

- 7 周颖,汪燕,李佳宁,等. 宫颈内口-子宫下段压迫缝合术用于凶险性前置胎盘伴胎盘植入术中止血的疗效评估[J]. 实用妇产科杂志,2017,33(1):69-71.
- 8 刘梅毅,司越,李广太. 子宫压迫缝合术联合子宫动脉上行支结扎术在预防前置胎盘并发产后出血中的应用[J]. 中国妇幼保健,2018,33(3):685-687.
- 9 张学伟. 子宫下段横形环状压迫缝合术治疗前置胎盘剖宫产后出血的疗效分析[J]. 中国现代医药杂志,2018,20(1):56-58.
- 10 孟珍妮,全思洁,黄一颖,等. Bakri 球囊填塞与子宫压迫缝合术治疗中央性前置胎盘产后出血的疗效评价[J]. 国际妇产科学杂志,2017,44(6):629-632.
- 11 陈明芳,余红,李蕾. 子宫下段横形环状压迫缝合术治疗中央性前置胎盘剖宫产后出血的临床效果[J]. 临床医学研究与实践,2017,2(33):133-134.
- 12 任秀云. 子宫下段多方位螺旋式缝合成形术止血在凶险性前置胎盘手术中的应用[J]. 中国妇幼保健,2017,32(17):4289-4291.
- 13 周森. 背带式子宫缝合联合水囊压迫治疗剖宫产中难治性产后出血的疗效观察[J]. 中国妇幼保健,2017,32(17):4302-4304.
- 14 奚杰,姜丽,洪喜萍,等. 改良 Hwu 缝合术联合缩宫素治疗前置胎盘剖宫产术中出血的效果[J]. 中国妇幼保健,2017,32(16):3951-3953.
- 15 陈运山,赵扬玉,王妍,等. 子宫下段前后缩窄加血管纵横阻断缝合技术在前置胎盘合并重型植入手术中的应用[J]. 中国微创外科杂志,2017,17(9):794-797.
- 16 王志坚,曹艳文,孟凡良,等. 子宫前壁切除及修补术治疗凶险性前置胎盘并胎盘植入疗效研究[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2017,33(9):970-974.

[收稿日期 2018-11-14][本文编辑 韦所苏 刘京虹]

钼靶所示钙化灶经彩超麦默通活检 确诊异时性双侧乳腺癌一例

· 病例报告 ·

李浩, 田申, 孔令泉, 厉红元, 吴凯南

作者单位: 400016 重庆,重庆医科大学附属第一医院内分泌乳腺外科

作者简介: 李浩(1996-),男,在读研究生,研究方向:乳腺癌基础与临床研究. E-mail:lrgnyygm@163.com

通讯作者: 孔令泉(1973-),男,医学博士,教授,研究方向:乳腺肿瘤内分泌代谢病学研究. E-mail:huihuikp@163.com

[关键词] 乳腺癌; 乳腺钙化灶

[中图分类号] R 737.9 [文章编号] 1674-3806(2019)12-1338-03

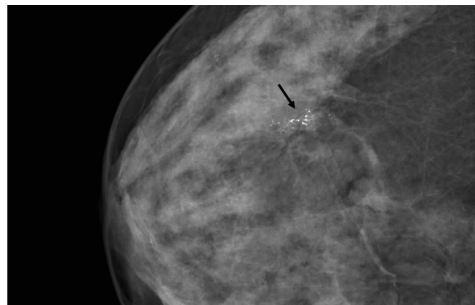
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2019.12.21

1 病例介绍

患者,女,55岁,因“左乳腺癌保乳术后9年,右乳腺钙化灶5月”入院。9年前患者因左乳块入院确诊为左乳腺癌,行左乳腺癌保乳术,术后病检示左乳浸润性癌,非特殊类型;免疫组化:雌激素受体(ER)(+),孕激素受体(PR)(+),人表皮生长因子受体2(HER2)(+),腋窝淋巴结未见癌转移。患者术后恢复可,术后行TEC方案化疗6个疗程。化疗结束后放疗,并口服他莫昔芬(10 mg,2次/d)内分泌治疗5年,门诊随访。5个月前,患者门诊随访时经钼靶发现右乳外上成簇状小钙化(见图1),BI-RADS分类为4A类。入院行彩超检查示右乳腺7点钟方向囊性占位性病变,大小约为6 mm×4 mm,BI-RADS分类为2类。拟行经钼靶麦默通钙化灶切除活检,但因钼靶麦默通及导丝定位系统故障而出院随访。5个月后再次复

查钼靶示右乳外上多枚成簇状小钙化,与5个月前钼靶片比较似有所增加,故再次入院。查体:双乳对称,未扪及明显包块,双侧腋下、锁骨上下未扪及肿大淋巴结。结合钼靶所示钙化灶方位,再次复查彩超定位钙化灶示右乳腺7点钟方向囊肿,大小约为7 mm×3 mm,BI-RADS分类为2类;右乳外上10点钟方向,距乳头约2.5 mm,探及一异常回声,约5 mm×4 mm,边界清、形态尚规则,以低回声为主,回声不均质,内可见较多点状强回声,彩色多普勒血流成像见其内星点状血流信号;BI-RADS分类为4A类。因钼靶麦默通故障,与患者沟通后改行经彩超麦默通钙化灶切除活检。经彩超麦默通钙化灶切除乳腺组织,标本送检钼靶摄片示多枚细小钙化灶(见图2)。术后病检:右乳浸润性癌,非特殊类型。免疫组化:ER 90%(+),PR 10%(+),HER2(1+),Ki67 15%(+),

P53 3% (+)。全身检查未见明显异常。完善相关检查及术前准备后行右乳单纯乳房切除术 + 右腋窝前哨淋巴结活检术,术中前哨淋巴结活检示 0/3。患者术后恢复可,行术后 TC 方案化疗 6 个疗程。化疗结束后口服阿那曲唑(1 mg, 1 次/d)内分泌治疗,乳腺外科门诊定期随访。



右乳外上方呈簇状分布微小钙化灶

图1 右乳腺钼靶摄片所见

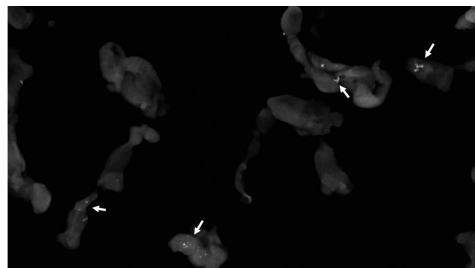


图2 超声引导下钙化灶麦默通切除标本送检钼靶摄片所见

2 讨论

2.1 本报道为 1 例乳腺钼靶钙化灶患者,经超声再评估成功定位钙化灶后,行超声引导下钙化灶麦默通切除活检术确诊乳腺浸润性癌。钙化灶是乳腺钼靶检查中的常见征象,对提示乳腺的良恶性病变有着重要意义,可根据其位置、大小、形状、数量、分布模式、密度等影像学特征来评估钙化灶的恶性可能性^[1]。美国放射学会根据风险将其分类, BI-RADS 分类 4 类及以上的钙化灶可推荐行组织学活检^[2]。随着近年超声设备精确性的提高与高频彩超的运用,许多乳腺钙化灶能被超声检出,尤其对于伴随乳腺肿块或其他征象出现的钙化灶,更易被发现。此外,超声对乳腺恶性钙化灶的检出率显著高于良性^[3]。亚洲女性乳房偏小,平卧位时腺体层较浅,超声的适用性增强。

2.2 针对可疑钙化灶(BI-RADS ≥ 4 类)的活检,目前使用的方式包括钼靶立体定位下空心针穿刺(SCNB)、钼靶导丝定位下手术切除活检术(SNLB)和钼靶立体定位真空辅助旋切活检术(SVAB)。经钼靶定位无法采用平卧位,需要较长时间的乳房夹持,操作时

间较长,患者心理压力较大。空心针穿刺活检对于钙化灶的应用较局限,因为它有较高的失败率与假阴性;导丝定位后开放性手术切除,患者需要接受全麻,切除组织较多、创伤较大。采用钼靶立体定位真空辅助旋切活检成功率较高,目前被广泛接受,但患者体位选择只包括立位或者俯卧位,由于旋切针角度限制,乳房过小、病灶靠近胸壁、病灶表浅或位于腋窝者皆不适宜此方式,且患者需要多次暴露于射线,增加辐射相关损伤风险。鉴于钼靶定位下活检存在以上缺点,有亚洲学者曾提出对于超声下可见的钼靶所示钙化,可采用超声定位引导下真空辅助旋切术(US-VAB)进行活检^[4,5]。超声引导下旋切钙化组织后,将标本送检钼靶摄片,以确保取材准确。相对于钼靶定位,此方法操作时更方便灵活,旋切针角度广泛,可平行于胸壁进针,贴近胸壁或表浅的钙化灶皆适用。且由于超声实时观察的特性,对病灶的定位更准确、切除更完全,可在对正常乳腺组织破坏较小的情况下取出更多目标组织,降低漏诊率与病变低估率。超声引导下麦默通旋切活检操作时间短,出血量较钼靶定位下活检减少,患者舒适度更高,心理压力较小,更易接受。

2.3 超声引导下麦默通旋切的关键在于超声发现钙化灶,如本病例所示,超声检查结果受超声医师主观因素影响较大,对于初次超声检查未能发现的钙化灶,可结合钼靶所示方位,由经验丰富的超声医师对该范围进行重新细致的超声扫描,或能发现并定位钙化灶。在国内,钼靶定位床仪器较昂贵,大量基层医院以及部分综合医院缺少仪器,针对钼靶钙化灶的活检术无法开展。本病例为钼靶钙化灶超声再评估可见的患者提供新的、高可行性的活检思路作出了提示。本例患者左乳保乳术后 9 年,经超声麦默通切除活检确诊右乳浸润性癌,结合患者意愿行右乳癌单纯乳房切除 + 前哨淋巴结活检 + 术中冰冻,前哨淋巴结未见癌转移,遂免去了右侧腋窝淋巴结清扫。患者若选择钼靶导丝定位下开放手术切除活检,则因无法行前哨淋巴结活检而失去免除腋窝清扫的机会。

综上所述,超声引导下真空辅助钙化灶麦默通旋切活检术是一种更加有效、方便灵活、可应用性较高的钙化灶活检方式。对于钼靶钙化灶患者,可依据钼靶所示钙化灶方位再复核超声以定位可见钙化灶,此新思路有较强借鉴性与可推广性,但仍有待进一步的研究及评估。

参考文献

1 Baldwin P. Breast calcification imaging[J]. Radiol Technol, 2013, 84(4):383M-408M.

2 Sickles EA, D' Ori CJ, Bassett LW, et al. ACR BI-RADS® Atlas, Breast imaging reporting and data system[M]. Reston, VA: American College of Radiology, 2013:39-48.

3 胡薇, 巩顺. 超声引导下乳腺钙化灶的检查及诊断现状[J].

第二军医大学学报, 2012, 33(8):900-902.

4 胡薇, 施俊义, 巩顺, 等. 超声引导麦默通对乳腺钙化灶的临床诊治[J]. 第二军医大学学报, 2012, 33(3):336-338.

5 Bae S, Yoon JH, Moon HJ, et al. Breast Microcalcifications: Diagnostic Outcomes According to Image-Guided Biopsy Method[J]. Korean J Radiol, 2015, 16(5):996-1005.

[收稿日期 2018-11-02][本文编辑 刘京虹 潘洪平]

表现为脑炎的 Balo 病一例

· 病例报告 ·

滕静妮, 滕晓茗, 吴明慧

作者单位: 530002 南宁, 广西壮族自治区人民医院邕武医院精神科(滕静妮), 星湖门诊部内科(滕晓茗, 吴明慧)

作者简介: 滕静妮(1980-), 女, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 精神异常疾病的诊治。E-mail:237016032@qq.com

通讯作者: 滕晓茗(1963-), 女, 大学本科, 医学学士, 主任医师, 研究方向: 脱髓鞘疾病的诊治。E-mail:tengwu@sohu.com

[关键词] 脑炎; Balo 病; 诊断

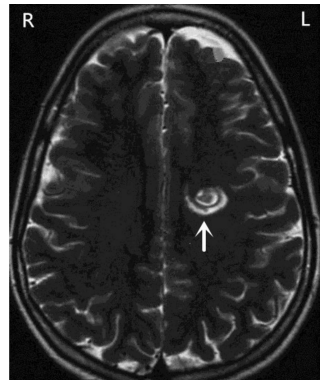
[中图分类号] R 744.5 [文章编号] 1674-3806(2019)12-1340-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2019.12.22

1 病例介绍

患者, 女, 40 岁, 小学老师, 因“精神异常 20 多天, 右侧肢体无力 5 d, 发烧 1 d”入院。患者入院前 20 多天出现头晕、恶心、纳差、言语不流利、发呆、不爱说话、性格改变等状况。之后逐渐发展为不言不语、不吃饭。入院前 5 d 出现流鼻涕、打喷嚏, 右侧肢体无力。在门诊拟诊为“上感”、“瘧病”, 给予抗感冒药及针灸治疗未见好转。入院前 1 d 出现发烧、意识模糊。既往史: 性情急躁, 平常易感冒。家族史无特殊。入院查体: 体温 37.5℃, 呼吸 22 次/min, 脉搏 92 次/min, 血压 140/100 mmHg, 一般情况差, 发育正常, 头颅无畸形, 双肺呼吸音粗, 有痰鸣音, 心律齐, 未闻杂音, 腹部未见异常。神经系统检查: 神志呈浅昏迷, 双侧瞳孔等大等圆, 对光反射存在, 双眼向左侧凝视, 压眶面纹对侧, 右上肢肌力 0 级, 右下肢肌力 2~3 级, 右侧 Babinski、Chaddock 和 Hoffmann 征均阳性, 双侧掌颞反射阳性。入院第 2 天行脑电图检查, 提示广泛中高波幅慢波, 以左侧额、颞叶明显。脑穿检查, 脑压正常, 脑脊液常规正常, 生化除蛋白 0.46 g/L 外, 氯化物及葡萄糖均正常。入院第 3 天行脑血管造影未见异常。考虑为“单纯疱疹性脑炎”, 给予阿昔洛韦、地塞米松及营养神经等治疗。入院后第 5 天起出现高热, 体温 39~40.9℃,

经用退热药、物理降温等处理仍持续不退。入院第 6 天查头颅 MRI 见右侧颞叶白质内有一个呈树年轮样改变的圆形病灶(见图 1), 考虑为“Balo 病”, 停用阿昔洛韦和地塞米松, 改为甲泼尼松龙治疗。入院后第 7 天出现黑便, 大便隐血(++), 昏迷加深。入院第 8 天仍高烧, 血压下降、心跳停止而死亡。死亡后经尸解诊断: Balo 病、支气管肺炎、胃黏膜出血。



头 MRI 扫描 T2 加权像显示在左顶白质内洋葱头样黑白相间类圆形病灶, 高信号环为脱髓鞘区, 等信号为正常髓鞘区。

图 1 Balo 病的 MRI 影像所见

2 讨论

2.1 患者最初表现为精神异常、少语、发呆、糊涂等, 双侧掌颞反射阳性, 之后出现双眼向左侧凝视、右侧肢体无力、右侧锥体束征阳性。脑电图高波幅