

# 附红细胞体病 2 例诊治体会

· 病例报告 ·

于建博, 孙佳琳, 杨秀萍

作者单位: 264400 山东, 文登市立医院

作者简介: 于建博(1964-), 男, 大学本科, 副主任医师, 研究方向: 内科糖尿病治疗。E-mail: yjbsdwd4107@163.com

[关键词] 附红细胞体病; 诊断; 治疗

[中图分类号] R 513 [文章编号] 1674-3806(2010)03-0277-01

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.03.28

## 1 病例介绍

例1 患者,男,9岁。因发热、咽痛5天来诊,无咳嗽、咳痰,无胸闷、憋气,无腹痛、腹泻。查体:T 38.8℃,神志清,咽部充血,双扁桃体无肿大,心肺及腹部检查无异常发现。血常规:WBC  $16.1 \times 10^9/L$ , N 0.84, L 0.16, Hb 125 g/L, 胸片未见异常,肝胆脾胰B超正常。初步诊断:急性上呼吸道感染,给予利巴韦林、头孢拉定静脉滴注3天,体温持续不下降,加用阿奇霉素静滴2d,体温仍在39℃左右,追问病史,患者家中有养猪厂,患者经常到养猪厂玩耍,即行末梢血涂片检查,用瑞-姬姆萨染色后诊断为附红细胞体病,加用多西环素1次/d,第2天体温即降至正常,应用1周后痊愈出院。

例2 患者,男,64岁。因发热、乏力9d入院。患者入院前9d发热,体温高达39℃左右,感头痛、乏力,无咳嗽、咳痰,无恶心、呕吐,曾在当地医院应用头孢哌酮及阿奇霉素治疗5d,且联合激素治疗,每次应用激素后体温下降,停用激素后体温立即上升至39℃左右,查体:T 39.2℃,神志清,精神不振,咽部无充血,心、肺及腹部检查无异常。血常规:WBC  $11.5 \times 10^9/L$ , N 0.81, L 0.19, Hb 120 g/L, B超示:肝脾轻肿大,行骨髓穿刺涂片检查无异常,考虑患者有饲养家畜史,查末梢血涂片瑞-姬姆萨染色,油镜下观察到许多圆形、

短杆状蓝色小体附着在红细胞上。加多西环素及庆大霉素,当天体温即降至正常,应用7天后出院。

## 2 讨论

附红细胞体病是由附红细胞体感染机体引起的人畜共患疾病,附红细胞体是寄生于红细胞表面、血浆及骨髓中的一群微生物(立克次体目、无形体科、血虫体属)<sup>[1]</sup>,由于该病传播途径及临床表现多样化,临床医生对此病缺乏认识,临床极易漏诊、误诊。临床上我们还接触到12例病人,以不明原因发热就诊,伴随乏力、头痛、恶心、肌肉及关节酸痛等非特异症状,大多有家畜接触史,先后用β-内酰胺类、大环内酯类等多种抗生素及抗病毒药治疗无效,诊断性试用多西环素和(或)庆大霉素,收到立竿见影效果。因此,对不明原因发热,在常规应用抗生素等治疗无效时,应想到感染附红细胞体病可能,注意询问有无家畜接触史,并可试用多西环素、庆大霉素等药物,可能收到意想不到的效果。

## 参考文献

- 1 方林钧. 附红细胞体病[J]. 临床儿科杂志, 2007, 25(1): 74-75. [收稿日期 2009-12-02] [本文编辑 刘京虹 吕文娟(见习)]

# 中分化卵巢支持莱狄细胞瘤 1 例报告

· 病例报告 ·

刘妮平, 马刚

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院妇科

作者简介: 刘妮平(1976-), 女, 硕士研究生, 主治医师, 研究方向: 妇科肿瘤。E-mail: nizi007@163.com

[关键词] 卵巢支持莱狄细胞瘤; 临床分析

[中图分类号] R 713 [文章编号] 1674-3806(2010)03-0277-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.03.29

卵巢支持莱狄细胞瘤(SLCT, 既往称卵巢男性母细胞瘤)是卵巢性索间质肿瘤中较为罕见的一种肿瘤,其发生率

占卵巢肿瘤的0.2%~0.5%<sup>[1]</sup>。本文通过对我院收治的1例卵巢支持莱狄细胞瘤的临床资料进行分析,进一步了解此

种肿瘤的临床特征及预后,并对其治疗进行了初步探讨。

## 1 病例介绍

患者,女,56岁,孕7产5,因月经紊乱2年,发现盆腔包块16d,于2009-05-20入院。患者既往体健,平素月经规律,周期32~33d,经期3~4d,经量中等,色暗红,无痛经。患者于2年前出现月经紊乱,周期10~15d左右,行经4~5d,经量较前稍减少,有血块,未经正规治疗。半年前出现阴道点滴出血,一直未尽,2周前曾在门诊予以分段诊刮,病理提示增殖期子宫内膜,B超提示盆腔肿物,要求手术入院。发病以来,大小便正常,无腹痛,食欲良好,无明显消瘦。有高血压病史3年,血压控制良好,无家族遗传病史。入院查体:发育正常,偏胖体型,心肺未见异常,腹平软,无压痛及反跳痛,肝脾肋下未触及。妇科检查:外阴已婚经产式,阴道通畅,有少量暗红色分泌物,宫颈光滑,肥大,子宫正常大小,其右左可触及直径5cm左右的囊性肿物,活动,无压痛,边界清,右附件正常。B超示:左附件区有一个大小约53mm×60mm的液性暗区。其余检验结果均在正常范围。入院诊断:(1)盆腔肿物性质待查;(2)高血压病。入院后完善手术前各项检查,查CA199、CEA、AFP、CA125均正常。于2009-05-25在硬膜外麻下行剖腹探查术。术中见:盆腹腔无腹水;子宫正常大小,表面无异常表现;右附件正常;左卵巢增大约6cm×6cm×5cm,表面光滑,灰白色,与周围组织有小片膜状粘连,左输卵管正常;阑尾正常;大网膜正常;肝胆表面均正常。向家属再次交代病情,家属同意后行全子宫+双附件切除术。手术经过顺利。病理结果提示:左卵巢中分化Sertoli-Leydig细胞瘤。术后诊断:左卵巢中分化莱狄细胞瘤Ia期。因经济因素,患者术后未予以化疗,现已经出院半年,病人一般情况良好。B超及各项复查无异常发现,门诊密切随访。

## 2 病理检查结果

大体检查:卵巢肿物一个,6cm×6cm×5cm大小,表面光滑。灰白色,切面囊性,囊内为清亮淡黄液体,有一约2cm×1cm×1cm大小灰黄实质性脆组织物。分多部位取材。镜检:水肿的间质分隔细胞成小叶状,小叶内为核染色深的的梭形性腺间质细胞构成,细胞界限不清,与排列呈条索状或小管状Sertoli细胞逐渐过渡移行,有典型的索网状结构,可见小管状分化,部分Sertoli细胞有非典型性。在小叶周边可见成簇的Leydig细胞,Leydig细胞无非典型性;子宫内膜增殖期图像,宫颈黏膜慢性炎,右侧卵巢组织及双侧输卵管组织正常。免疫表型:HCG(++),CEA(-)、AFP(-)、CK(-)。病理诊断:左卵巢中分化Sertoli-Leydig细胞瘤。

## 3 讨论

**3.1 卵巢支持莱狄细胞瘤的临床特征** 目前普遍认为,卵巢支持莱狄细胞瘤可发生于任何年龄女性。文献报道,发病年龄2~84岁,平均年龄25岁,以11~45岁为多见,腹部包块发生率为32%~46%<sup>[2]</sup>。SLCT通常是单侧发病,双侧发病<2%<sup>[3]</sup>。本例患者为左侧,与文献报道相符。SLCT主要病理学特征是出现不同比例和不同分化程度的Sertoli细胞、

Leydig细胞和(或)纤维母细胞<sup>[3]</sup>。故其病理组织形态复杂,分类和命名难以统一。目前普遍以2002年Young和Scully<sup>[4]</sup>提及的分类为准,即将SLCT分为6类:高分化型、中分化型、低分化型、网状型、伴有异源成分型和混合型,有明确证据表明,Leydig细胞是这些肿瘤肿瘤性成分的必要部分<sup>[3]</sup>。大部分作者认为,卵巢支持莱狄细胞瘤最突出的特点是大部分肿瘤具有内分泌功能,其中部分能分泌雄激素。因而患者去女性化和男性化表现为本病最典型的临床表现,可表现为月经稀少、闭经、不孕、多毛、喉结发育及阴蒂肥大等,发生率为25%~77%<sup>[4]</sup>。本例患者无明显男性化体征,仅为月经紊乱,经量减少等去女性化表现;但不能排除围绝经期激素改变所致。

## 3.2 卵巢支持莱狄细胞瘤的激素水平及肿瘤标志物的变化

多数病例的血清睾酮及雄烯二酮水平显著升高。肿瘤标志物方面,国外有病例报道认为,卵巢支持莱狄细胞瘤合并AFP升高<sup>[5]</sup>。血清睾酮、雌二醇及AFP水平可作为诊断本病的重要依据及病情监测的指标,临床上应给予充分重视。本例AFP在正常范围内。由于初期对本病认识不足,未行全面的性激素水平测定,术后查血清睾酮及雌二醇水平偏低,可能与卵巢切除后有关。

## 3.3 卵巢支持莱狄细胞瘤的诊断、治疗与预后

卵巢SLCT的预后与肿瘤的分期和分化程度有关,通常预后良好<sup>[5]</sup>。临床分期和分化程度是影响SLCT预后的主要因素<sup>[3,4]</sup>。目前普遍认为,SLCT的临床经过通常是良性的,高分化型具有某些良性肿瘤特征,中低分化型具有恶性生物学行为,但恶性程度低于卵巢上皮性癌,仅仅在少数病例伴有转移<sup>[3]</sup>,有报道表明,临床恶性的总发生率为18%,所有分化良好的肿瘤均为良性,但11%中度分化,59%低度分化和19%伴有异源成分的病例为恶性<sup>[6]</sup>。由于病例稀少,关于本病的治疗目前尚无统一标准,Gershenson<sup>[7]</sup>主张,对于早期、分化良好者行单纯手术治疗,晚期或不良病理分化程度者,术后应巩固化疗;有生育要求者,可保留生育功能。至于晚期病例行放、化疗的经验更少,仅限于少数病例报道。化疗方案目前多借鉴其他性索间质类肿瘤的化疗方案。Gershenson等<sup>[8]</sup>报道,应用PEB方案治疗11例预后差的性索间质肿瘤,总反应率为83%。另有报道,采用对生殖细胞肿瘤常用的顺铂+长春新碱+博莱霉素(PVB)方案化疗4个周期效果良好<sup>[4]</sup>。对卵巢支持莱狄细胞瘤的治疗,仍需更多病例积累经验。

## 参考文献

- 1 张以文,郁琦.卵巢支持间质细胞瘤的临床及治疗.见:连利娟,主编.林巧稚妇科肿瘤学[M].第3版.北京:人民卫生出版社,2000:576-583.
- 2 Hoskin WF, Rubin SC. Malignant gonadal stromal tumors of ovary: clinical features and management[A]. In: Coppleson M, ed. Gynecologic Oncology[M]. 2nd. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1992: 956-958.
- 3 Russell P, Robboy SJ, Anderson MC. Sex cord-stromal and steroid cell tumors of the ovaries. In: Pathology of the female reproductive tract

- [M]. Peking university medical press, 2005: 607-640.
- 4 Young RH, Scully RE. Sex cord—stromal, steroid cell and other ovarian tumors. In: Kurman, R. J. (Ed.), Blaustein's Pathology of Female Genital Tract, 5th ed [M]. New York: Springer—Verlag, 2002: 929-939.
  - 5 Roth LM, Anderson MC, Govan AD, et al. Sertolic—Leydig cell tumors; a clinicopathologic study of 34 cases [J]. Cancer, 1981, 48(1): 187.
  - 6 Young RH, Perez-Atagde AR, Scully RE. Ovarian Sertoli—Leydig cell tumor with retiform and heterologous components. Report of a case with hepatocytic differentiation and elevated serum alpha-fetoprotein [J]. Am J Surg Pathol, 1984, 8(9): 709-718.
  - 7 Gershenson DM. Management of early ovarian cancer: germ cell and sex cord-stromal tumors [J]. Gynecol Oncol, 1994, 55(3 Pt 2): S62-72.
  - 8 Gershenson DM, Morris M, Burke TW, et al. Treatment of poor-prognosis sex cord-stromal tumors of the ovary with the combination of bleomycin, etoposide, and cisplatin [J]. Obstet Gynecol, 1996, 87(2): 527-531.
- [收稿日期 2009-12-10] [本文编辑 谭毅 吕文娟(见习)]

## · 病例报告 ·

# <sup>131</sup>碘治疗分化型甲状腺癌致迟发放射性颈淋巴结炎 1 例

唐真武, 黄江河

作者单位: 535000 广西, 钦州市第二人民医院核医学科

作者简介: 唐真武(1978-), 男, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 核医学影像及核素放射治疗。E-mail: tangrenxuan@126.com

[关键词] 分化型甲状腺癌; <sup>131</sup>碘治疗; 迟发放射性颈淋巴结炎

[中图分类号] R 736.1 [文章编号] 1674-3806(2010)03-0279-02

doi: 10.3969/j.issn.1674-3806.2010.03.30

## 1 病例介绍

患者, 男, 61岁, 因“服<sup>131</sup>碘8 d后出现右颈肿痛7 h”就诊。2009-10-18上午因甲状腺乳头状癌术后并颈淋巴结转移行第三次服<sup>131</sup>碘150 mCi治疗, 同时服用醋酸泼尼松片(30 mg/d)。服<sup>131</sup>碘后一直无特殊不适。2009-10-26无诱因出现右颈部肿胀明显, 伴疼痛, 可忍受, 无放射, 并稍觉口干、腹胀。无发热, 无咽痛, 无牙龈肿痛, 无咳嗽等症。曾于2006-09和2007-04两次行<sup>131</sup>碘治疗, 剂量分别为50 mCi、80 mCi, 治疗过程中均无不适及类似反应。既往无结核病、肝炎病史。查体: T 36.5℃, R 20次/min, P 68次/min, BP 130/75 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa), 神志清, 甲减面容。头颈部皮肤无皮疹及感染灶。双侧颈部及双侧锁骨上窝均可触及数个大小不一的淋巴结, 最大直径约2.5 cm, 最小约1 cm, 质韧, 不可推动, 无压痛。咽部无充血及滤泡, 双侧扁桃体无增大。双侧甲状腺未触及。右侧颈部明显肿胀, 无红肿, 无出血及渗液, 于右下颌下角偏下2 cm处可触及一约2 cm×3 cm肿块, 质硬, 压痛, 不可推动, 无波动感。心肺未见异常, 血常规正常; 颈部彩超示双侧锁骨上窝探及多发性实质性团块(考虑淋巴结), 双侧颈部探及多个淋巴结, 右颈部软组织增厚(考虑淋巴水肿)。服<sup>131</sup>碘7 d后全身ECT显像示: 甲状腺癌术后<sup>131</sup>碘治疗甲状腺完全去势, 右侧颈部淋巴结及双侧锁骨上窝淋巴结转移。耳鼻喉科会诊认为: 排除急性涎腺炎及感染性颈淋巴结炎可能。经抗炎、地塞米松(10 mg/d)静脉滴注3 d后, 右颈部肿胀及疼痛均完全消失。

## 2 讨论

分化型甲状腺癌是一种常见的内分泌肿瘤, 约占全部恶性肿瘤1%<sup>[1]</sup>, 而<sup>131</sup>碘是处理手术后的分化型甲状腺癌常规手段之一。但大剂量<sup>131</sup>碘照射亦有一定的副反应发生, 颈部软组织肿胀即为其中的一种。颈部肿胀以无痛性肿胀为特征, 多发生于服<sup>131</sup>碘后24~48 h内, 一般持续3~4 d, 至多1 W消失, 且多见于残余甲状腺组织较多的患者, 系辐射引起甲状腺炎或邻近组织过敏反应所致<sup>[2]</sup>。该例患者经手术及2次<sup>131</sup>碘治疗后甲状腺组织已完全清除(触诊、B超及ECT均未发现甲状腺床区有残留组织), 服<sup>131</sup>碘8 d后方出现颈部肿胀实属罕见。因患者无发热、血常规正常、未发现感染源, 故可排除感染性淋巴结炎可能。我们分析头颈部的淋巴经淋巴管流过颈部各区淋巴结, 由左右头颈干收集后注入双侧静脉角<sup>[3]</sup>。该例全身ECT结果显示右颈部、双侧锁骨上窝淋巴结显影, 左侧颈部淋巴结未见显影, 提示甲状腺癌细胞转移至右颈部淋巴结要多于左侧。而<sup>131</sup>碘内照射治疗具有一定靶向性<sup>[4]</sup>, 故而渗入颈部组织间液的<sup>131</sup>碘多经右侧淋巴管缓慢定向流往右侧颈淋巴结, 右侧淋巴接受到同位素产生的射线发生过敏反应; 这次治疗<sup>131</sup>碘剂量虽远大于前两次, 但摄<sup>131</sup>碘率较前下降, 又加用了醋酸泼尼松片, 从而延缓与减轻了辐射反应。综合多种因素导致了异于寻常的右侧颈部放射性淋巴结炎延迟发生。该症病情与<sup>131</sup>碘剂量、年龄、摄<sup>131</sup>碘率高低、残留甲状腺组织多少有关, 但大多病情较轻。该症的处理无特殊, 经抗炎及皮质类固醇激素等常规抗辐射