

myofibroblastic lesions[J]. Am J Surg Pathol, 2005, 29(5):653-659.

[10] Dumont AG, Rink L, Godwin AK, et al. A nonrandom association of gastrointestinal stromal tumor (GIST) and desmoid tumor (deep fibromatosis): case series of 28 patients[J]. Ann Oncol, 2012, 23(5):1335-1340.

[11] 骆丽, 刘凤阁, 刘彤, 等. 韧带样型纤维瘤病的临床病理分析[J]. 临床与病理杂志, 2014, 34(5):554-559.

[12] Agaimy A, Bihl MP, Tornillo L, et al. Calcifying fibrous tumor of the stomach: clinicopathologic and molecular study of seven cases with literature review and reappraisal of histogenesis[J]. Am J Surg Pathol, 2010, 34(2):271-278.

[13] 陈玮吉, 丁华, 张丽华, 等. 韧带样型纤维瘤病的超声表现及病理特征研究[J]. 临床超声医学杂志, 2015, 17(11):751-754.

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.06.047

[14] 杨力, 扈文海, 胡彤宇, 等. 60 例韧带样型纤维瘤病临床病理特点及预后分析[J]. 实用骨科杂志, 2015, 21(1):30-32, 53.

[15] Chugh R, Wathen JK, Patel SR, et al. Efficacy of imatinib in aggressive fibromatosis: results of a phase II multicenter Sarcoma Alliance for Research through Collaboration (SARC) trial[J]. Clin Cancer Res, 2010, 16(19):4884-4891.

[16] Colombo C, Miceli R, Lazar AJ, et al. CTNBN1 45F mutation is a molecular prognosticator of increased postoperative primary desmoid tumor recurrence: an Independent, multicenter validation study[J]. Cancer, 2013, 119(20):3696-3702.

(收稿日期:2016-10-22 修回日期:2016-11-16)

颈胸段神经根鞘囊肿误诊为顿挫型带状疱疹 1 例

何鸿义, 黎昌强[△], 罗茂, 许 颀

(西南医科大学附属医院皮肤科, 四川泸州 646000)

[中图分类号] R739.42

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)06-0862-02

1 临床资料

患者,女,61岁,2009年无明显诱因出现左侧胸背部针刺样疼痛,伴有左侧腋窝牵扯痛,10 min左右发作1次,每次持续10 s左右,无明显加重及缓解方式,查体未见明显皮损,于当地医院诊断为顿挫型带状疱疹,经伐昔洛韦抗病毒,维生素B₁、B₁₂营养神经,加巴喷丁止痛后症状缓解。2010年上訴症状复发,仍于当地医院行相同治疗后好转。2012年2月再次复发,当地医院治疗无效,就诊于本院皮肤科,行全脊柱CT平扫示:(1)颈椎、胸椎、腰椎及双侧骶髂关节退变;(2)T12椎体血管瘤、骶管囊肿。诊断为顿挫型带状疱疹,予以伐昔洛韦抗病毒,加巴喷丁、尼美舒利止痛,维生素B₁、B₁₂营养神经治疗2周,仍无明显疗效,自动出院。其后多次就诊于本院及外院疼痛科,予以针灸、普瑞巴林镇痛等治疗,效果欠佳。2012年6月患者再次就诊于本院皮肤科门诊,回顾患者病史,考虑因神经受压引起,建议到神经外科就诊。神经外科行全脊柱磁共振成像(MRI)检查提示:颈胸交界段及下胸椎段脊髓两旁多发囊性病灶,考虑:多发神经根袖囊肿(图1)。诊断为:颈胸段神经根鞘囊肿。择期行椎管探查+占位切除术,术中左C₆₋₇、C₇~T₁椎间孔处椎板及隙后分别见大小约1.0 cm×0.6 cm×1.5 cm、1.0 cm×0.6 cm×0.6 cm边界清楚的囊肿,囊液清亮,内有神经根通过,予以囊肿摘除。组织送病理检查,符合C₆₋₇、T₁椎管肠源性囊肿改变(图2)。术后,患者左侧胸背部疼痛消失。

2 讨 论

神经根鞘囊肿又称 Tarlov 囊肿,基本特征是在囊壁和囊腔中含神经纤维或神经节细胞^[1]。其病因与发病机制尚不清

楚,有观点认为与神经根鞘膜的炎症、创伤性出血后继发的囊状变性、先天性憩室、脑脊液压力增高等有关。该病发病率低,约为1.5%~4.6%,有症状者仅占20%^[2]。常发生于S₁₋₃神经根部位,颈胸段少见。大多患者无临床症状或症状轻微,随着囊肿的逐渐长大,可压迫相应节段神经根、神经节产生症状和体征。腰骶段囊肿可导致尿道或肠道功能紊乱、神经根疼痛、会阴部及下肢感觉异常等;颈胸段囊肿可引起胸、背部疼痛和感觉减退^[3]。目前MRI是对神经根鞘囊肿最具诊断价值的影像学检查。偶然发现的无症状者无需治疗,有症状者需外科手术,常用手术方法有椎板切除减压,电凝囊肿壁后加固缝合和经皮囊液抽吸并生物蛋白胶注入囊壁部等。



图1 颈胸交界段多发神经根鞘

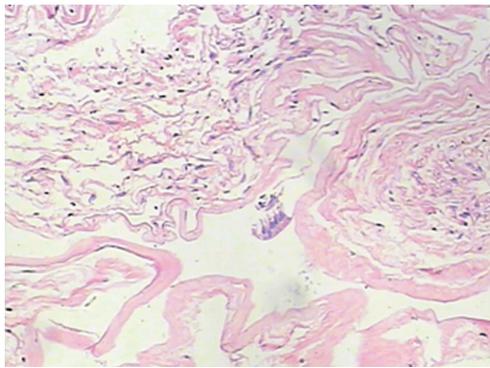


图 2 送检切除组织(HE×100)

由于某些免疫因素,带状疱疹可表现为顿挫型即不出现皮损仅表现为单侧神经痛,且肋间神经为带状疱疹最易累及部位,所以,该患者到皮肤科就诊,皮肤科大夫理所当然地会根据单侧胸背部神经痛及按照带状疱疹治疗有效的病史而诊断为顿挫型带状疱疹^[4-5]。本院皮肤科医生在接诊时,虽考虑到要排除其他系统疾病,但神经根鞘囊肿发病率低,发生在颈胸段且有症状者更为少见,加上该患者临床表现不典型,仅有胸背部的疼痛而无感觉异常,故而未考虑到该病,仅选择了常规的脊柱 CT 平扫,因此未发现病灶。通过该病例,皮肤科专科医生在接诊时应注意:疼痛性疾病涉及骨科、神经内外科、皮肤

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.06.048

科、消化科、心内科等多个科室,专科医生应加强学习,对反复发作且常规治疗效果欠佳的神经营,应仔细进行问诊、查体,选择恰当的辅助检查,除了与常见疾病鉴别,少见病也不可忽略。顿挫型带状疱疹属于排他性诊断应慎之又慎,必要时请相关科室会诊,以免误诊或漏诊。

参考文献

- [1] 马义辉,荔志云. 多发巨大神经根鞘囊肿 1 例并文献分析[J]. 国际神经病学神经外科学杂志, 2014, 41(2): 125-126.
- [2] Chia KL. Symptomatic Tarlov cyst and electroacupuncture: more studies required[J]. J Integr Med, 2015, 13(1): 58-60.
- [3] Xu J, Sun Y, Huang X, et al. Management of symptomatic sacral perineural cysts[J]. PLoS One, 2012, 7(6): e39958.
- [4] 胡斌,刘秀华. 顿挫型带状疱疹三例误诊分析[J]. 临床误诊误治, 2008, 21(6): 58-59.
- [5] 张学军,陆洪光,高兴华. 皮肤性病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2013: 65-67.

(收稿日期:2016-09-08 修回日期:2016-10-07)

晚期妊娠合并先天性膈疝 1 例报道

张强,雷焕,王少军,于坤

(遵义医学院附属医院产科,贵州遵义 563003)

[中图分类号] R714.2

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)06-0863-02

1 临床资料

患者,女,31岁。因“停经 8⁺个月,腹痛 1 d”于 2014 年 2 月 11 日 10:10 收入本院产科。1 d 前患者无诱因出现持续性左上腹疼痛,伴呕吐,呕吐后疼痛稍缓解,偶有排便,未排气^[1],小便正常,就诊于当地县医院,行彩超示:晚期妊娠,单活胎,头位;肝、脾及双肾无异常;血淀粉酶 105 IU/L,未予特殊处理。今为进一步诊治就诊于本院。既往体检,无外伤史,2 年前妊娠足月自然分娩一活婴。查体:体温(T)36.2℃,脉搏(P)106 次/min,呼吸(R)20 次/min,血压(BP)127/82 mm Hg,发育正常,神志清,查体合作,贫血貌,双肺呼吸音清,未闻及啰音,心率 106 次/min,律齐。腹膨隆,左上腹压痛明显,无反跳痛及肌紧张,肠鸣音 4~5 次/min。产检:宫高 29 cm,腹围 98 cm,宫缩 1~2 次/10 min,持续 20~25 s,子宫轮廓清,无压痛,张力不大,胎位左枕前(LOA)^[2],胎心 140 次/min。肛查:宫口容 1 指,颈管长 1 cm,先露头,棘上 2 cm^[2]。辅查,血常规:白细胞(WBC)9.44×10⁹/L,红细胞(RBC)3.34×10¹²/L,血红蛋白(Hb)76 g/L;凝血功能及血生化无异常;血气分析:动脉血氧分压(PO₂)30.4 mm Hg,动脉二氧化碳分压(PCO₂)50.7 mm Hg, pH=7.09,实际碳酸氢盐(AB)14.9 mmol/L,标准碳酸氢盐(SB)13.4 mmol/L,碱剩余(BE-)14.1 mmol/L^[3]。彩超示:

晚期妊娠,单活胎,头位,双顶径(BPD)81 mm,股骨长(FL)64 mm;肝、脾、膀胱及双肾未见异常,胰腺显示不清。主要诊断:(1)妊 2 产 1,晚期妊娠,先兆早产^[2]; (2)LOA; (3)腹痛原因?

入院后予硫酸镁抑制宫缩,地塞米松肌肉注射促胎肺成熟治疗。13:50 腹痛明显加重,不能平卧,考虑腹痛与宫缩无关,具备剖腹探查指征,拟急诊行剖腹探查术。14:00 术前准备完毕,拟送手术室,患者突然出现牙关紧闭,口吐白沫,呼之不应,无自主呼吸,大动脉搏动消失,血压测不出,无胎心,立即行心肺复苏。经积极抢救无效,于 16:08 患者死亡。

患者死亡后行尸解发现:(1)晚期妊娠;(2)左侧膈疝(腹腔脏器:胃、回盲部、部分回肠、结肠疝入左侧胸腔)。左侧膈肌距肋膈角 4.5 cm,距肋骨 1.0 cm 处见面积约 8.0 cm×6.0 cm 大小的疝孔,疝孔边缘部分光滑,近疝孔处膈肌逐渐变薄,部分边缘有纤维膜状物附着,此处欠光滑(疑破裂处痕迹)。镜下见膈肌疝孔处横纹肌(膈肌)部分萎缩变薄,部分横纹肌肌纹消失,仅为增生的纤维结缔组织,其内血管扩张充血,少量炎性细胞浸润。其死亡原因为:左侧膈疝,进入胸腔的腹腔脏器压迫左侧肺组织致肺不张,并引起纵隔移位及摆动。从而使回心血量减少、心输出量减少,气体交换功能下降并导致休克,最终致呼吸、循环衰竭而死亡^[1]。