上皮并不完全等同于恶性病变。阑尾黏液性囊腺瘤组织学上表现为良性病变的特征,但生物学行为却有侵袭的表现,从而给手术方式和判断预后带来了一定的难度。本例阑尾黏液性囊腺瘤的主要病理特征为黏膜上皮呈绒毛状结构,肿瘤细胞单层或复层,有乳头状突起,核轻度异型,细胞质内黏液多少不等,细胞核分裂少见,阑尾壁各层结构完整,未见黏液浸润,病理特征比较典型,可以和阑尾其他类型的黏液性肿瘤鉴别开来。病理标本在送检之前,最好保留组织标本的完整性,手术过程轻柔,勿让囊肿或肿瘤破裂,从而减少种植性肿瘤的概率,病理取材时除了常规的阑尾头部、中段及尾部切取标本,还要注意增粗、破溃或小囊肿部分,勿漏取重要的诊断信息,病理切片阅片时除了结合临床资料、大体所见,还应仔细观察典型的黏液性高柱状上皮,细胞的异型性,黏液的生长方式等,综合得出正确的诊断。

2.2 阑尾黏液性囊腺瘤鉴别诊断 (1)阑尾炎:阑尾的黏液性囊腺瘤囊内黏液过多,黏液细胞扁平,则与阑尾炎引起的单纯性黏液囊肿很难区分,此时应多取材,找到典型的黏性柱状上皮。(2)阑尾黏液性囊腺瘤:阑尾黏液性囊腺瘤异型性不明

显,种植性生长仅限于腹膜表面,而阑尾黏液性囊腺瘤的细胞重度异型增生,呈浸润性生长,细胞质内黏液多少不等,可见戒细胞,细胞核分裂多见,如果是单纯的无细胞性黏液在管壁中四散,就像浸润一样,而阑尾壁各层结构未受破坏,则不能诊断为腺瘤,特别是在伴有阑尾炎症的时候,这种表现更为明显。有文献显示黏液囊肿、黏液性囊腺瘤、黏液性囊腺癌是一个疾病连续变化的过程^[12]。阑尾黏液性肿瘤是一系列肿瘤谱系,其生物学行为取决于肿瘤性质和类型,统一、规范而准确的病理诊断对于治疗至关重要^[11]。

2.3 阑尾黏液性囊腺瘤的生物学行为及并发症 阑尾的黏液性囊腺瘤有恶变可能,且一旦发现均为完整切除病灶。作者收集维普、知网及本文共 15 例患者,伴有腹膜假黏液瘤 3 例,伴有腹膜及肺部假黏液瘤 1 例,伴有卵巢及腹膜假黏液瘤 1 例,阑尾黏液腺瘤癌变伴淋巴结和肺部转移 1 例,伴有阑尾畸形 1 例,伴有脾脏及腹膜广泛性的假黏液瘤 1 例,15 例均进行了阑尾切除手术,种植于腹腔及其他脏器的假黏液瘤均进行了病灶切除,作者报道此例患者还进行了脾脏切除术,且整个脾脏均为黏液瘤占据,患者腹腔及脾脏广泛种植可能和手术操作有关,病理科收到标本时肿块已经破开,腔内和阑尾表面见有大量黏液,从而增加了其他脏器种植的风险。但也有报道显示,阑尾黏液性囊腺瘤无论破裂与否,瘤细胞都可脱落至腹腔形成腹膜上种植^[13]。所以手术过程中要仔细探查周围组织是否粘连或种植,女性患者还应探查卵巢的结构。当女性患者同时出现阑尾、卵巢和腹腔黏液性病变时,病变的起源则很难判断,近年来通过免疫组化、基因突变检测及染色体杂合性丢失等技术研究发现大多数病例起源于阑尾,卵巢起源较为少见^[14-16]。严重的阑尾黏液性囊腺瘤也可以引起急性阑尾炎、肠梗阻、肠套叠、消化道出血、囊肿继发感染、囊肿坏死出血、腹膜假黏液瘤及囊肿癌变等并发症,其中阑尾黏液性囊腺瘤破裂种植腹膜形成的假黏液瘤被认为是最危险的并发症。有文献显示,恶性黏液性囊腺瘤引起的腹腔假黏液瘤 5 年生存率小于 20%^[17],而单纯性的阑尾黏液性囊肿 5 年生存率可以达到 90%~100%^[18]。近年来也有关于阑尾黏液性囊腺瘤扭转的报道^[19]。

目前,阑尾黏液性囊腺瘤主要采用手术治疗^[20-21]。阑尾黏液性囊腺瘤由于缺乏特征性的临床表现,术前诊断率较低,误诊率较高。所以除了临床表现,还应综合分析辅助检查结果,常规病理检查,必要时可以术中冰冻,从而提高阑尾黏液性囊腺瘤的诊断率和降低种植率。

参考文献

[1] Zagrodnik DF, Rose DM. Mucinous cystadenoma of the ap-

- pendix; diagnosis, surgical management, and follow-up[J]. *Curr Surg*, 2003, 60(3): 341-343.
- [2] Caliskan K, Yildirim S, Bal N, et al. Mucinous cystadenoma of the appendix; a rare cause of acute abdomen[J]. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 2008, 14(4): 303-307.
- [3] Benjamin C, Eran C, Roni A, et al. The onion skin sign; A specific sonographic marker of appendiceal mucocele[J]. *J Ultrasound Med*, 2004, 23(1): 117-121.
- [4] Gonzalez-Moreno S, Shmookler BP. Appendiceal mucocele. Contraindication to laparoscopic appendectomy[J]. *Surg Endosc*, 1998, 12(9): 1177-1179.
- [5] Karakaya K, Barut F, Emre AU, et al. Appendiceal mucocele; Case reports and review of current literature[J]. *World J Gastroenterol*, 2008, 14(14): 2280-2283.
- [6] Igor M, Gheorghe G, Gheorghe Z, et al. Torsion of an appendiceal mucinous cystadenoma report of a case and review of literature[J]. *Ann Ital Chir*, 2012, 83(83): 75-78.
- [7] Rampone B, Roviello F, Marrelli D, et al. Giant appendiceal mucocele; report of a case and brief review[J]. *World J Gastroenterol*, 2005, 11(30): 4761-4763.
- [8] Wang H, Chen YQ, Wei R, et al. Appendiceal mucocele; A diagnostic dilemma in differentiating malignant from benign lesions with CT[J]. *AJR Am J Roentgenol*, 2013, 201(4): W590-595.
- [9] Edge SB, Byrd DR, Carducci MA, et al. *AJCC Cancer Staging Handbook*[J]. *Annals Oncology*, 2009(4): 678-679.
- [10] Carr N, Sobin L. *Tumors of the appendix*[M]. Lyon France: IARC Press, 2010.
- [11] 张梅, 高凤娟, 孟凡青, 等. 阑尾黏液性肿瘤病理学特征及预后分析[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2014, 17(1): 65-70.
- 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.06.052
- [12] 蔡雷铭. 阑尾黏液性肿瘤 29 例临床病理分析[J]. *中国误诊学杂志*, 2010, 10(19): 4734-4735.
- [13] 冯立新. 阑尾黏液性囊肿、囊腺瘤、囊腺癌及腹膜假黏液瘤的临床病理学诊断[J]. *河北医药*, 2009, 31(22): 3129-3131.
- [14] Guo AT, Song X, Wei LX, et al. Histological origin of pseudomyxoma peritonei in Chinese women; clinicopathology and immunohistochemistry[J]. *World J Gastroenterol*, 2011, 17(30): 3531-3537.
- [15] Szych C, Staebler A, Connolly DC, et al. Molecular genetic evidence supporting the clonality and appendiceal origin of Pseudomyxoma peritonei in women[J]. *Am J Pathol*, 1999, 154(6): 1849-1855.
- [16] Chuaqui RF, Zhuang Z, Emmert-Buck MR, et al. Genetic analysis of synchronous mucinous tumors of the ovary and appendix[J]. *Hum Pathol*, 1996, 27(2): 165-171.
- [17] 陈邑岐, 史仁杰, 奚学荃. 阑尾黏液性囊腺瘤 1 例报告及文献复习[J]. *罕见疾病杂志*, 2008, 14(2): 47-49.
- [18] Kelemouridou E, Mogrampi SA, Tsavis G, et al. Mucinous cystadenoma of the appendix. A diagnostic dilemma[J]. *Chirurgia*, 2011, 106(2): 251-254.
- [19] Mishin I, Ghidirim G, Zastavitsky G, et al. Torsion of an appendiceal mucinous cystadenoma. Report of a case and review of literature[J]. *Ann Ital Chir*, 2012, 83(1): 75-78.
- [20] Wallis JW, Madan A, Shoemaker MC. Giant mucocele of the appendix[J]. *AJR Am J Roentgenol*, 1995, 165(4): 1013-1014.
- [21] Stocchi L, Wolff BG, Larson DR, et al. Surgical treatment of the appendiceal mucocele[J]. *Arch Surg*, 2003, 138(6): 585-589.

(收稿日期: 2015-08-20 修回日期: 2015-11-16)

双眼睑皮肤结核 1 例及文献复习

潘晓辉, 雷 霍

(昆明理工大学附属医院/云南省第一人民医院眼科, 云南昆明 650032)

[中图分类号] R529.4

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)06-0861-03

皮肤结核是肺外结核的一种罕见形式, 其发病率约为 1%~2%, 目前呈现上升趋势^[1-2]。由于机体的免疫力、结核杆菌量、毒性和侵入的途径不同, 临床表现具有多样性, 且不典型性^[3], 因此容易误诊误治。本例报道旨在提醒临床医生应提高对皮肤结核的诊治能力, 以免贻误病情, 导致严重后果。

1 临床资料

患者, 女, 21 岁。因“双眼睑脓肿反复切除术后溃烂、渗液 3 个月余”入住贵州某县医院。患者于 4 个月前无明显诱因发现右眼下睑近内眦处一黄豆大小红色丘疹, 未曾处理。之后皮疹渐长大成蚕豆大小, 求诊于当地私人诊所, 给予皮疹处皮下药物(不详)注射治疗, 病情无缓解, 且皮损处皮肤红肿加重并伴包块形成。3 个月前求诊于重庆某医院, 诊断为: 右眼下睑内侧脓肿, 住院行手术切开引流, 术后抗炎及多次换药等处理, 术口不愈合, 自动出院。出院后 15 d, 出现右眼下睑外侧红肿伴脓肿形成, 再次于某县医院行切开引流, 抗炎及多次换药, 术口不愈合, 自动出院。2 个月前无明显诱因发现左眼下睑内侧

红肿伴脓肿形成, 再次求诊于某医院, 行手术切开引流及多次换药处理后, 术口愈合, 但皮损处暗红伴硬结形成, 轻度压痛。1 个月前发现左侧耳前红肿伴包块生长, 求诊于当地州医院, 诊断为: 左侧腮腺脓肿, 行切开引流, 并取分泌物涂片及培养, 细菌及真菌未检出。住院治疗(具体不详)1 个月余及多次换药处理, 术口最终愈合, 但皮损处暗红伴硬结形成, 轻度压痛。住院期间渐出现左眼下睑外侧红肿伴包块生长, 遂建议患者转上级医院进一步诊治。

2014 年 5 月求诊于本院眼科, 门诊以: 右下睑皮肤溃疡, 左下睑脓肿查因收入院。眼科检查: 双眼下睑红肿, 皮肤暗红色, 右眼下睑缘近内外眦处各有约 1.00 cm 长的溃疡面, 表面有黄白色渗出物黏附, 内外眦处溃疡于下睑缘中央处皮下贯通。左眼下睑近内眦处一斜向线状疤痕, 近下睑缘中外侧脓肿形成, 皮温稍高, 有轻度触痛。左耳前纵形疤痕暗红伴硬结形成, 轻度压痛。双侧颌下淋巴结肿大(图 1)。实验室及辅助检查: 红细胞沉降率(ESR)27.00 mm/h, CD4/CD 81.15(下降),