

- 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<sup>[1-2]</sup>。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<sup>[3]</sup>, 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),

$\gamma$  干扰素释放分析 T-SPOT. TB 检测阳性。眼眶 MRI 显示, 双侧下眼睑及周围软组织异常信号影, 考虑感染性病变并左侧下眼睑脓肿形成, 其内见多个细小分隔; 双侧颌下腺区域及颈动脉鞘周围多发淋巴结显示, 其中右侧颌下腺区域大于 1.00 cm。入院 3 d 后行手术治疗: 于左眼下睑脓肿低位, 沿皮纹方向一字形切开皮肤、皮下组织直至脓腔, 见大量米汤样脓液溢出, 脓腔壁可见干酪样坏死物质黏附, 探查, 有多个窦道与溃疡灶相通, 可抵触眶外侧壁和鼻骨; 右眼下睑溃疡面同样与多个窦道贯通, 抵触眶外、下侧壁和鼻骨。术中用止血钳和刮匙清除溃疡灶、窦道内及窦道壁的白色坏死组织, 直至见到新鲜肉芽出血。依次用过氧化氢溶液、万古霉素及阿米卡星溶液冲洗溃疡灶及窦道, 并放置引流条。术中分泌物送检未见细菌、真菌及厌氧菌生长, 抗酸杆菌(一)。皮损组织病理检查: 慢性肉

芽肿性炎(图 2), 不排除结核感染。请呼吸科及上海肺科医院专家远程会诊后均认为: 双侧下眼睑病变, 淋巴结肿大及耳前硬结, 考虑结核感染所致, 建议试验性的四联抗结核药物治疗。于是给予患者异烟肼、利福平、吡嗪酰胺、乙胺丁醇药物口服, 且加用维生素 B<sub>6</sub> 预防与异烟肼相关的神经病变; 同时每日或隔日清创换药, 尤其是窦道内反复刮取, 直至见到新鲜肉芽组织, 之后用异烟肼注射液+阿米卡星注射液+利福平粉末纱条填塞窦腔, 达到窦道的远端, 不留死腔; 溃疡灶表面油纱布覆盖。定期检测肝肾功能。术后 15 d, 双眼下睑溃疡灶及窦道开始变浅, 新鲜肉芽组织生长。诊断双眼下睑皮肤结核明确。后转当地结核病医院继续治疗。2014 年 12 月来本院门诊随访, 双眼下睑溃疡及窦道已完全愈合, 遗留轻度的凹陷性疤痕及色素沉着, 颈部肿大的淋巴结缩小变软, 见图 3。

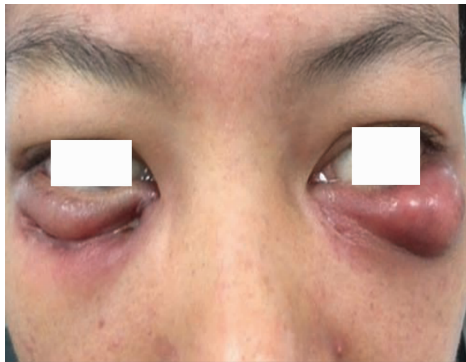


图 1 双眼睑皮肤结核皮损表现

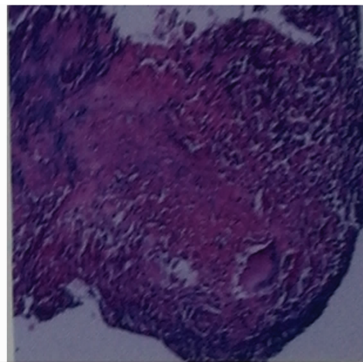


图 2 皮损组织病理学检查(HE×100)

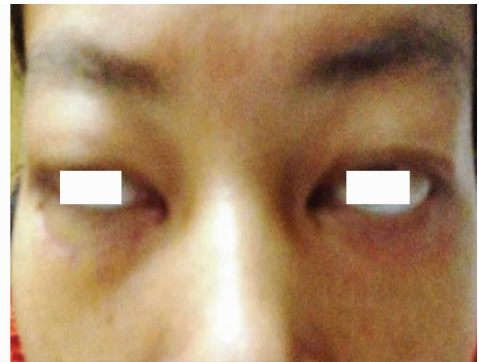


图 3 规范抗结核治疗半年后

## 2 讨 论

皮肤结核是由结核杆菌感染引起的慢性皮肤病, 感染途径可由于皮肤黏膜损伤, 结核杆菌直接侵入或经血液、淋巴播散传播, 邻近病灶直接侵犯皮肤及自我接种导致<sup>[4]</sup>。其临床表现具有多样性, 如溃疡、肉芽肿、窦道、瘰管、脓肿、丘疹、斑块硬结, 红肿等形式, 可单独存在, 也可数种表现同时存在<sup>[4]</sup>。因皮肤结核发病率低, 早期往往无结核中毒症状, 且临床表现与多种皮肤疾病相似, 因此给鉴别诊断带来困难, 在临床上容易被医生忽视, 以致误诊误治, 延误病情。本例患者早期属单纯皮肤结核, 后继发寒性脓肿, 因皮损表现与一般炎症性皮肤病变类似, 不伴全身结核中毒症状, 且临床医生又缺乏对本病的警惕和认识, 以致患者在多家医院误诊误治。由于眼睑皮肤细薄, 皮下组织疏松, 脓肿受重力作用影响, 多向下方流注, 在软组织内形成干酪样坏死, 通过临近病灶直接传播, 形成多个窦道。同时通过淋巴播散, 引起耳前淋巴结及颈部淋巴结肿大。在外院, 耳前淋巴结结核并发寒性脓肿形成, 被误诊为腮腺脓肿, 手术切开引流, 虽经 1 个月的换药后, 术口最终疤痕愈合, 但皮肤仍然红肿伴硬结形成, 考虑与此处皮下组织致密, 结核杆菌量有关。

皮肤结核的确诊依赖于典型的临床症状和阳性的实验室检查结果, 所有患者都应做皮损组织活检和细胞学检查, 此为诊断结核病的金标准<sup>[3]</sup>。对于病程缓慢、久治不愈的溃疡、结节、斑块、丘疹及无明显自觉症状的皮肤疾病需要考虑皮肤结核的可能。怀疑皮肤结核的患者可通过结核菌素试验(PPD)或  $\gamma$  干扰素释放分析 T-SPOT. TB 检测, 后者在结核感染诊断方面, 特异性和敏感性更高<sup>[5]</sup>。取病灶处分泌物涂片查找抗酸杆菌, 结核杆菌分离培养及皮损组织病理学检查、胸部 X 片检查综合判断。但皮肤结核作为肺外结核的一种罕见形式, 分泌物抗酸染色检出率低; 结核杆菌培养要求高、时间长、效率低; 活组织病理检查准确率高, 但部分病例找不到朗罕斯细胞或者干酪样组织; X 线检查很少在肺内找到原发病灶等, 使上述检测方法给本病的早期诊断带来一定的局限性。在临床上怀疑

但不易确诊的时, 可行试验性抗结核治疗 4~8 周, 如看到明显效果, 可明确诊断<sup>[6]</sup>。对于结核性窦道, 应先正规的抗结核治疗 2~4 周, 再行手术清创及抗结核药物填塞换药处理。这样可降低手术创面结核杆菌的毒性, 利于创面愈合, 防止复发。有报道称皮肤结核采用局部封闭法和全身用药可取得见效快、疗程短的效果, 局部药物可根据皮损面积大小采用异烟肼 0.10~0.20 g, 阿米卡星 0.20~0.40 g。封闭方法: 沿皮损四周对角线采用皮内注射法<sup>[7]</sup>。本病例在综合患者病史、临床表现、体征及实验室检查结果后, 认为结核感染可能性大, 积极给予试验性四联抗结核药物治疗。因患者皮损面积大且伴多个窦道形成, 在全身用药同时, 配合清创和抗结核药物填塞窦道换药处理, 病情明显缓解, 再继续抗结核药物治疗半年后, 皮损治愈。

总之, 皮肤结核是一种具有多样性、症状不典型、初始容易误诊的慢性疾病。对于久治不愈的皮肤病变, 如慢性结节、溃疡、瘰管、瘢痕性损害等<sup>[8]</sup>, 临床医生应警惕结核感染的可能, 及时进行组织病理学检查、病原学检查及 PPD 或  $\gamma$  干扰素释放分析 T-SPOT. TB 检测等, 以提高确诊率。对于确诊皮肤结核的患者, 应按照抗结核方案早期、适量、联合、规则及全程用药的原则治疗。同时根据皮损形态不同, 联合局部手术和抗结核药物换药处理, 以缩短病程, 防止病情反复或加重, 避免后遗症发生, 最终达到治愈的效果。

## 参考文献

- [1] Sethuraman G, Ramesh V, Ramam M, et al. Skin tuberculosis in children; learning from India[J]. *Dermatol Clin*, 2008, 26(2): 285-294.
- [2] Morrone A, Dassoni F, Pajno MC, et al. Ulcers of the face and neck in a woman with pulmonary tuberculosis; presentation of a clinical case[J]. *Rural Remote Health*, 2010, 10(4): 1623-1625.
- [3] 张敦熔. 现代结核病学[M]. 北京: 人民军医出版社,

2000;389-394.

[4] Bravo FG, Gotuzzo E. Cutaneous tuberculosis[J]. Clin Dermatol, 2007, 25(2):173-180.  
 [5] 刘晓清, 张丽帆.  $\gamma$  干扰素释放分析 T-SPOT. TB 在诊断结核感染中的研究进展[J]. 中国实验诊断学, 2010, 14(12):2065-2068.  
 [6] Ramam M, Tejasvi T, Manchanda Y, et al. What is the appropriate duration of a therapeutic trial in cutaneous tu-

berculosis? Further observations[J]. Indian J Dermatol Venereol Leprol, 2007, 73(4):243-246.

[7] 周则琼. 皮肤型结核治疗的研究进展[J]. 临床肺科杂志, 2011, 16(1):93-94.  
 [8] 赵辩. 临床皮肤病学[M]. 3 版. 南京:江苏科学技术出版社, 2001:916-922.

(收稿日期:2015-09-22 修回日期:2015-12-05)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.06.053

## 绒癌瘤卒中合并肺、脾多处转移 1 例

刘 静<sup>1</sup>, 孔维炜<sup>1</sup>, 黄 斌<sup>2△</sup>, 罗 军<sup>1</sup>, 周 磊<sup>3</sup>

(1. 重庆市石柱县人民医院重症医学科, 重庆石柱 409100; 2. 重庆医科大学附属第二医院重症医学科, 重庆 400010; 3. 重庆市石柱县人民医院放射科, 重庆石柱 409100)

[中图分类号] R737.3

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)06-0863-02

脑肿瘤卒中是指颅内肿瘤导致的自发性颅内出血, 出血量较大者表现为急性颅内压增高, 与脑卒中发作极为相似, 易误诊而延误治疗<sup>[1-2]</sup>。现将 2012 年 10 月 29 日重庆市石柱县人民医院收治的 1 例绒癌瘤卒中合并肺、脾多处转移患者的诊治情况报道如下。

### 1 临床资料

患者, 女, 32 岁, 已婚, 孕 5 产 2, 人流 2 次, 顺产 2 次, 引产 1 次。因“突发意识障碍 1 h”于 2012 年 10 月 29 日急诊以“脑血管意外”收住重庆市石柱县人民医院神经外科。入院查体: 体温 36.8℃, 脉搏 76 次/分, 呼吸 20 次/分, 血压 108/66 mm Hg; 神志昏迷, 双侧瞳孔等大等圆, 对光反射均迟钝, 四肢肌张力不高, 肌力无法准确评估, 疼痛刺激右下肢回缩, 未见左侧肢体活动, 双下肢病理征未引出, 格拉斯哥昏迷评分(GCS)为 6 分。头颅 CT 示: 右侧额顶叶自发性脑出血破入脑室(图 1)。入院诊断: 右侧额顶叶自发性脑出血破入脑室; 脑血管畸形? 入院后急诊在全身麻醉下行右侧额顶叶血肿清除+去骨瓣减压+右侧侧脑室外引流术。术中距皮层下 1 cm 处发现血肿, 血肿破入脑室, 清除血液约 60 mL。清除血肿后见近额顶叶区活动性出血, 可疑血管畸形团, 约 1.50 cm 大小, 电凝切除后送病理检查。术后患者入住 ICU, 考虑诊断: 右侧额顶叶自发性脑出血破入脑室; 脑血管畸形? 予以脱水降颅内压、止血、脑保护、预防并发症等治疗。术后第 1 天, 患者呼之有反应, 神志嗜

睡, 自主呼吸平稳, 咳痰反射好, 予停用呼吸机, 患者生命体征平稳, 血气分析正常, 顺利拔除气管插管。第 2 天患者进食流质。术后第 4 天, 患者烦躁, 头痛明显, 难以忍受, 考虑头痛与脑出血所致脑水肿有关, 继续予甘露醇脱水降压, 予芬太尼持续静脉微量泵入镇痛及联合右美托咪啶镇静后, 患者头痛有所减轻, 烦躁有所好转。11 月 1 日复查头部 CT 示: 脑出血术后改变, 右侧额顶叶血肿已基本清除(图 2), 11 月 3 日查血促人绒毛膜促性腺激素(THCG) 68 222.80 mIU/mL(正常值: 0~10 mIU/mL), 11 月 4 日查头部 CT 及 CTA 示: 脑出血术后改变, 右侧额顶叶血肿已基本清除(图 3), 头颅 CTA 未见明显异常(图 4A)。11 月 4 日胸部 CT 示: 右肺上叶尖段分叶状软组织块影, 考虑肺癌可能(图 4B)。上腹部 CT 示: 脾脏可疑类圆形稍低密度影(图 5A)。下腹部 CT 示: 左侧附件区混乱密度灶, 考虑畸胎瘤(图 5B)。病理诊断: 右额顶叶结合免疫组织化学检测, 考虑转移癌(图 6)。追问病史, 患者既往无高血压病史, 2 年前有葡萄胎病史, 行吸宫术, 术后标本送病理检查示: (宫腔)机化胎盘组织, 部分绒毛水疱样变, 出院后患者未随访。根据 2 年前葡萄胎病史, 本次以脑出血发病, 结合脑组织病理检查及肺、脾可疑转移灶和血 THCG 显著增高, 诊断考虑: (1) 脑肿瘤卒中; (2) 绒癌并脑、脾、肺等多处转移。11 月 7 日复查血 THCG 131 342.60 mIU/mL。

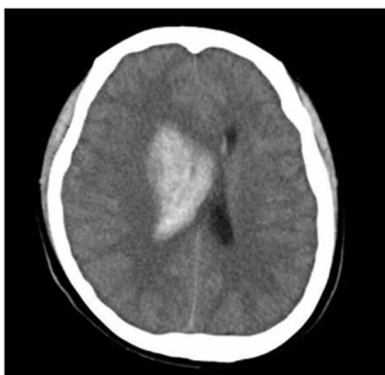


图 1 术前头部 CT 表现(10 月 29 日)

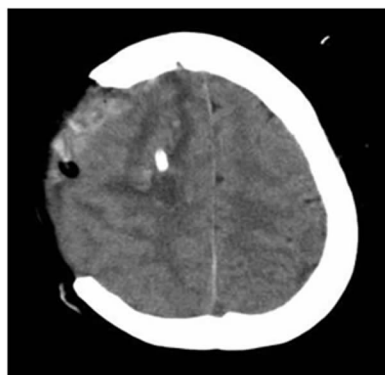


图 2 术后头部 CT 表现(11 月 1 日)



图 3 术后头部 CT 表现(11 月 4 日)