

以有效避免不合理运动导致横纹肌溶解的发生^[7]。

而在各种药物导致的横纹肌溶解中,口服给药比其他给药途径更易引起横纹肌溶解。常见药物有 26 种,按发生例数排序前 4 位的药物有:调节血脂药 58 例(占 36.48%)排在首位,其中他汀类调节血脂药有 49 例(30.82%)。其次是乙醇 32 例(占 20.13%)、有机磷农药 30 例(占 18.87%)、阿片类药物中海洛因 15 例(占 9.43%)^[8-9]。药物对肌肉的直接毒性,线粒体障碍及影响细胞膜的流动性都是其可能的机制^[10-11]。总之,不管横纹肌溶解由何原因引起,他们最后都有一个共同的通路,即肌细胞供能衰竭。

横纹肌溶解症治疗主要包括积极的液体复苏、去除病因和并发症的防治。在入院前就应积极输入大量液体,可应用葡萄糖或降钾树脂防止高钾血症、甘露醇利尿和碳酸氢钠碱化尿液,必要时行筋膜切开术减轻骨筋膜室内压力^[12]。此外加强患者宣教及临床医生对该病的认知是减小该病发病率的必要手段。

参考文献

- [1] Tarnopolsky M, Hoffman E, Giri M, et al. Alpha-sarcoglycanopathy presenting as exercise intolerance and rhabdomyolysis in two adults[J]. *Neuromuscul Disord*, 2015, 25(12):952-954.
- [2] Parekh R, Care DA, Tainter CR. Rhabdomyolysis: advances in diagnosis and treatment[J]. *Emerg Med Pract*, 2012, 14(3):1-15; quiz 15.
- [3] Braseth NR, Allison EJ Jr, Gough JE. Exertional rhabdomyolysis: a review of literature[J]. *J Emerg Med*, 2001, 8(2):155-157.

- [4] Khan FY. Rhabdomyolysis: a review of literature[J]. *J Med*, 2009, 9(67):272-284.
- [5] Harriston A. A review of rhabdomyolysis[J]. *Dimens Crit Care Nurs*, 2004, 23(4):155-161.
- [6] Singh D, Chander V, Chopra K. Rhabdomyolysis [J]. *Methods Find Exp Clin Pharmacol*, 2005, 27(1):39-48.
- [7] 史艳莉,何小玲,郭莉. 运动性横纹肌溶解症[J]. *中国组织工程研究*, 2007, 11(6):1123-1126.
- [8] Wu J, Song Y, Li H, et al. Rhabdomyolysis associated with fibrinolytic therapy: review of 76 published cases and a new case report[J]. *Eur J Clin Pharmacol*, 2009, 65(12):1169-1174.
- [9] Hur J, Liu Z, Tong W, et al. Drug-induced rhabdomyolysis: from systems pharmacology analysis to biochemical flux[J]. *Chem Res Toxicol*, 2014, 27(3):421-432.
- [10] Hohenegger M. Drug induced rhabdomyolysis [J]. *Curr Opin Pharmacol*, 2012, 12(3):335-339.
- [11] Luck RP, Verbin S. Rhabdomyolysis: a review of clinical presentation, etiology, diagnosis, and management[J]. *Pediatr Emerg Care*, 2008, 24(4):262-268.
- [12] 邓达治. 横纹肌溶解综合征 13 例的急诊处理分析[J]. *广西医学*, 2010, 32(12):1568-1569.

(收稿日期:2016-09-23 修回日期:2016-10-21)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.04.057

2 例卵巢甲状腺肿影像表现初步分析

魏梅,蔡吉勇

(重庆市璧山区人民医院放射科 402760)

[中图分类号] R445

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2017)04-0574-03

卵巢甲状腺肿是一种高度特异性卵巢畸胎瘤,具有发病率低、临床表现不特异、术前诊断困难等特点^[1]。卵巢甲状腺肿占卵巢畸胎瘤的比例,国内文献报道约为 0.9%~4.0%^[2]。本文报道本院 2 例卵巢甲状腺肿,并结合文献分析其影像表现。

1 临床资料

1.1 患者 1,女,59 岁,不明原因出现双眼视力下降 6 个月,逐渐由见近处人走动到只能见室内人晃动。患病以来无头痛、无眼疼、眼胀,无畏光、流泪,无异物感,无飞蚊症,无视物变形等不适。查体:右眼视力 0.6⁻²,加片无助,眼球突出 15 mm,结膜不充血,内眦侧球结膜向角膜表面长入超过角巩膜缘约 1 mm,晶状体混浊,玻璃体稍混浊,眼压 9.1 mm Hg,其他眼部检测正常;左眼视力 0.5,加片无助,眼球突出 17 mm,结膜不充血,内眦侧球结膜向角膜表面长入超过角巩膜缘约 3 mm,眼压 11.3 mm Hg,余同右眼。甲状腺未扪及肿大;心界无扩大,心率 92 次/min,心律齐, A2=P2,各瓣膜区未闻及病理性杂音;双下肢凹陷性水肿;双手平举时明显震颤。妇科查体:左侧附件区可扪及一鸡蛋大小包块,质中,可活动,边界清楚,无压痛。甲状腺功能 7 项:甲状腺过氧化物酶抗体(aTPO) 52.38 IU/mL(0.00~34.00 IU/mL),抗甲状腺球蛋白抗体

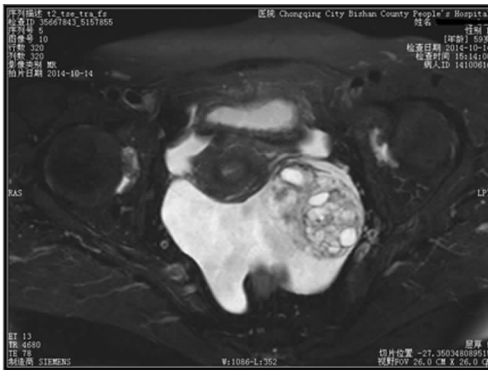
(ATG) 41.49 IU/mL(0.00~115.00 IU/mL),促甲状腺激素(TSH) 0.01 uIU/mL(0.27~4.20 uIU/mL),三碘甲状腺原氨酸(T3) 4.25 nmol/L(1.30~3.10 nmol/L),总甲状腺素(T4) 256.10 nmol/L(66.00~181.00 nmol/L),游离三碘甲状腺原氨酸(FT3) 16.11 pmol/L(3.10~6.80 pmol/L),游离甲状腺素(FT4) 50.89 pmol/L(12.00~22.00 pmol/L)。肿瘤标志物:CA125 133.90 U/mL(0.00~35.00 U/mL),THCG 1.45 mIU/mL(0.00~1.00 mIU/mL),AFP 8.52 ng/mL(0.00~8.00 ng/mL),CEA 0.50 ng/mL(0.00~4.70 ng/mL),CA19-9 15.12 U/mL(0.00~39.00 U/mL)。甲状腺彩超:甲状腺回声不均匀减低,血流信号增多。妇科彩超:左附件区不均匀回声包块,大小约 5.1 cm×4.8 cm,边界欠清,周边见较丰富短棒状血流信号,内部见点状血流信号(RI 0.51~0.67),其内侧缘见一大小约 3.2 cm×2.6 cm 囊性暗区,边界清,形态规则,内透声可,未见明显血流信号。盆腔 MRI 平扫:左侧附件区多房囊状影,以长 T1 长 T2 信号为主,内见少许稍短 T1 信号影;盆腔积液;见图 1~4。手术及病理所见:术中见左侧卵巢增大,大小约 5 cm×6 cm,表面不光滑,部分呈淡黄色;腹水约 800 mL。肿块切面呈多囊状,内为淡红色液体,另见一囊性包块直径约 2.5 cm,见图 5A。病理诊断:左卵巢甲状腺肿,见

图 5。



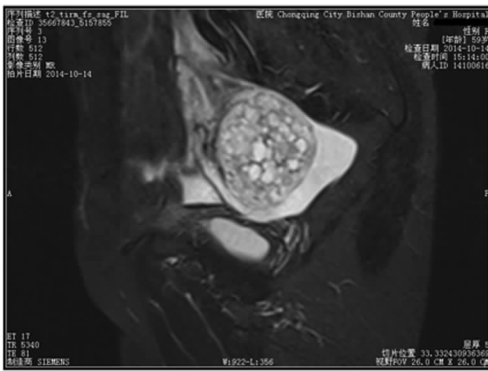
左附件区明显增大,内见一类圆形肿块样异常信号影,大小约 5.6 cm×4.6 cm,以等低信号为主,夹杂斑点稍高信号。

图 1 盆腔 MRI 平扫 T1WI-tra



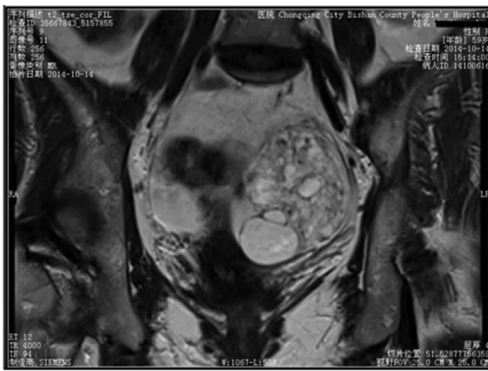
肿块呈多房囊性异常信号,囊腔较小,以高信号为主,内伴低信号分隔;盆腔积液。

图 2 盆腔 MRI 平扫 T2WI-tra-fs



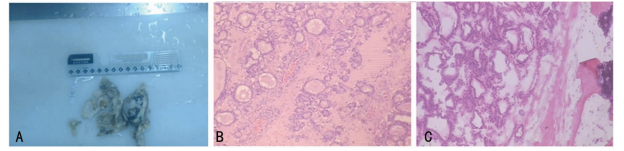
肿块呈多房囊性异常信号,囊腔较小,以高信号为主,内伴低信号分隔;盆腔积液。

图 3 盆腔 MRI 平扫 T2WI-sag-fs



肿块囊腔大小不等,较大者囊腔大小约 2.9 cm×2.1 cm。

图 4 盆腔 MRI 平扫 T2WI-cor



A:大体标本;B:HE 染色(×100);C:冰冻切片镜下表现(×200)。

图 5 大体标本及镜下表现



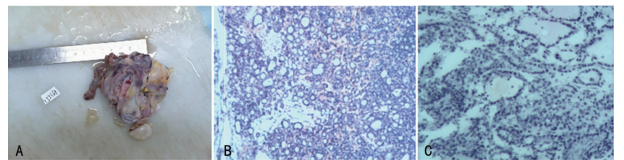
盆腔内偏右侧可见一囊实性肿块样混杂密度影,囊腔大小不等,囊内呈液性密度,肿块形态不规则,内多发分隔,部分分隔及囊壁钙化,囊性成分未见强化,实性部分 CT 值约 54 Hu。

图 6 盆腔 CT 增强动脉期



肿块内分隔及血管影显示更清晰,实性部分 CT 值约 64 Hu。

图 7 盆腔 CT 增强静脉期



A:大体标本;B:HE 染色(×100);C:冰冻切片镜下表现(×200)。

图 8 大体标本及镜下表现

1.2 患者 2,女,74 岁,腹痛 3 d,无明显诱因出现腹痛,以下腹部为重,可自行缓解。入院前 1 d 疼痛逐渐加重,无畏寒、发热,不伴大便性状改变。查体:颈软,气管居中,甲状腺不大;左下腹可扪及一质硬包块,大小约 10 cm×9 cm×8 cm,边界较清,活动度可,无明显压痛。肿瘤标志物:CA125 94.68 U/mL (0.00~35.00 U/mL),THCG 0.98 mIU/mL (0.00~1.00

mIU/mL), AFP 1.79 ng/mL(0.00~8.00 ng/mL), CEA 1.48 ng/mL(0.00~4.70 ng/mL), CA19-9 98.69 U/mL(0.00~39.00 U/mL)。妇科彩超:盆腔巨大液性回声为主混合回声包块,大小约 11.9 cm×8.3 cm×11.5 cm,液性部分透声欠佳,内见分隔,加彩后实性部分及分隔见点状血流信号。盆腔 CT 增强:盆腔偏右侧可见多房囊实性肿块密度影,囊性为主,大小约 11.7 cm×11.4 cm,可见多发分隔,部分分隔及囊壁钙化,增强实性部分及分隔强化;见图 6、7 箭头所示。手术及病理所见:术中所见左侧卵巢增大,大小约 13 cm×10 cm,形态不规则,表面见多个突起,蒂部扭转一周。少量腹水,澄清。肿块切面呈多囊性,囊内为淡黄色液体,囊壁较光滑,局部质硬,见图 8A。病理诊断:左卵巢甲状腺肿,见图 8。

2 讨 论

卵巢甲状腺肿为卵巢少见良性肿瘤,起源于生殖细胞,是单胚层高度特异性肿瘤,为成熟畸胎瘤的一种特殊类型,甲状腺组织为其唯一或主要成分^[1]。统计近 10 年来国内文献报道例数有 300 余例。

本病发病年龄为 23~71 岁,平均 49 岁,发病高峰为 50 岁左右^[3],可伴有胸腔积液、腹水及 CA125 升高、甲状腺功能亢进症状等^[4],具有质地不均匀、重心偏离的特点,可发生扭转、破裂和感染^[1]。

卵巢甲状腺肿 CT 表现有一定特点,单发、边界清楚、囊实性肿块,有多个大小、密度不等囊腔,囊壁、间隔及实性部分钙化,实性部分显著强化^[5]。本文 2 例主要影像表现与文献记载大致吻合,但较以往文献报道有以下不同点:(1)本文中除 CA125 升高外,患者 1 还伴有 THCG 及 AFP 轻度升高,患者 2 还伴有 CA19-9 轻度升高;(2)本文中患者 1 并非多房纯囊性信号,在 T1 加权中见斑点稍高信号,考虑为囊壁或分隔出血可能,肿块大体观察显示囊腔内为淡红色液体,支持出血这一观点;(3)本文患者 2 实性部分并非显著强化,考虑为扭转致肿瘤供血不足,术中证实这一点。

卵巢甲状腺肿特征表现为境界清楚不规则肿块,呈囊实性或多房囊性,囊性部分为多发大小不等的囊腔,囊内为液性密度,MRI 呈长 T1 长 T2 信号,伴出血时,密度或信号多变,囊壁

或分隔可伴钙化,增强囊壁、分隔及实性部分强化,可合并胸腹水、伴有肿瘤标志物轻度升高(以 CA125 升高较为常见),可发生扭转。

卵巢甲状腺肿临床表现多样,单从临床上诊断卵巢甲状腺肿较困难,需结合实验室检查(如甲状腺功能、肿瘤标志物)、彩超、CT 及 MRI 影像特征表现进行诊断。

卵巢甲状腺肿主要要与以下几种疾病鉴别:(1)卵巢囊性畸胎瘤:好发于生育年龄妇女,是一种常见的卵巢生殖细胞肿瘤,影像表现为边界清楚混杂密度囊性肿块,内含脂肪、软组织密度成分和钙化。(2)卵巢囊腺瘤:多发于中青年女性,按其囊内成分分为黏液性和浆液性两种,肿瘤可为多房或单房,黏液囊腺瘤囊液黏稠,CT 值高于水,但低于软组织,增强囊壁及分隔强化,浆液性囊腺瘤囊液呈液体密度,部分可见细条状分隔,CT 值接近水。(3)巧克力囊肿:好发于生育年龄妇女,囊肿外缘不规则,内膜较光滑,一般无壁结节,囊内可见分隔,增强壁均匀中度程度强化,CT 值由水样到新鲜出血不等,主囊外小子囊为其特性表现,与周围脏器粘连。(4)输卵管卵巢脓肿:附件区厚壁囊性或囊实性混合肿块影,外缘模糊毛糙,增强囊壁强化,周围脂肪间隙模糊。

参考文献

- [1] 胡景香. 8 例卵巢甲状腺肿临床及病理分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2010, 31(2): 209.
- [2] 冯毓正. 1 230 例卵巢肿瘤临床病理分析[J]. 云南医药, 1982, 3(4): 218.
- [3] Dardik RB, Dardik M, Westra W, et al. Malignant Struma ovary: two cases reports and a review of the literature[J]. Gynecol Oncol, 1999, 73: 447-451.
- [4] 陶海波, 丁莹莹, 李鹏, 等. 卵巢甲状腺肿的超声及 CT 征象分析[J]. 中国医学影像学杂志, 2015, 23(6): 478-480.
- [5] 刘衡, 曾庆晖, 刘盼, 等. 卵巢甲状腺肿的 CT 表现及其病理基础[J]. 实用放射学杂志, 2015, 31(6): 966-968.

(收稿日期: 2016-10-02 修回日期: 2016-11-03)

(上接第 564 页)

教学满意度增大,考核成绩明显提高,值得在耳鼻咽喉头颈外科教学中学习和推广。

参考文献

- [1] 邓安春, 杨桦, 陈立颖. 耳鼻咽喉头颈外科临床教学改革初探[J]. 医学教育探索, 2010, 9(6): 795-797.
- [2] 王成硕, 王向东, 张罗, 等. 鼻科学临床教学的思考[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2012, 19(10): 577-578.
- [3] 欧阳顺林, 黄敏齐, 张连国. 内镜技术在耳鼻咽喉头颈外科临床教学中的应用[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 15(4): 316-317.
- [4] 刘火旺, 柳岸, 蒋明. 耳鼻咽喉头颈外科学临床见习教学初探[J]. 现代医药卫生, 2015, 31(S1): 94-95.
- [5] 刘利锋, 张少强, 白艳霞. 耳鼻咽喉头颈外科教学的体会[J]. 基础医学教育, 2016, 18(1): 61-63.
- [6] 龚永谦, 廖剑绚, 刘洁, 等. 全科医生班耳鼻咽喉-头颈外科见习教学模式初探[J]. 中国继续医学教育, 2014, 6(1): 99-100.
- [7] Chawdhary G, Ho EC, Minhas SS. Undergraduate ENT

education: what students want [J]. Clin Otolaryngol, 2009, 34(6): 584-585.

- [8] Mishra P, Deshmukh S. ENT-HNS education: what undergraduate students want? [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2013, 270(11): 2981-2983.
- [9] 王少植. 因材施教-耳鼻咽喉科教学中的几点体会[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 20(1): 55-56.
- [10] 石力, 邱建华, 邓玉宏. 五年制本科耳鼻咽喉头颈外科学课堂教学效果分析[J]. 西北医学教育, 2012, 20(4): 826-828.
- [11] Fung K. Otolaryngology-head and neck surgery in undergraduate medical education: Advances and innovations[J]. The Laryngoscope, 2015, 125 Suppl 2: S1-14.
- [12] 万光伦, 汪银凤. 内镜对耳鼻咽喉科教学的影响[J]. 安徽医学, 2011, 32(3): 373.
- [13] 王涛, 李鹏, 李永奇, 等. 内镜技术在耳鼻咽喉科临床教学中的应用[J]. 临床医学工程, 2012, 19(2): 319-322.

(收稿日期: 2016-10-09 修回日期: 2016-11-10)