

[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 ·

¹³¹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; ¹³¹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¹³¹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¹³¹碘 150 mCi 治疗, 同时服用醋酸泼尼松片(30 mg/d)。服¹³¹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¹³¹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¹³¹碘 7 d 后全身 ECT 显像示: 甲状腺癌术后¹³¹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%^[1], 而¹³¹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¹³¹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¹³¹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^[2]。该例患者经手术及 2 次¹³¹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¹³¹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^[3]。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¹³¹碘内照射治疗具有一定靶向性^[4], 故而渗入颈部组织间液的¹³¹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¹³¹碘剂量虽远大于前两次, 但摄¹³¹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¹³¹碘剂量、年龄、摄¹³¹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

反应处理后均能明显缓解。通过该病例,作者认为:必须意识到大剂量¹³¹碘治疗所可能产生的毒副反应,务必谨慎观察,观察期建议至少2周;必须熟练掌握大剂量¹³¹碘治疗产生的各种副反应特点及处理措施,以灵活处理各种急性、迟发性反应;对颈部肿胀之类副反应要有更远的预见,要积极预防如喉头水肿等后期急危症。

参考文献

1 吴在德,吴肇汉. 外科学[M]. 第7版. 北京. 人民卫生出版社,

2008:296.

2 潘中允. 放射性核素治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:184.
3 柏树令. 系统解剖学[M]. 第7版. 北京. 人民卫生出版社,2008:247.
4 易济民,曾理,莫逸. 大剂量¹³¹碘治疗分化型甲状腺癌的临床观察[J]. 肿瘤基础与临床,2008,21(3):240-241.

[收稿日期 2009-11-02][本文编辑 黄晓红 韦颖(见习)]

B超诊断宫内节育合并异位妊娠4例报告

· 病例报告 ·

黄宁

作者单位: 537200 广西,桂平市妇幼保健院

作者简介: 黄宁(1975-)女,大学本科,主治医师,研究方向:妊娠超声诊断。E-mail:ningxing9876@163.com

[摘要] 目的 探讨超声诊断宫内节育器合并异位妊娠的应用诊断价值。方法 采用日本阿洛卡 SSD-3500,SSD-4000 型超声仪器,探头频率 3.5 MHz,对腹部常规扫查,重点观察腹部情况。结果 4 例妇科疾病异位妊娠患者超声检查与手术和病理诊断结果比较其中异位诊断符合率为 100%。结论 对妇科腹痛的患者应用超声检查其操作简单、价廉、实用,诊断符合率高,能为临床诊断和治疗提供可靠的客观依据。

[关键词] 妇产科急腹痛; 异位妊娠; 超声诊断

[中图分类号] R 445.1 **[文章编号]** 1674-3806(2010)03-0280-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.03.31

对我院 2006-02~2008-06,以右下腹痛为主要症状的妊娠腹痛患者 38 例,其中 B 超诊断为“宫内节育合并异位妊娠”4 例,报告如下。

1 病例介绍

例1 张×,女性,34岁,放置IUD已4年,于2008-03-23因停经2个月,阴道流血10d,下腹痛7d,曾到某医院作B超检查,结果提示“宫内可见节育环”,但未提示其他疾病;后因症状加重于4月6日再来我院再次作B超检查,B超所见:子宫大小正常,宫内无妊娠囊,有节育环回声,位置偏低,于子宫右侧可见一个直径2.7cm的圆形无回声暗区,轮廓清晰,内有胎芽及胎心搏动,子宫直肠窝、子宫周围和上腹部均可见液性暗区,探查肝脾均未见异常声图。B超提示(1)IUD合并异位妊娠(胚胎组织存活);(2)腹腔积血。后立即行剖腹探查术,术中见腹腔积血约1600ml,右侧输卵管壶腹部粗大,有裂口及血块,腹腔取出完整的胚胎组织,其羊膜囊完整,胎儿头、体清晰可辨,病理诊断:输卵管妊娠破裂出血。

例2 朱×,女性,33岁,放置IUD已1年余,因停经40d,阴道流血2d,腹痛1d就诊,B超所见:宫颈略大于正常,宫内无妊娠囊,有节育环回声,环下端距宫颈口1.0cm,于子宫左侧可见1个直径1.3cm圆形无回声暗区,轮廓较清晰,子宫直肠窝未见明显液性暗区,B超提示IUD合并异位妊

娠,因保守治疗无效于B超检查第二天行剖腹探查术,术中见子宫略大,腹腔积血约800ml,左侧输卵管增粗,以壶腹部明显有一个米粒大裂口,有陈旧性血块附着,病理诊断,输卵管妊娠。

例3 李×,26岁,2007-02-01入院,停经46d,末次月经2007-04-06,阴道流血4d,伴下腹痛1d,患者停经36d后有恶心、呕吐,2007-03-08尿妊娠试验阳性,全身检查无阳性体征,盆腔检查子宫略大外,别无特殊,疑诊先兆流产,异位妊娠待排除。B超见子宫水平位、宫体55mm×63mm×30mm大小,宫内光点不均匀,未见妊娠囊回声,见宫内节育环回声,右侧附件区见有13mm×13mm×12mm之液性暗区,暗区周围光环明显,未见胎心搏动,结合病史,提示异位妊娠。行阴道后穹窿穿刺术,抽出3ml不凝血液,立即行剖腹探查术,术中见子宫正常大,右侧输卵管增粗为50mm×15mm×16mm,表面充血,但与周围组织无粘连,未见破裂口,腹腔积血约200ml,左侧附件及右侧卵巢未见异常,行右侧输卵管切除术,标本病理检查证实为右侧输卵管妊娠。

例4 陈×,38岁,2008-03-05入院,末次月经2008-04-12,4月3日开始阴道少量流血,近3d伴有高热,结婚18年,足月产1次,人工流产2次,末次于2008年上节育环,平时月经规则,量中等,全身检查无特殊表现。妇科检查:宫颈