

[3] 赵琳,李莲,陈秀兰,等.十堰市孕中期妇女产前筛查结果分析[J],微循环杂志,2010,20(3):64-65.  
 [4] Stojilkovic MT, Rodeck CH. Antenatal screening policies for Down's syndrome[J]. BMJ,2002,325:1034.

[5] 左伋. 医学遗传学[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社, 2011:168-175.

(收稿日期:2012-12-08 修回日期:2013-03-16)

• 短篇及病例报道 •

### 恶性非嗜铬性副节瘤肺转移 1 例报道

蒋莉<sup>1</sup>,李仁君<sup>2△</sup>

(重庆市綦江区人民医院:1. 肿瘤科;2. 儿科 401420)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.20.055

文献标识码:C

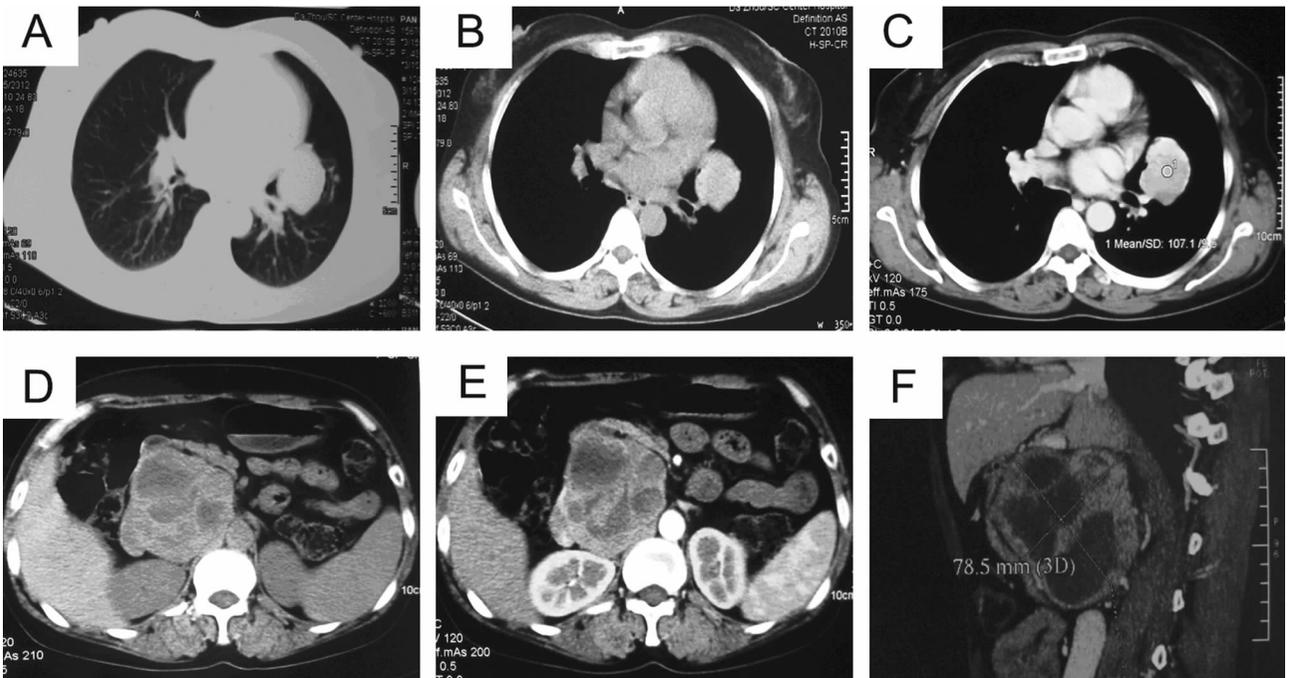
文章编号:1671-8348(2013)20-2438-02

副神经节源肿瘤起源于副交感神经节,简称“副节瘤”。按其主细胞对铬盐的反应,分为嗜铬性与非嗜铬性<sup>[1]</sup>。发生在肾上腺髓质的嗜铬性副节瘤习惯称“嗜铬细胞瘤”。而非嗜铬性副神经节发生的肿瘤则常简称“副节瘤”。副节瘤好发年龄为 30~40 岁,多数为良性,恶变率在 2%~19%,主要表现为局部浸润、复发,远处转移罕见<sup>[2]</sup>。现就 1 例不能手术的恶性副节瘤并肺转移病例报道如下。

#### 1 临床资料

患者,女,44 岁,患者 2012 年 3 月 20 日因“阵发性干咳并右上腹不适感”行肺部 CT 检查,发现“左肺门占位性病变”。纤维支气管镜检查未见异常。腹部 CT 发现“腹膜后包块,位于肝门区、胰头后方、大血管间,约 7.0 cm×5.5 cm,增强扫描明显强化,界限清晰”。肿瘤标志物未见异常。于 2012 年 3 月 27 日住入本院肝胆外科,腹部超声示“右上腹可探及一囊实性肿块影像,约 7.4 cm×7.1 cm,边界基本清晰,形态基本规则,CDFI 实性部分可见点彩状血流信号,该肿块与肝脏、右肾均有界限,与胰腺似有界限。考虑右上腹囊实性占位,来源于腹膜

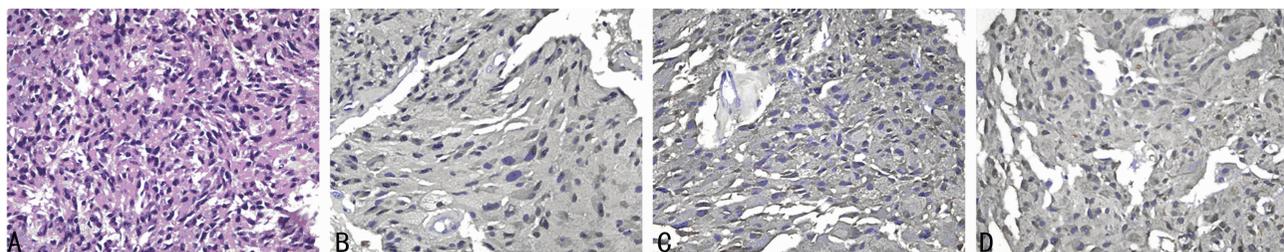
后可能性大”。复查胸腹 CT 示“胸腹主动脉及较大分支未见确切异常,左肺上叶舌段近肺门处占位性病变(图 1A、B),约 33.2 mm×39.6 mm,病灶呈不均匀强化,CT 值约 200 HU,毗邻左肺舌叶动、静脉,未见确切大血管及较大分支供血(图 1C)。右侧腹膜后可见一囊实性包块(图 1D),约 84.2 mm×78.5 mm,病灶呈不均匀强化(图 1E),实性部分 CT 值约 100 HU。病灶位于肝尾叶下方平肝下角平面,与下腔静脉、左右肾静脉、右肾动脉、门静脉及胰头关系紧密,分界清晰,病灶推移下腔静脉、左右肾静脉、右肾动脉分别向外移位,临近胰腺受压向左移位。病灶未见确切大血管及较大分支供血。腹膜后、肠系膜、纵隔及双侧腋窝多个稍大淋巴结显示,脾大”。静脉肾盂造影、皮质醇节律均正常。血浆醛固酮测定(立位)258 pg/mL、(卧位)194 pg/mL,尿香草扁桃酸(VMA)4.69 mg/d。血常规示轻度贫血,肝肾功能、电解质等生化检查正常。于 2012 年 4 月 6 日行剖腹探查术,术中探查见肿瘤与周围组织关系紧密,难以分离,行部分切除活检术。术后病理示腹膜后占位病变符合副节瘤,细胞增生活跃,见图 2。



A: 肺窗;B: 纵隔窗;C: 增强腹部;D: 平扫;E: 增强 F 矢状位。

图 1 肺部 CT 扫描示左肺上叶近肺门转移灶

作者简介:蒋莉(1976~),主治医师,主要从事肿瘤内科工作。 △ 通讯作者, Tel:13896182601;E-mail:1368941746@qq.com。



A: HE; B: NSE; C: Syn; D: Vimentin.

图 2 腹膜后肿瘤组织 HE 及免疫组织化学染色结果

## 2 讨论

非嗜铬性副节瘤可发生在任何有副神经节组织的部位,常见于头颈部。颈动脉体瘤、颈静脉球体瘤及迷走神经副神经节瘤占 98%。较少发生在腹膜后、喉、鼻腔、眼眶、主动脉<sup>[3]</sup>。副节瘤的良恶性一般以有无局部侵袭、组织学恶性表现、复发和转移等特征来确定。恶性副节瘤多表现为对周围正常组织器官的侵犯和术后复发,极少发生远处转移。腹膜后副节瘤临床表现为腹部包块,包块可有切迹、分叶、结节或不规则边缘。瘤组织可伴有出血、坏死、囊性变,术前诊断十分困难。超声、CT、MRI、尿儿茶酚胺、VMA 测定及 131-间碘苄胍(131-MIBG)和血管造影有助于诊断,最后确诊有赖于病理诊断<sup>[4]</sup>。神经内分泌标志物的检测有助于病理诊断。

本例患者发生在腹膜后的副节瘤,其病变体积大,侵犯范围广泛,累及下腔静脉、胰腺,并向左延伸至腹腔干,难以分离,局部呈典型的恶性肿瘤表现,结合活检病理报告诊断恶性腹膜后副节瘤明确。文献报道恶性非嗜铬性副节瘤多表现为局部浸润生长,侵犯周围组织器官,极少发生远处转移。国内文献报道仅见胸椎转移 1 例,尚未见肺转移病例报道<sup>[5]</sup>。该例患者不仅出现左肺转移,转移病灶与腹膜后原发灶具有相同的影像学特征。而且其转移部位位于左肺门位置,不同于其他肺转移

恶性肿瘤常见于肺叶外带。该现象是否与肺门存在副神经节有关,有待于进一步地研究。

## 参考文献:

- [1] Renard J, Clerici T, Licker M, et al. Pheochromocytoma and abdominal paraganglioma[J]. J Visc Surg, 2011, 148(6): e409-416.
- [2] Harari A, Inabnet WB 3rd. Malignant pheochromocytoma: a review[J]. Am J Surg, 2011, 201(5): 700-708.
- [3] Papaspyrou K, Mewes T, Rossmann H, et al. Head and neck paragangliomas: report of 175 patients (1989-2010) [J]. Head Neck, 2012, 34(5): 632-637.
- [4] Wen J, Li HZ, Ji ZG, et al. A decade of clinical experience with extra-adrenal paragangliomas of retroperitoneum: report of 67 cases and a literature review [J]. Urol Ann, 2010, 2(1): 12-16.
- [5] 姚建华, 时述山, 胥少汀, 等. 后纵隔恶性副节瘤胸椎转移致瘫一例[J]. 中华肿瘤杂志, 2000, 22(6): 456.

(收稿日期: 2013-01-08 修回日期: 2013-03-21)

## · 短篇及病例报道 ·

# 瓣膜置换术后急性血栓致上腔静脉综合征 1 例报道

余 惠, 范景秀<sup>△</sup>

(四川大学华西医院心血管外科, 成都 610041)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.20.056

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2013)20-2439-02

上腔静脉综合征(superior vena cava syndrome, SVCS)是由于上腔静脉回流受阻而引起的一系列典型症状<sup>[1]</sup>。病因主要包括肿瘤因素(占 80%~98%),以及非肿瘤因素(感染为主,少数为医源性因素,如植入物、止血药物使用不当等)<sup>[2-3]</sup>。本文现报道 1 例罕见的心脏瓣膜术后急性血栓所致上腔静脉综合征及相应处理,现报道如下。

## 1 临床资料

患者,女,60岁,因“风湿性心脏病,二尖瓣重度狭窄,三尖瓣轻度反流”,诊断明确后于 2011 年 11 月 7 日在全麻下体外循环下行“二尖瓣置换 三尖瓣成形”术,手术顺利。术后回体外监护室,即刻测得患者中心静脉压高,22~25 mm Hg,血压低,60~80 mm Hg,血管活性药物用量大,肾上腺素 0.5 μg·kg<sup>-1</sup>·min<sup>-1</sup>,快速补充容量可提升血压,但血压升高后不能维持。术后 12 h 床旁经胸心脏超声图像质量差,仅见心脏收

缩好,无心包积液。于床旁安置脉搏指示持续心输出量监测仪(PICCO)显示:心功能差,前负荷低。术后 48 h,患者头面部肿胀,球结膜水肿明显,血压低,中心静脉压高。行食道超声发现:上腔静脉近心段至右房内均可见附壁血栓形成(图 1),上腔静脉开口处内径偏小,血流速度约 6 mm, Vmax=1.8 m/s,右锁骨下静脉内导管壁上可见附壁血栓形成(图 2),左心耳可见附壁血栓形成,余左锁骨下静脉及下腔静脉未见明显异常。立即再次手术,术中见:上腔静脉内新鲜条索状血栓形成,包绕中心静脉导管;右房内血凝块形成,与上腔静脉口及其内血凝块连续。取出血栓,患者中心静脉压(CVP)由术前的 26 mm Hg 迅速降至 18 mm Hg,血压上升,逐步停用血管活性药物。二次术后患者出现意识障碍及肾功能不全,予对症支持治疗后恢复,顺利转出监护室,复查心脏超声无明显异常。术后 3 个月随访,患者心功能恢复好,无其他器官功能异常。