

湘雅名医心得丛书

总主编 杨连粤

妇产科临床心得

主编 张怡



科学出版社

湘雅名医心得丛书

总主编 杨连粤

妇产科临床心得

主编 张 怡



NLIC 2970645379

科学出版社

北京

内 容 简 介

本书是《湘雅名医心得丛书》之一,以临床病例介绍、临床诊治心得的结构介绍了妇科临床心得、产科临床心得、生殖临床心得。本书对诊断治疗过程中的临床思维要点、经验教训进行了归纳总结,有助于临床医师掌握正确的临床思维方法。在写作内容上,本书简而不失详尽,包含了丰富的典型临床案例。

本书内容丰富、实用性强,可供妇产科医师参考阅读。

图书在版编目(CIP)数据

妇产科临床心得 / 张怡主编. —北京:科学出版社,2011.6

(湘雅名医心得丛书 / 杨连粤总主编)

ISBN 978-7-03-031213-6

I. 妇… II. 张… III. 妇产科病-诊疗 IV. R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 099787 号

责任编辑:向小峰 李 植 / 责任校对:朱光兰

责任印制:刘士平 / 封面设计:范璧合

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新蕾印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2011年6月第 一 版 开本:B5(720×1000)

2011年6月第一次印刷 印张:8 3/4

印数:1—2 000 字数:162 000

定价:49.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

《妇产科临床心得》编写人员

主 编 张 怡

副主编 曹兰琴 张卫社

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

曹兰琴 戴芙蓉 胡 蓉 李新国

李艳萍 李玉梅 刘冬娥 刘惠宁

刘能辉 刘 蓉 鲁 蓉 裴琛琳

彭国庆 谭红莲 唐艳辉 田 焱

王 前 吴佳捷 吴新华 伍招娣

姚若进 张 琼 张 怡 张 瑜

张卫社 张志凌 朱 欣 赵延华

前 言

临床医学知识的学习包括两部分,一部分从课堂、书本、文献等学习理论知识及其新的进展;另一部分是在临床工作实践中学习,并不断积累经验。一般的教科书对疾病的描述都是典型的临床特征和常规的临床处理,但临床实际工作中许多疾病存在明显的个体差异,同一疾病在不同的个体表现不一致,对治疗的反应也不一样,因此临床医生就需要在工作中不断地积累经验并学习其他人的经验。

由于个人的学识和经验是有限的,这就使临床工作中出现了一些误诊误治的现象。本书列举了在临床工作中所遇见的一些疑难的、误诊误治的疾病,希望通过对临床心得的介绍,扩大临床一线工作者的思路,提高他们的临床思维能力和疾病诊治能力,从而减少误诊误治。

编 者

2011年1月

目 录

第一章 妇科临床心得	(1)
1. 残角子宫误诊	(1)
2. 子宫内膜癌合并高血压、糖尿病术后并发血栓形成	(3)
3. 宫颈恶性黑色素瘤广泛转移	(5)
4. 颈管型宫颈癌误诊为内膜癌	(8)
5. 畸胎瘤合并盆腔脓肿	(10)
6. 卵巢畸胎瘤恶变	(12)
7. 腹壁持续性异位妊娠	(14)
8. 盆腔腹膜结核误诊为卵巢癌	(16)
9. 卵巢癌合并胸腹水	(17)
10. 卵巢癌漏诊	(19)
11. 宫颈血管瘤	(21)
12. 子宫肌瘤挖除术后发生子宫腺肌瘤	(22)
13. 子宫肌瘤挖除术后恶变	(24)
14. 输卵管碘油造影出现严重人工流产综合征反应	(25)
15. 宫外孕患者灌肠后破裂大出血	(27)
16. 盆腔结核合并卵巢癌误诊	(28)
17. 巨大多发子宫肌瘤	(30)
18. 阴道闭锁并盆腔脓肿	(31)
19. 阴道斜隔综合征	(33)
20. 外阴原始神经外胚层肿瘤	(35)
21. 盆腔结核	(37)
22. 上皮滋养细胞肿瘤	(38)
23. 宫角妊娠漏吸	(41)
24. 卵巢肿瘤剖腹探查手术损伤膀胱	(43)
25. 围绝经期综合征误诊为冠心病	(44)
26. 部分性葡萄胎	(46)
27. 侵蚀性葡萄胎	(47)
28. 绒毛膜癌	(49)
29. 子宫内膜异位症复发	(51)
30. 输尿管热损伤	(52)

31. 前庭大腺腺样囊性癌	(53)
32. 宫颈腺体囊肿	(54)
33. 宫颈横纹肌肉瘤	(56)
第二章 产科临床心得	(58)
34. 宫内及宫角同时妊娠破裂	(58)
35. 新生儿产伤性骨折	(60)
36. 胎膜早破误诊为羊水过少	(60)
37. 妊娠晚期上矢状窦血栓形成误诊为子痫	(62)
38. Wiskott-Aldrich 综合征引起反复羊水过多误诊为宫内感染	(64)
39. 产时胎儿窘迫	(66)
40. 子痫前期(重度)合并子宫肌瘤	(67)
41. 严重巨幼红细胞合并缺铁性贫血并妊娠	(68)
42. 妊娠合并子宫肌瘤	(70)
43. 剖宫产术后肺栓塞	(72)
44. 晚期妊娠凶险型胎盘前置状态并植入	(74)
45. 羊水过多	(76)
46. 妊娠并左下肢深静脉血栓形成	(78)
47. 妊娠合并系统性红斑狼疮	(79)
48. 产褥感染	(80)
49. 腹壁血肿	(82)
50. 剖宫产术后腹腔血肿	(84)
51. 子宫畸形并胎盘残留感染、晚期产后出血	(87)
52. 妊娠合并宫颈癌	(88)
53. 活跃期停滞	(91)
54. 妊娠合并孤肾积水	(92)
55. 妊娠合并肾上腺皮质腺瘤	(94)
56. 妊娠期肝内胆汁淤积症	(96)
57. 妊娠期急性脂肪肝	(98)
58. 妊娠合并甲状腺性心脏病	(99)
59. 妊娠足月分娩并发迟发性羊水栓塞	(101)
60. 孕 33 周残角子宫破裂	(103)
61. 纵隔子宫致早产	(105)
第三章 生殖临床心得	(107)
62. IVF-ET 中卵巢反应低下	(107)
63. 体外受精-胚胎移植(IVF-ET)后宫内外同时妊娠	(109)

64. 体外受精-胚胎移植(IVF-ET)后脑梗死	(112)
65. 体外受精-胚胎移植中胚胎污染	(114)
66. 宫腔粘连分离术后胚胎移植妊娠成功一例	(116)
67. 多囊卵巢综合征成功妊娠	(117)
68. 子宫腺肌病成功妊娠	(119)
69. 卵巢异位早期诊断	(121)
70. 误诊卵巢早衰	(123)
71. 男性不育症漏诊	(124)
72. 宫内宫外同时妊娠误诊	(125)
73. 卵巢功能减退性不孕	(127)

第一章 妇科临床心得

1. 残角子宫误诊

【病例介绍】

患者女性,36岁,孕2产2,平时月经规律,2年前因行双侧输卵管结扎,出现痛经,呈进行性加重,门诊以子宫腺肌瘤收住院。患者2年来,自经期第1天起,下腹部持续性隐痛,阵发性加剧,月经干净后腹痛消失。妇科检查:子宫左后方触及一5cm×4cm×3cm的肿块,随子宫活动。B型超声检查:子宫正常,其右侧有5cm×4cm强回声包块,边界清,提示子宫腺肌瘤。拟进行子宫次全切除术,术中发现子宫较正常稍大,左侧有一无宫颈子宫,大小为6cm×5cm,表面肌层3cm处壁极薄,呈紫蓝色。该无宫颈子宫因输卵管结扎而无法使经血排出,两子宫再各有一发育正常的输卵管和卵巢。术中诊断:残角子宫。遂行残角子宫及一侧输卵管切除术。术后病理回报:残角子宫。

分析 残角子宫系一侧副中肾管发育,另一侧副中肾管中下端发育缺陷而形成。双侧苗勒管中下段不对称性发育不全,形成一侧小的子宫,有肌层或纤维带与发育侧子宫相连,有正常输卵管和卵巢,常伴有同侧泌尿器官发育畸形,约65%单角子宫合并残角子宫。根据1998年美国生殖医学会对苗勒管发育异常分型,残角子宫畸形被认为Ⅱ类苗勒管异常,它又分为4个亚型:Ⅱa,残角子宫有腔,与单角子宫相通;Ⅱb,残角子宫有腔,与单角子宫不相通,常因月经初潮起残角子宫腔经血滞留造成积血而出现痛经,并进行性加重;Ⅱc,单角子宫与无腔的残角子宫,即实体残角子宫,仅以纤维带与子宫相连;Ⅱd,单角子宫,无残角子宫。

若残角子宫内膜无功能,一般无症状;若内膜有功能且与正常宫腔不相通时,往往因宫腔积血而出现痛经,甚至并发子宫内膜异位症。若妊娠发生在残角子宫内,人工流产时无法刮到,至妊娠16~20周时往往破裂面出现典型的输卵管妊娠破裂症状,出血量更多,若不及时手术切除破裂的残角子宫,患者可因大量内出血而死亡。

心得 残角子宫的诊断较为困难,常容易误诊,该例误诊原因可考虑以下几点:

(1) 残角子宫少见,临床医师对其认识不足,在检查中即使有明显的症状和体征,也未能考虑本病。而超声表现为盆腔内有一发育正常的子宫,在其一侧可见一小包块,轻者仅为一肌性突起,其回声与子宫相同,易与浆膜下肌瘤混淆。残角子

宫妊娠是一种比较少见的异位妊娠,发生率为总妊娠的1/10万。多数残角子宫与对侧正常子宫不相通,仅有纤维带相连,但也有两者之间有狭窄管道相通者。如残角子宫与正常子宫无通道相连,精子也可经正常子宫腔和该侧输卵管进入腹腔,并与任何一侧卵巢中排出的卵子结合成孕卵,再经残角子宫侧输卵管进入残角子宫腔,以致形成残角子宫妊娠。因多数残角子宫的肌层发育差,往往至妊娠16~20周时发生完全或不完全破裂而出现急腹症,可因急性内出血发生休克等。超声检查:残角子宫早期妊娠破裂前,可见一个相对小于停经月份的单角子宫和宫旁的异常回声,宫腔内有厚蜕膜回声或假孕囊,宫旁可见正常的妊娠囊和胚胎回声,妊娠囊周围显示较厚的肌性组织,相对独立。子宫残角中期妊娠破裂后的声像图与输卵管妊娠相似,如果能够发现肌壁回声,则应首先考虑为子宫残角妊娠。残角子宫与子宫之间有稍强的间隔回声,但是其下方无宫颈相连。以下情况应考虑残角子宫的可能:①早孕人工流产和药流失败;②多次引产失败;③腹腔妊娠,当发现子宫外的盆腹腔内有胎儿及胎盘等回声时应考虑残角子宫妊娠破裂继发形成腹腔妊娠的可能。

(2) 询问病史不详细,检查不细致,临床资料分析不全面亦为误诊原因之一。残角子宫一般都有原发痛经的病史,年轻的患者超声检查时发现子宫角部有结节样突起,月经期增大,宫腔不通而有内膜的会出现积血,在非月经期内有内膜样回声;而无内膜回声的结节,痛经症状不明显,超声鉴别有一定困难。作为超声医师应该熟悉残角子宫临床表现,残角子宫的症状因类型而异。

(3) 加强残角子宫的诊断意识及诊断管理

1) 非孕期诊断:残角子宫内膜无功能时,一般无症状。如有功能时,可在青春期后因经血不能外流,出现宫腔积血,随着宫腔积血增多,残角增大,并可继发出现子宫内膜异位症或腺肌病。宫腔积血很易被误诊为卵巢肿物,术前难以确诊。可结合患者有痛经史、不孕史,妇科检查时子宫偏向一侧,在另一侧可触及肿物呈实性肉样感,边界清,与子宫不能分离,同时合并有阴道或泌尿系统畸形,可考虑是否有残角子宫,需与卵巢肿物鉴别。B超检查见子宫偏向一侧,另一侧可见肿物,其间可见积血或内膜影像。碘油造影可了解子宫形态。做静脉肾盂造影了解有无泌尿系统畸形,对诊断有一定帮助。近年来也常用腹腔镜检查了解生殖器官有无畸形。

2) 孕期诊断:诊断需综合病史进行。患者有闭经史,如早孕期间行人流术无法吸出胚胎,妊娠4~5个月出现剧烈下腹痛伴休克等;妇科检查可于子宫旁触及增大质软包块;B超可见腹腔内游离液体,一侧为正常子宫,在子宫另一侧上方内含妊娠囊肿物,均要考虑残角子宫妊娠。因残角子宫妊娠破裂症状与输卵管妊娠很难区别,很少有病例能在术前确诊。

(4) 目前常规二维超声对残角子宫和单角子宫、子宫肌瘤的诊断和鉴别诊断还是一个难点,主要是因为二维超声检查无法提供子宫及宫腔的整体形态,因此不能显示残角子宫和单角子宫的特征性图像,易造成漏诊和误诊。近年来,随着三维

超声的推广应用,以其具有多种成像方式的优点,尤其子宫冠状切面可以提供更多有价值的信息,已经被广泛应用于子宫畸形的诊断。超声对残角子宫和单角子宫的诊断主要是依赖于特殊的子宫外形及宫腔形态的观察,但由于常规二维超声检查的局限性,三维超声检查的优越性已逐渐被学者认可。三维超声成像在常规二维超声显像的基础上,还可以显示二维无法见到的子宫冠状面,重建后能清晰、直观地显示宫腔内两侧角部至宫颈的整体形态及延续、伸展情况。另外,利用透明成像最大回声模式直接显示宫腔内高回声内膜整体形态,更有效地对子宫畸形进行诊断和鉴别诊断,而且为了更好地显示子宫内膜,在月经干净后 15~20 天检查效果最佳。目前具有多种成像模式的三维超声技术在一定程度上弥补了二维超声的不足,其任意切面成像功能能够迅速提供诊断所必需的子宫、宫颈冠状切面图像,为子宫畸形的精确诊断提供了可能性。

(5) 过分依赖辅助检查,尤其是 B 型超声检查结果的错误分析,引导错误的诊断也是误诊原因。残角子宫多位于正常宫体的一侧,与正常子宫紧贴或有一定间隙,超声极易误诊为卵巢肿瘤、子宫肌瘤、宫外孕。因此,在临床中加强对本病的认识,经常想到残角子宫,根据病史、体征,结合 B 型超声、子宫碘油造影等检查,则诊断本病并不困难。随着腹腔镜的推广,应用腹腔镜诊断残角子宫为尽早确诊提供依据。残角子宫诊断后,应及时切除,以免造成严重并发症。

(鲁 蓉)

2. 子宫内膜癌合并高血压、糖尿病术后并发血栓形成

【病例介绍】

患者女性,56 岁,因绝经 5 年余,阴道流血 2 个月余,妇科彩色 B 超提示子宫内膜不均匀增厚,肌层血流较丰富,行分段诊刮术,宫腔深度为 10cm。病理检查结果回报:子宫内膜中分化腺癌,宫颈管未见癌。诊断为子宫内膜癌入院。既往患高血压 10 年,血压最高时达 180/110 mmHg,一直服用尼群地平类药物降压。患糖尿病 5 年,服用二甲双胍等降糖药。入院后检查:血压 150/90 mmHg,脉搏 90 次/分,呼吸 20 次/分,全身浅表淋巴结不肿大,心肺无异常。妇科检查:外阴无异常;阴道内有少许血液;宫颈轻度糜烂,稍萎缩;宫体前倾,增大如孕 2 个月大小,质软,活动可,无压痛;双附件无增厚、压痛,未扪及包块。实验室检查:空腹血糖 9.1mmol/L,葡萄糖耐量试验(OGTT)异常,胆固醇、三酰甘油均明显增高。入院后术前诊断:子宫内膜腺癌 I 期(临床分期)、高血压、糖尿病。经控制血压和血糖后在全麻下行筋膜外子宫全切+双附件切除术,手术过程顺利。术后抗炎及对症支持治疗。术后病理检查结果回报:子宫内膜中分化腺癌,侵犯子宫肌层<1/3,双侧附件无癌侵犯,腹水中未见癌细胞。患者于术后第 3 天突感左下肢疼痛,活动受



限,检查发现左下肢比右下肢稍增粗,左下肢表面皮肤颜色稍红,皮温稍高,有明显压痛。即行左下肢血管彩色B超检查,B超结果提示左下肢股静脉有小血栓形成。经抗炎、使用肝素抗凝、尿激酶溶栓及改善患者一般状况等处理后,患者左下肢疼痛明显好转,检查发现左下肢肿胀也明显消退,治疗1周后痊愈出院。

分析 下肢深静脉血栓(deep venous thrombosis, DVT)是妇科手术后发生率较低但处理却比较棘手的并发症,严重时可并发肺栓塞危及患者的生命。下肢深静脉血栓形成的公认三大因素为:血流缓慢、静脉壁损伤及血液高凝状态。相关的高危因素有老年患者、恶性肿瘤患者、肥胖、术后使用止血药等,其中恶性肿瘤患者较易发生栓塞。恶性肿瘤患者的肿瘤细胞既可直接激活凝血系统,又可以通过促进单核细胞、内皮细胞释放凝血活酶引起血液凝固,所以恶性肿瘤患者的血液常呈高凝状态。手术麻醉,特别是全身麻醉使全身平滑肌松弛,术后患者卧床不动,以上因素均可使患者下肢血流减慢。恶性肿瘤浸润、手术范围大以及创面广将刺激盆腔静脉,使血管壁受损。上述因素促使妇科肿瘤患者术后发生血栓性疾病。此外,肥胖、高血压、糖尿病、高血脂、口服避孕药、患风湿免疫方面的疾病,均可使患者血液处于高凝状态,下肢静脉曲张使下肢血流缓慢,下肢静脉炎可使静脉内皮损伤,以上情况也为血栓性疾病的高危因素。

深静脉血栓发生后的诊断主要是根据病史(有高危因素)、单侧下肢疼痛、肿胀、活动受限,检查发现双下肢同一部位周径之差大于1cm、腓肠肌压痛(Homan征阳性),彩色B超检查可辅助诊断。静脉造影是诊断下肢深静脉栓塞的“金标准”,但因是有创性检查,费用较高,病人不易接受,故临床上较少应用。

妇科恶性肿瘤术后一旦诊断为下肢深静脉栓塞,应立即采取积极有效的措施,尽量减少和避免并发症的发生。治疗方案包括:卧床休息、抬高患肢等一般处理,手术取栓、介入溶栓以及静脉溶栓、抗凝、活血化瘀、祛聚等治疗。抗凝治疗十分重要,目的是防止血栓进一步发展以及引起肺动脉栓塞或慢性静脉瓣膜关闭不全。近年来使用低分子肝素替代了普通肝素,因低分子肝素无需监测出血指标,根据体质调整剂量后皮下注射,使用药更方便且安全有效。

由于深静脉血栓形成使妇科恶性肿瘤患者术后并发症增多,死亡率增加,因此对于妇科恶性肿瘤患者术前、术后应采取一些积极有效的预防深静脉血栓发生的措施。术前、术后使用低分子肝素预防性抗凝治疗,术中操作轻柔,避免损伤血管,尽量缩短手术时间减少创面,术后鼓励患者及早下床活动或适当按摩下肢增加下肢静脉血液回流速度,减少静脉血液瘀滞现象的发生。

心得 下肢深静脉血栓形成是术后一种十分严重的并发症,一旦血栓脱落极易引起肺栓塞导致患者猝死。中老年妇女、肥胖,合并高血压、高血脂,特别是恶性肿瘤患者,是下肢深静脉血栓的高危人群。本病例就是一老年子宫内瘤患者,同时合并了高血压、高血脂、糖尿病,是下肢深静脉血栓形成的典型高危人群。一般认为下肢深静脉血栓多发生于左侧,原因是右侧髂总动脉在左侧髂总静脉前方跨



过,由于右髂总动脉的骑跨和腰骶部前凸的挤压,使左髂总静脉受压,部分人左髂总静脉与股静脉交界处有先天性狭窄和膜状结构,因此左下肢血流缓慢,左下肢静脉的回流途径较右侧长而迂曲,较易发生血栓。本病例中的患者也是符合这一规律,血栓发生于左下肢。该患者术前禁食、灌肠而又补液不足,可导致脱水和血液浓缩;术后卧床,活动少,引起血液淤滞;术后半坐卧位,因重力因素影响,使下肢血液回流受阻,导致血流缓慢,这些都是血栓形成的重要条件。恶性肿瘤组织出血坏死产生大量内源性和外源性的凝血活酶,使得患者血液处于高凝状态。此外,该患者肥胖,同时合并有高血压、糖尿病、高血脂、血液黏滞度高,这些是血栓形成的理论基础。所以我们平时在临床工作中遇到合并有高血压、高血脂、糖尿病的子宫内膜癌患者要高度重视,时刻警惕下肢深静脉血栓的发生。由于我们知道血栓形成的原因,了解其发病机制,因此,当该患者术后第3天突然出现左下肢疼痛、麻木、肿胀、活动受限等症状时,我们立即想到血管栓塞的可能,马上给她申请了下肢血管的彩色多普勒超声检查。当B超检查提示为下肢深静脉栓塞后,我们迅速采取相应措施,给予了对症及支持治疗(低分子肝素抗凝、尿激酶溶栓、丹参活血化瘀),患者病情很快得到控制。该患者最后恢复良好,未出现严重的并发症,顺利出院。

血栓性疾病的预防十分重要,对于有高危因素的患者,特别是子宫内膜癌的患者更要注意防止血栓的发生。在平时临床工作中,子宫内膜癌术前准备时要注意补充液体,防止血液浓缩,对于年龄较大的患者必要时预防性给予低分子肝素抗凝治疗;手术操作轻柔、细致,减少对血管的刺激和血管内膜的损伤,避免不必要的血管解剖暴露,尽量缩短手术时间;术后减少止血药的使用,及时给予双下肢按摩,由远及近,鼓励患者早下床活动,保持大小便通畅,避免便秘;术后静脉滴注丹参和低分子右旋糖酐降低血液黏滞度,小剂量肝素疏通微循环,促进静脉回流,均不失为减少血栓并发症发生的好办法,只要我们在临床工作中做到以上几点,就能避免下肢静脉血栓的发生。只要我们观察病人认真细致,也能及时发现和尽早治疗下肢静脉血栓,减少更严重的并发症发生,降低患者的死亡率。

(曹兰琴)

3. 宫颈恶性黑色素瘤广泛转移

【病例介绍】

患者女性,45岁,因下腹胀痛10天,发现盆腔包块4天,于2007年4月9日入院。患者于2007年4月5日因下腹胀痛去妇科检查时发现盆腔包块。行CT检查:右下腹及盆腔内占位性病变性质待定,癌可能性大,淋巴结转移,盆腔积液。妇科彩色B超检查:①盆腔包块性质待定,卵巢肿瘤(双侧)、癌不排除;②大网膜不



规则增厚；③腹水。以“盆腔包块”收入院。患者既往于2005年9月在当地妇科检查时发现宫颈上有一黑痣，当时患者没有任何临床症状，未予诊治，也未定期随访。入院后妇科检查发现：宫颈，大片黑色素沉着，黑色面积占据整个宫颈面积的75%；宫体，前倾，大小、质地正常；盆腔，子宫右后方扪及一妊娠3个月大小的包块，质硬、活动差，左侧附件区扪及不满意。入院后完善相关检查：血常规示轻度贫血；大、小便常规正常；肝、肾功能无异常；肿瘤标志物中CA125为38mmol/L（正常值<35mmol/L），AFP及CEA正常；HPV 16.18阴性；宫颈细胞学检查（TCT）及阴道镜检查未发现异常；胸片示左侧少量胸水；腹部B超检查示胆囊炎，大量腹水；乙状结肠镜检查示慢性结肠炎；胃镜检查及活检示（胃体）恶性黑色素瘤，免疫组织化学提示S-100（+）、HMB45（+）、CD117（+）。诊断为：①卵巢肿瘤，转移性；②宫颈病变，恶性黑色素瘤。完善各项术前准备后，在全麻下行剖腹探查术，术中发现盆腹腔内有血性腹水约3000ml，双侧卵巢肿块直径约10cm，整个包块表面呈黑色，表面光滑，活动尚可，与周围脏器无明显粘连，子宫未发现异常，大网膜表面有多个黑色小包块，胃表面也有黑色蚕豆大小结节，肝、脾及膈下无异常。行子宫全切+双附件+大网膜切除术，术中取腹水及左侧卵巢包块送快速切片病理检查，结果回报：（左卵巢）恶性黑色素瘤可能，腹水中见肿瘤细胞。术后病理结果：①（宫颈）恶性黑色素瘤，阴道残端无癌侵犯；②（双侧卵巢）恶性黑色素瘤，考虑为转移性，双侧输卵管无异常；③大网膜无癌侵犯。术后7天，给予以氮烯咪胺为主的静脉化疗。术后电话随访，患者于术后1个月余死亡。

分析 蓝痣是一种罕见的良性色素痣，多发生在面部、四肢、手腕、背部和臀部等处的皮肤，发生在皮肤以外部位的蓝痣极少见。1959年国外学者Cid最早报道宫颈蓝痣，并提出宫颈蓝痣占宫颈病变的2.6%。Alper等提出宫颈是皮肤以外蓝痣的好发部位，好发年龄为40~50岁。蓝痣病灶肉眼观呈灰蓝、灰黑色斑状或片状色素沉着，因此有时也叫黑痣，病灶边界不规则，表面平坦或饱满。显微镜下观为梭形色素细胞，有胞突伸出，不伴细胞异型与非典型核分裂象，胞质丰富，充满多个大小不等的棕黑色颗粒。宫颈黑痣一般无明显临床症状，多于妇科检查时偶然发现。由于临床医生对宫颈黑痣知识的缺乏，因而常常导致对本病的漏诊。宫颈黑痣的病理诊断并不困难，但病理医生也要对该病提高认识，应注意将其与恶性黑色素瘤相鉴别。宫颈黑痣一旦发现应及早手术切除，确定病变性质以排除恶变。对于近期内不能手术者应嘱其每个月随访以防恶变。目前采取的手术方式主要为宫颈锥切术，手术时应注意尽量切除干净，否则容易复发。手术范围也要足够大，以免断端病灶的残留。如病理结果报告为恶性，应按恶性黑色素瘤处理，扩大手术范围。

恶性黑色素瘤简称恶黑，是一种来源于上皮基底层黑色素细胞的恶性肿瘤。恶黑绝大多数发生在皮肤，发生在其他部位的很少见。女性生殖道恶黑占全身恶黑的3%，其中主要位于外阴部，其次是阴道，发生在宫颈上的恶性黑色素瘤则很



少见。原发性宫颈恶性黑色素瘤临床上更为罕见,诊断时必须先排除其他部位转移之后才能最后确定为原发性。原发性宫颈恶性黑色素瘤是一种恶性程度极高、预后极差的肿瘤。肿瘤来源于宫颈上皮内的黑色素细胞或宫颈间质,通常由交界痣恶变而来,也可以一开始即表现为恶性。该病的好发年龄为33~54岁,平均发病年龄是39.6岁。患者临床上主要表现为不规则阴道流血、绝经后阴道流血以及阴道分泌物增多,也可无任何症状。妇科检查时发现宫颈呈棕黑或蓝黑色,或宫颈上有蓝黑色肿块。根据症状和体征可作为初步诊断,最后确诊则需病理检查。因本病极易发生血行转移,对病灶直接进行活检可能会促使肿瘤细胞发生扩散,对可疑恶性黑色素瘤患者宜行病灶切除术,至少距病灶以外1~2cm处切下组织送病理检查。病理医生对于少色素或无色素性恶性黑色素瘤的诊断较困难,常借助免疫组织化学染色方法协助确诊。HMB 45阳性有较高的特异性,S-100、Vimentin和CD 117则敏感性较高,NSE对诊断也有帮助。根据黑色素颗粒染色、S-100与HMB 45阳性,CK阴性即可确诊。诊断明确后及时手术是本病的首选治疗方案,手术方式为广泛性子官切除加盆腔淋巴结清扫术。术后化疗是恶性黑色素瘤重要的辅助治疗手段,最有效的化疗药物是氮烯咪胺。另外免疫治疗也是恶黑辅助治疗中有前途的治疗方法。这些治疗方法的联合应用能明显改善恶黑患者的生存率。

心得 该患者在本次入院前的1年多,妇科检查时发现宫颈上有一色素痣。当时未引起临床医生的足够重视,既未给患者做相应检查明确诊断,也未嘱患者定期检查,这是本病例最大的失误。经过1年多的时间,宫颈色素痣逐渐演变为宫颈恶性黑色素瘤。因此提醒我们临床医生一旦发现宫颈表面颜色有异常改变,特别是发现宫颈上的色素痣时应提高警惕,尽早明确诊断后予以相应的治疗,否则就会延误患者疾病的诊治,导致难以想像的后果。常规的阴道镜、宫颈细胞学检查以及病理活检,切除黑痣,可预防黑痣恶变。所以我们以后在临床工作中遇到宫颈色素痣时应及时手术切除,而且切除要彻底以免术后复发,若病理报告为恶性则应扩大手术范围,术后辅助治疗。

根据该患者的病史,宫颈恶性黑色素瘤是由宫颈黑痣恶变而来的。由于恶性黑色素瘤生长迅速,癌灶可向邻近的宫颈或阴道旁组织扩散,而且肿瘤还极易发生血行转移。故当该患者宫颈恶性黑色素瘤因无临床症状未被及时发现时就已通过血行发生了远处脏器的转移,具体转移部位为胃体部。国外有文献报道胃的转移癌中以恶性黑色素瘤最为常见。当恶性黑色素瘤发生胃转移时,患者的临床症状常不典型,有些患者有腹胀、嗝气、反酸等非特异性表现,有些表现为贫血、恶心、呕吐、腹痛等症状,还有些患者合并胃出血及胃穿孔等并发症。本病例恶性黑色素瘤发生胃转移时临床表现仍不明显,仅有轻度贫血的情况存在,极易漏诊。由于笔者所在科室对于盆腔包块疑恶性肿瘤的患者术前常规做胃、肠镜检查,排除恶性肿瘤为转移性,因此在术前胃镜检查时就发现了胃体部恶性黑色素瘤,考虑盆腔肿瘤是



消化道转移来的。99%未经治疗的胃转移性恶性黑色素瘤患者于1年内死亡,而早期发现后手术治疗可有效缓解症状和延长患者生命。因此胃部恶性黑色素瘤患者一旦发现有消化道症状时应及时检查,以利于早期治疗。该患者正是由于没有消化道方面的不适,没有及时做胃方面的检查,没有及早发现胃部的黑色素瘤,以至于胃部的恶性黑色素瘤再次发生盆腹腔脏器的广泛转移。由于转移至双侧卵巢,形成转移性卵巢肿瘤,同时伴有大量腹水,此时患者才因出现腹痛、腹胀、下腹不适而就诊。妇科检查及盆腔B超或CT检查发现盆腔内巨大包块。由于该患者有多个脏器的恶性黑色素瘤(胃、宫颈、卵巢),临床期别很晚,治疗效果差,预后极差,最终于术后短时间内死亡。

本病例是一例恶性黑色素瘤发生连环转移的病例,也是一例我们值得吸取教训的典型病例。我们总结一下该病例的可能发生、发展过程:宫颈黑痣发生恶变为宫颈恶性黑色素瘤,宫颈恶性黑色素瘤发生转移至胃体部,胃体部的恶性黑色素瘤再次发生转移至盆腔脏器(卵巢)。我们在平时的临床工作中发现患者有宫颈黑痣,千万不能不予任何处理,应及时手术切除明确诊断,否则黑痣就有可能逐渐演变为恶性黑色素瘤。另外,妇女每年必须常规做妇科检查并行宫颈细胞学检查,必要时阴道镜检查,及时发现宫颈的恶性病变,尽早治疗,以免广泛转移。该患者没有常规做妇科检查,没能及早发现宫颈恶性黑色素瘤,结果导致恶性肿瘤发生远处转移。患者由于肿瘤细胞全身广泛扩散,临床分期很晚,各种治疗方法都是姑息性的,死亡率极高。因此,本病例无论从医务人员方面还是从患者本身方面都有许多需吸取教训的地方。

(曹兰琴)

4. 颈管型宫颈癌误诊为内膜癌

【病例介绍】

患者女性,56岁,因“血水样白带1年余,下腹痛1个多月”入院。患者自诉2年前开始无明显诱因出现血水样白带,有腥臭味,无腹痛、腹胀,不伴外阴瘙痒,未去医院诊治。以后症状逐渐加重,于是到当地医院就诊,未行B超、阴道细胞学检查(TCT)及阴道镜检查,诊断为阴道炎、宫颈炎,给予抗炎治疗(具体用药不详),症状稍有好转。入院前2个月上述症状再次加重并伴下腹疼痛。白带检查未见明显异常;TCT检查示ASC-US;妇科B超示子宫内膜增厚(约28mm)及声像改变性质待定,子宫内膜癌?。行分段诊刮术,术后病理检查结果为(宫腔)送检少量癌组织,倾向鳞癌,(宫颈)慢性炎症。入院后妇科检查发现:外阴、阴道无异常;宫颈肥大,中度糜烂,触之出血,宫颈管扩张;宫体前位,稍大,质中,活动欠佳,无压痛,双侧宫旁增厚;双附件扪及欠佳。根据妇科检查所见及病理组织学类型考虑:宫腔



鳞癌可能为宫颈鳞癌向上蔓延累及宫腔所致,故决定行阴道镜检查排除宫颈管癌。于是在阴道镜下行活检,病理结果为宫颈3点、6点低分化鳞癌。入院诊断更改为宫颈癌,因临床期别为Ⅱb期,故决定先进行新辅助化疗。患者共进行了3次化疗,化疗药物为多西他赛+奥沙利铂,化疗途径为静脉化疗。第3次化疗结束后14天,妇科检查示宫颈肥大,中度糜烂,触之出血,宫颈管扩张;宫体前位,稍大,质中,活动欠佳,无压痛,双侧宫旁无增厚;双附件扪及欠佳。考虑经过3次化疗后,宫颈癌降期,诊断为宫颈癌Ⅱa期,有手术指征,无明显禁忌证。积极完善相关术前检查在全麻下行“广泛子宫切除+双附件切除术+盆腔淋巴结清扫术”。术后剖视子宫,见子宫大小正常,左侧宫腔近左输卵管开口处见一菜花样赘生物约2cm×2cm×2cm大小,左宫角肌壁间见一直径约2cm肿块,见漩涡状结构,宫颈未见明显肿瘤外观,双侧附件未见明显异常。切下组织均送病检,术后病理检查示(宫腔)低分化腺癌,小灶有鳞癌分化,侵及肌壁约0.5cm(肌壁厚约1.5cm);颈管,低分化鳞癌;左右宫旁未见癌侵犯;左髂总、左闭孔、右髂内、右闭孔淋巴结未见癌转移(0/1、0/1、0/1、0/3),另左髂内、左髂外、右髂总、右髂外送检为纤维结缔组织;阴道残端,未见癌浸润;子宫,平滑肌瘤;双附件,未见特殊;免疫组化,CK20(±)、CK5/6(-)、CK7(+),P63(-)。

分析 宫颈癌是最常见的妇科恶性肿瘤之一,其中宫颈鳞癌约占90%,腺癌较少。宫颈癌的主要转移途径为直接蔓延,主要转移至阴道、宫旁,较少向上转移至宫腔。早期宫颈癌预后较好,Ⅱ期的5年生存率可达61%以上。子宫内膜癌也是常见的妇科恶性肿瘤,其病理类型以腺癌多见,其次为腺棘癌和腺鳞癌,而原发性子宫内膜鳞癌极少发生,国内文献仅见7篇(7例/CHKD检索)报道,国外见35篇(45例)报道,其中最大宗文献复习56例,共108例。怀疑子宫内膜鳞癌时,多行“全子宫及双侧附件切除术+盆腔及主动脉旁淋巴结清扫术”,术后病人加放化疗可较长期存活。但是子宫内膜鳞癌恶性程度远远超过宫颈鳞癌,预后极差,除个别病例外,很少存活5年。子宫内膜癌的主要转移途径也为直接蔓延,癌组织易向下转移至宫颈管。因此,在临床上出现宫腔及宫颈管均是鳞癌时,就要判断何为原发或继发,在这种情况下除外由宫颈癌延伸到宫体的可能性尤为重要。Fluhman1954年提出三个标准进行诊断:①宫腔内肿瘤没有腺癌成分;②肿瘤与宫颈的鳞状上皮没有联系;③没有原发的宫颈鳞癌蔓延至宫腔。另外,原发性子宫内膜鳞癌在诊断中必须注意排除以下两种情况:①宫颈鳞癌向宫腔内蔓延;②混合性腺鳞癌。已证实,子宫内膜的鳞状上皮是由柱状细胞下的储备细胞分化并化生而来,化生的鳞化上皮经过非典型增生恶变为鳞癌。因此,子宫内膜鳞癌的发生基础是鳞状上皮化生,而鳞状上皮化生的机制与女性下生殖道中宫颈的鳞化及非典型增生等相似。本例患者虽然门诊分段诊刮病理检查结果及妇科B超均提示子宫内膜癌。但入院后根据妇查见肥大,中度糜烂,触之出血,宫颈管扩张;宫体前位,稍大,质中,活动欠佳,无压痛,双宫旁增厚。那么宫腔的鳞癌是原发性的,还是由宫