

暴露几率;(5)患者的转运由参与手术的医务人员完成,并实行三级防护;(6)患者全程佩戴一次性外科口罩,按预定转运路线转运,转运途中尽量避免与其他人员接触;(7)切除的阑尾标本置入双层密封标本袋,标识“新冠”警示由专职人员送病检<sup>[7,8]</sup>。患者术后转至我院专门收治 COVID-19 重症患者的 ICU 继续治疗。患者术后恢复良好,无严重并发症。术后手术间内及转运患者所经区域所有物表、地面使用 1 000 mg/L 含氯消毒液均匀喷洒并进行紫外线消毒。医疗废物弃置于双层医疗废物包装袋内,严禁挤压,采用鹅颈结式封口,分层封扎,并做好“新冠”标识,离开手术间前在包装袋表面外面加套一层医疗废物包装袋,并用含氯消毒液喷洒消毒<sup>[9,10]</sup>。所有参与手术医护人员进行 14 d 的隔离观察,均无感染。

参考文献

1 汪 锴,康嗣如,田荣华,等. 新型冠状病毒肺炎胸部 CT 影像学特征分析[J]. 中国临床医学,2020,27(1):27-31.  
 2 刘常宇,蔡奕欣,郝志鹏,等. 表现为磨玻璃影的新型冠状病毒肺炎和早期肺肿瘤的 CT 影像学对比研究[J]. 中国胸心血管外科临床杂志,2020,27(4):376-380.

3 靳英辉,蔡 林,程真顺,等. 新型冠状病毒(2019-nCoV)感染的肺炎诊疗快速建议指南(标准版)[J]. 解放军医学杂志,2020,45(1):1-20.  
 4 陈亚丽,张淑利,张增梅,等. 新型冠状病毒肺炎患者急诊手术室管理策略与建议[J]. 西安交通大学学报(医学版),2020,41(2):447-450.  
 5 黄刘文. 新型冠状病毒肺炎疫情下实施普通外科手术的思考和和建议[J]. 中国普通外科杂志,2020,29(2):127-130.  
 6 Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia[J]. N Engl J Med, 2020,382(13):1199-1207.  
 7 林文金,欧阳秋怡,陈小俊,等. 新型冠状病毒肺炎疫情期间急诊手术应急护理管理[J]. 全科护理,2020,18(7):815-817.  
 8 于吉梅,许珏凤. 新型冠状病毒肺炎疫情期间手术室应急管理策略[J]. 上海护理,2020,20(3):26-29.  
 9 李新营,王 琦,何跃明,等. 新型冠状病毒肺炎患者围手术期处理及防护的认识与思考[J]. 中国普通外科杂志,2020,29(2):142-146.  
 10 李六亿,吴安华. 新型冠状病毒肺炎医院感染防控常见困惑探讨[J]. 中国感染控制杂志,2020,19(2):105-108.

[收稿日期 2020-03-16][ 本文编辑 韦所芬 刘京虹]

本文引用格式

芮清峰,孙振阳,刘允乐,等. 新型冠状病毒肺炎并发急性阑尾炎一例的手术治疗与围手术期管理[J]. 中国临床新医学,2020,13(8):818-820.

# 直肠癌伴卵巢甲状腺乳头状癌一例并文献复习

· 病例报告 ·

莫翔钧, 姚思扬, 黎 海, 刘天奇

基金项目: 广西医疗卫生适宜技术开发与推广应用项目(编号:S2017083)

作者单位: 537200 广西,桂平市中医院外一科(莫翔钧,黎 海); 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院肝胆胰腺乳腺甲状腺外科(姚思扬,刘天奇)

作者简介: 莫翔钧(1983-),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:普通外科疾病诊治。E-mail:89366800@qq.com

通讯作者: 刘天奇(1966-),男,医学博士,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:肝胆胰外科疾病的基础与临床研究。E-mail:ljrq@126.com

[关键词] 甲状腺肿瘤; 乳头状癌; 直肠肿瘤

[中图分类号] R 736.1 [文章编号] 1674-3806(2020)08-0820-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2020.08.21

卵巢甲状腺癌(thyroid carcinoma arising in struma ovarii,TCASO)较为罕见,以经典型乳头状癌为最多,约占40%<sup>[1,2]</sup>,其次为滤泡癌。目前国内对卵巢甲状腺乳头状癌仅见个案报道,而直肠癌同时伴有卵巢甲状腺乳头状癌未见相关文献报道。我科收治了1例直肠癌伴卵巢甲状腺乳头状癌的患者,结合文献,现总结报道如下。

## 1 病例介绍

患者,女,81岁,因“反复解血便半年余”于2019-04-29入院。既往史:高血压病多年,血压控制不详;20多年前有“脑出血”病史,病后下肢活动不便,否认甲状腺及妇产科疾病史。查体:气管居中,甲状腺无肿大,未触及明显结节。腹部软,无压痛、反跳痛,全腹部未触及明显肿块。直肠指检:距肛门约7cm可

触及环状生长肿物,可容指尖通过,退出后可见指套血染。辅助检查:癌胚抗原(carcinoembryonic antigen, CEA)31.12 ng/ml,其余血常规、血生化及肿瘤标志物均无明显异常。胸部、全腹部、盆腔CT平扫+增强:直肠肿块,考虑直肠癌;右侧附件区见不规则软组织密度肿块,大小约5.3 cm×3.5 cm,其内见斑片状钙化灶,增强扫描病灶未见明显强化,边界清楚,周围见片状积液;所扫描层面甲状腺左叶见大小约2.2 cm×2.0 cm混合密度灶,边缘见环状钙化灶,增强扫描见轻度强化,考虑甲状腺左叶腺瘤(见图1)。术前诊断:直肠癌。全身麻醉下行直肠癌根治术+右侧卵巢切除术+结肠造瘘术。术中所见:右侧卵巢与直肠肿瘤粘连,可触及大小约5.0 cm×3.0 cm质硬肿块,与周围其他组织无明显粘连。术后病理检查:长约9 cm肠管一段,黏膜见一溃疡型肿物,大小约4.0 cm×2.5 cm×1.8 cm,切面灰白,实性,质硬,浸润肠壁全层,镜下见肠壁异型上皮细胞呈筛状排列,浸润肠壁全层至肠周脂肪组织;可见坏死、脉管及神经侵犯,考虑直肠中分化腺癌(见图2),溃疡型;卵巢灰红色肿物一个,大小约4.0 cm×4.5 cm×3.2 cm,切面灰红,质中,局部质硬,卵巢囊壁可见甲状腺组织呈结节状增生,局部伴钙化,小灶见甲状腺呈乳头状增生,细胞毛玻璃样,可见核沟,考虑卵巢甲状腺肿,局部伴钙化,小灶见甲状腺乳头状微小癌,直径约0.2 cm(见图3)。患者术后随访2个月,未见肿瘤复发。

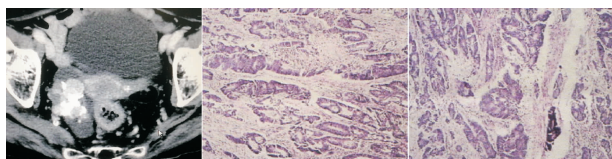


图1 右侧卵巢增强CT图像

图2 直肠中分化腺癌病理照片(HE×100)

图3 卵巢甲状腺乳头状癌病理照片(HE×100)

## 2 讨论

**2.1 TCASO的诊断与鉴别诊断** 卵巢甲状腺肿可分为单纯性甲状腺肿、混合性甲状腺肿和恶性甲状腺肿(部分肿瘤恶变为甲状腺乳头状癌或滤泡状癌),其中恶性甲状腺肿占卵巢甲状腺肿的0.3%~5%,占卵巢肿瘤的0.01%<sup>[3]</sup>。TCASO临床症状及术前辅助检查缺乏特异性,明确诊断主要依靠病理。大多数患者术前症状表现为下腹部疼痛或月经不规律,只有5%~8%的患者出现甲亢症状<sup>[4-6]</sup>。肿瘤标志物及影像学表现均无特异性,若MRI检查提示肿块内出现结节或乳头状突起,或间隔或囊壁增厚>

3 mm,应考虑恶性的可能<sup>[7,8]</sup>。免疫组化检查有助于该病的诊断,其中CD56在甲状腺乳头状癌中联合CK19、HMBE-1诊断敏感度能达到95.6%<sup>[9]</sup>。TCASO的病理学诊断采用原发甲状腺癌的诊断标准。拥挤的毛玻璃样核、核沟、乳头状结构、核内包涵体是经典乳头状癌的主要形态学特征,有时候砂砾体的出现也高度可疑为乳头状癌<sup>[10]</sup>。卵巢甲状腺乳头状癌主要与以下肿瘤进行鉴别:(1)卵巢甲状腺类癌。此为神经内分泌肿瘤,细胞核无甲状腺乳头状癌的细胞核特征,呈梁状排列、缎带样及实性岛状结构,且以梁状结构为主,类癌细胞与甲状腺滤泡上皮之间有过渡现象。免疫组化类癌细胞CgA和Syn阳性。(2)良性卵巢甲状腺肿。滤泡上皮与正常甲状腺滤泡上皮形态一致,滤泡大小一致,细胞无异型性。(3)转移性TCASO。肿瘤中无畸胎瘤的成分,且甲状腺无明显肿物,即可诊断为TCASO。

**2.2 TCASO的治疗与预后** TCASO预后较好,但有远期复发和转移的风险。Salman等<sup>[4]</sup>报道,TCASO平均复发时间为4年,复发率为15%。目前TCASO尚无统一的治疗方案。治疗方法以手术切除为主,年轻育龄女性推荐行单侧输卵管、卵巢切除术;绝经后女性推荐行经腹全子宫和双侧输卵管、卵巢切除术<sup>[5]</sup>。

总之,TCASO预后较好,发病率较低,其中直肠癌伴TCASO较为罕见,治疗以手术切除为主,辅以适当的放、化疗。临床表现、影像学检查、镜下形态及免疫组化等检查有助于本病诊断,但并无特异性,确诊最终需依靠病理学证据。

## 参考文献

- Roth LM, Talerma A. The enigma of struma ovarii[J]. Pathology, 2007,39(1):139-146.
- Makani S, Kim W, Gaba AR. Struma ovarii with a focus of papillary thyroid cancer; a case report and review of the literature[J]. Gynecol Oncol, 2004,94(3):835-839.
- Hatami M, Breining D, Owers RL, et al. Malignant struma ovarii: a case report and review of the literature[J]. Gynecol Obstet Invest, 2008,65(2):104-107.
- Salman WD, Singh M, Twaij Z. A case of papillary thyroid carcinoma in struma ovarii and review of the literature[J]. Patholog Res Int, 2010,2010:352476.
- Janszen EW, van Doorn HC, Ewing PC, et al. Malignant struma ovarii: good response after thyroidectomy and I ablation therapy[J]. Clin Med Oncol, 2008,2:147-152.
- Tomee JF, van der Heijden PF, van den Hout JH, et al. Papillary carcinoma in struma ovarii: an unusual presentation[J]. Neth J Med, 2008,66(6):248-251.
- Imaoka I, Wada A, Kaji Y, et al. Developing an MR imaging strategy

for diagnosis of ovarian masses [J]. Radiographics, 2006, 26 (5): 1431 - 1448.

8 Kido A, Togashi K, Konishi I, et al. Dermoid cysts of the ovary with malignant transformation; MR appearance [J]. AJR Am J Roentgenol, 1999, 172(2): 445 - 449.

9 Nechifor-Boila A, Borda A, Sassolas G, et al. Immunohistochemical markers in the diagnosis of papillary thyroid carcinomas; the promising role of combined immunostaining using HBME-1 and CD56 [J].

Pathol Res Pract, 2013, 209(9): 585 - 592.

10 Roth LM, Talerma A. The enigma of struma ovarii [J]. Pathology, 2007, 39(1): 139 - 146.

[收稿日期 2019 - 10 - 17] [本文编辑 刘京虹 韦颖]

**本文引用格式**  
莫翔钧, 姚思扬, 黎海, 等. 直肠癌伴卵巢甲状腺乳头状癌一例并文献复习 [J]. 中国临床新医学, 2020, 13(8): 820 - 822.

# ICU 综合替代支持治疗妊娠期急性脂肪肝 · 病例报告 · 合并 MODS 患者一例

宋三兵, 李 勋, 王 俊, 孔 伟, 奚 峰, 赵 峰

作者单位: 225400 江苏, 泰兴市人民医院重症医学科  
 作者简介: 宋三兵 (1988 -), 女, 医学硕士, 住院医师, 研究方向: 急危重症的诊治。E-mail: 869238035@qq.com  
 通讯作者: 李 勋 (1977 -), 男, 医学学士, 主任医师, 研究方向: 重症医学专业疑难危重疾病的救治。E-mail: lxxn909@163.com

**[关键词]** 妊娠期急性脂肪肝; 多脏器功能障碍综合征; 连续肾脏替代治疗; 新鲜全血; 重组活化人凝血因子 VIIa

**[中图分类号]** R 714. 2; R 575. 5 **[文章编号]** 1674 - 3806(2020)08 - 0822 - 03  
**doi:** 10. 3969/j. issn. 1674 - 3806. 2020. 08. 22

## 1 病例介绍

患者, 29 岁, 初产妇, 因“停经 35 周, 耻骨联合处疼痛伴腹胀 1 周”于 2016-12-04 8:00 收入我院产科。1 周前患者自觉耻骨联合处疼痛, 渐加重, 不能行走, 伴上腹部饱胀、食欲不振; 因双侧输卵管堵塞不孕行试管婴儿, 末次月经 2016-04-02, 2016-04-19 植入胚胎。产前体检 B 超提示双胞胎, 甘油三酯、总胆固醇偏高。入院查体: 体温 36.9℃, 脉搏 82 次/min, 呼吸 18 次/min, 血压 106/72 mmHg。神志清, 面部及双手皮肤轻微黄染, 双下肢轻度水肿。产科检查: 宫高 39 cm, 腹围 102 cm, 胎膜未破, 宫颈质软、前位、长 0.5 cm, 扩张 1 指; 骨盆测量: 髂前上棘间径 24 cm, 髂嵴间径 26 cm, 骶耻外径 20 cm, 坐骨结节间径 9 cm; 耻骨联合处压痛。辅助检查: B 超示双胞胎, 甲胎头位, 乙胎臀位, 胎心音正常。治疗经过: 于 11:00 发现乙胎胎心音消失, 立即行剖宫产, 术中发现羊水黄染, 乙胎无呼吸心跳, 甲胎缺氧; 检验科电话回报血糖危急值 (1.83 mmol/L), 肝肾功、凝血、血常规多个指标异常。手术过程顺利, 术后予沙袋压迫腹部。术后 40 min 阴道流血 300 ml, 伤口活动性渗血, 再次至手术室予宫腔水囊压迫止血, 后穹隆纱布填塞,

同时输血, 考虑妊娠期急性脂肪肝 (acute fatty liver of pregnancy, AFLP), 转入重症医学科 (Intensive Care Unit, ICU)。患者迅速进展为多脏器功能障碍综合征 (multiple organ dysfunction syndrome, MODS)。考虑到病情复杂、治疗难度大, 第一时间成立多学科综合诊疗协作组 (multiple disciplinary team, MDT), 针对病理生理变化的不同阶段制定个体化方案: (1) 急性肝肾功能衰竭。在保肝、降酶、退黄、利胆的基础上, 行连续肾脏替代治疗 (continuous renal replacement therapy, CRRT)。(2) 难治性产后出血、弥漫性血管内凝血 (disseminated intravascular coagulation, DIC)。给予子宫缩剂、前列腺素, 先后经历剖宫产、剖腹探查、次全子宫切除、双侧髂内动脉结扎术等 6 次手术, 术中出血总量达 8 000 ml, 效果欠佳; 输注大量成分血: 悬浮红细胞共 102 U、灭活冰冻血浆 150 U、冷沉淀 60.5 U、新鲜血浆 52.75 U、血小板 160 U, 补充纤维蛋白原, 出血仍较凶猛, 每日约 8 000 ~ 10 000 ml; 改输注新鲜全血共 29 U, 同时补充重组活化人凝血因子 VIIa (recombinant human coagulation factor VIIa, rFVIIa), 12 h 后出血明显被控制。在 DIC 的不同阶段, 予以止血、抗凝、抗纤溶。(3) 急性呼吸窘迫综