

重 VKC 患者,长期使用免疫抑制剂无明显全身不良反应,是有效安全的^[2,5]。本例要与病毒性角膜炎、感染性角膜溃疡等鉴别,患儿有常年反复发作和典型症状,查体见上睑结膜呈特征性的铺路石改变,并发表层角膜炎、角膜盾形溃疡等并发症,血常规见嗜酸性粒细胞比例增高,结膜刮片见嗜酸性粒细胞,以上证据均支持 VKC 的诊断。本例患儿并发症除角膜炎、角膜溃疡外,还有少见的上睑下垂,有研究认为其原因与睑结膜纤维增生,上睑重量增加或机械性摩擦有关^[6]。

VKC 有一定自限性,很少造成严重并发症,但该患儿有表层角膜炎、盾状溃疡和上睑下垂多种并发症,治疗上除常规抗组胺药物,还局部使用了激素类药物和免疫抑制药物,治疗效果较好。但患儿既往长期反复发作,症状、体征较重,对这类重症 VKC 如何减少发病频率,以及防治其带来的严重并发症,都值得进一步探讨和研究。

参考文献

[1] 朱志忠.实用眼表病学[M].北京:北京科学技术出版社,2003:355.

[2] Vichyanond P, Kosrirukvongs P. Use of cyclosporine A and tacrolimus in treatment of vernal keratoconjunctivitis [J]. *Curr Allergy Asthma Rep*, 2013, 13(3):308-314.

[3] Leonardi A, Borghesan F, Faggian D, et al. Microarray-based IgE detection in tears of patients with vernal keratoconjunctivitis [J]. *Pediatr Allergy Immunol*, 2015, 26(7):641-645.

[4] Vichyanond P, Pacharn P, Pleyer U, et al. Vernal keratoconjunctivitis: a severe allergic eye disease with remodeling changes [J]. *Pediatr Allergy Immunol*, 2014, 25(4):314-315.

[5] 费文雷, 陈家祺, 王智崇, 等. FK506 局部治疗顽固性春季角结膜炎 [J]. *中国实用眼科杂志*, 2004, 11(24):916-917.

[6] Griffin RY, Sarici A, Unal M. Acquired ptosis secondary to vernal conjunctivitis in young adults [J]. *Ophthal Plast Reconstr Surg*, 2006, 22(6):438-400.

(收稿日期:2016-06-18 修回日期:2016-08-06)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.35.047

超声诊断胎儿三尖瓣下移畸形伴室间隔肌部缺损 1 例

刘 洁, 范 英[△]

(西南医科大学附属医院心脏超声科, 四川泸州 646000)

[中图分类号] R445.1;R541;R714.5

[文献标识码] C

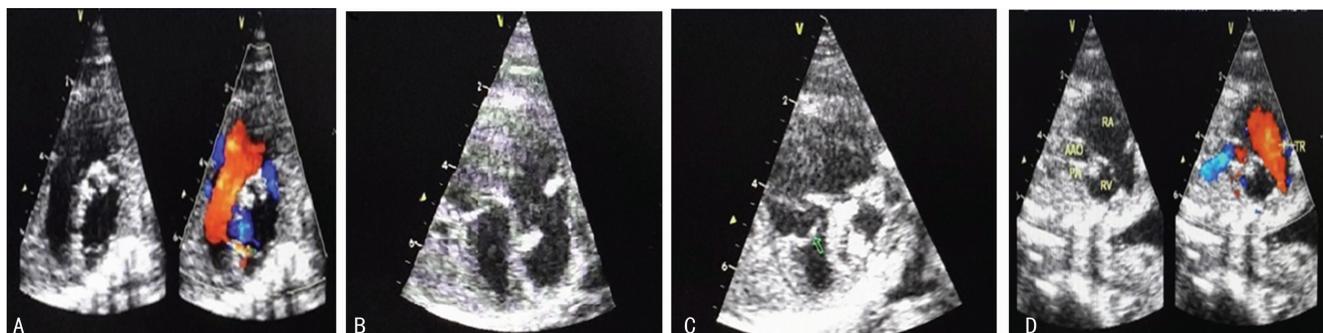
[文章编号] 1671-8348(2016)35-5035-02

三尖瓣下移畸形是一种罕见的复杂型先天性心脏病,自 1866 年被 Ebstein 发现以来,受到学术界的广泛关注,该病发病率仅占先天性心脏病的 0.03%~0.10%^[1],但病死率较高,预后差。因此,在胎儿时期发现该病对提高优生优育,改善人口质量有重要意义。现报道超声诊断胎儿三尖瓣下移畸形伴室间隔肌部缺损 1 例。

1 临床资料

孕妇,18 岁,怀孕 1 次分娩 0 次(G1P0),孕 28 周末本院行胎儿心脏超声检查,自述孕早期无感冒及服药史。超声检查:胎盘位于子宫后壁,双顶径 83 mm,股骨长 64 mm,胎心节律整齐,胎儿心脏位于左侧胸腔,心胸比例约为 50%,左、右房室连接未见异常,主、肺动脉连接正常,肺动脉位于左前方,与主动脉交叉,肺动脉主干及左右分支明显变窄(主干内径约 3.5

mm),3 支血管排列正常,肺动脉与降主动脉间见生理性导管。房间隔中上份探及回声失落约 10 mm,卵圆瓣飘向左心房,左心房后方探及至少 1 支肺静脉,上、下腔静脉汇入右心房,室间隔肌部探及多个回声失落,最大约 2.3 mm(图 1A),可见心十字交叉;三尖瓣隔瓣增厚,呈团状,回声增强,卷曲(图 1B),前瓣回声增强,冗长(图 1C),三尖瓣隔瓣距二尖瓣瓣环约 10 mm,瓣膜开放尚可,关闭错位,瓣上探及大量返流(图 1D)。超声提示:心脏瓣膜发育异常,三尖瓣下移畸形伴大量返流,室间隔肌部缺损,房间隔缺损。引产后经患者及家属签字同意,尸检显示右心稍大,肺动脉内经稍偏窄,三尖瓣前瓣未见确切异常,隔瓣发育较差,部分后瓣(后瓣后分)及隔瓣联合下移,以隔瓣明显,距二尖瓣瓣环约 18 mm;室间隔肌部缺损,最大约 5.8 mm。



A: 室间隔肌部可见回声失落及过隔血流; B: 三尖瓣隔瓣增厚, 回声增强, 发育差; C: 三尖瓣前叶冗长, 呈帆状; D: 三尖瓣上大量返流。

图 1 胎儿心脏超声图像特征

2 讨 论

三尖瓣下移畸形是一种较少见的先天性心脏病,常伴发房、室间隔缺损和肺动脉狭窄。该病的主要病理特点表现为三尖瓣附着点向右心室移位,可分为隔瓣和后瓣不同程度呈螺旋形移向右室心尖部,将右心室腔分成功能性右心室及房化右心室,常伴有瓣叶发育不全、增厚等。在超声诊断中,明确下移的瓣叶及其下移程度尤为重要,胎儿时期诊断后叶下移畸形较困难,根据 Carpentier 分型可将三尖瓣下移畸形分成 A(真右心室腔大小正常)、B(房化右心室较大,前叶活动自如)、C(前叶活动受限且右心室流出道梗阻)、D(右心室完全房化,右心室流出道严重梗阻)4 型。本病例属于 B 型,隔瓣下移明显,房化右心室大,前叶冗长但活动未受明显影响,三尖瓣返流重,加之肺动脉主干内径偏窄,收缩期血流经右室倒灌入右心房,加重

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.35.048

了右心房压力,导致右心房进一步扩大,出生后左心发育差,卵圆孔无法闭合而致房缺,房、室水平分流均表现为右向左为主的双向分流。胎儿超声心动图通过对心脏瓣膜结构和活动情况的观察,能够对先天性瓣膜发育异常疾病作出诊断,为临床优生优育工作提供重要的辅助作用^[2]。

参考文献

- [1] 吴青青,姚蓉,陈焰. 超声心动图诊断胎儿三尖瓣下移畸形[J]. 首都医科大学学报, 2005, 41(5): 1303-1305.
- [2] 韦东明,苏定华. 超声筛查胎儿心脏畸形和临床分析[J]. 中外医学研究, 2012, 10(23): 49-50.

(收稿日期:2016-06-20 修回日期:2016-08-08)

超声误诊肝炎性肌纤维母细胞瘤 1 例

江 涛,周爱云[△],吴振华

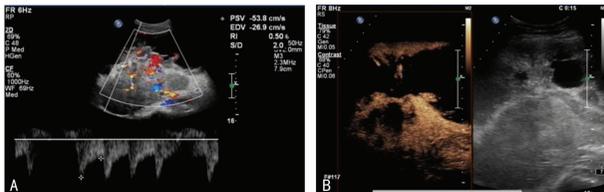
(南昌大学第一附属医院超声科,南昌 330006)

[中图分类号] R445.1;R735.7 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2016)35-5036-02

炎性肌纤维母细胞瘤是由肌纤维母细胞性梭形细胞伴大量炎性细胞组成的间叶性肿瘤,以往常被称为炎性假瘤,常见于肺部,发生于肝脏则较为罕见^[1]。作者回顾本院近期经病理诊断证实的 1 例肝炎性肌纤维母细胞瘤病例,对其超声影像表现及病理特征进行分析,以提高对该病的认识。

1 临床资料

患者男,67 岁,无明显诱因下出现肝区持续性隐痛,无放射。于当地医院抗感染治疗后转至本院。自述无头痛、恶心、呕吐,否认糖尿病、结核病史,无疫水接触史,无相关遗传病。查体:体温 36℃,肝、脾肋下未触及,腹平软,移动性浊音阴性。常规超声见范围约 13.0 cm×12.0 cm 病灶,边界欠清,内呈现不均匀低回声。彩色多普勒可见较丰富的血流信号。病变内血管阻力指数为 0.50(图 1A)。机械指数(MI)为 0.06 时,静脉团注 2.4 mL 声诺维造影剂。病变中间见片状无增强区,周边动脉相呈高增强(图 1B),门脉相及延时相呈等增强,表现为“环状增强”。

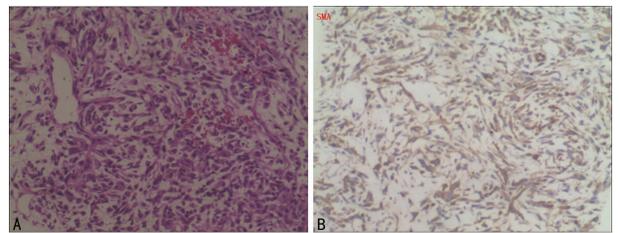


A: 频谱多普勒超声图像显示肿块实性部位血管阻力指数为 0.5; B: 注射造影剂 15 s 后超声造影图像显示肿瘤边缘开始强化。

图 1 病变部位超声影像表现

初步诊断:肝内巨大包块,良性占位(肝腺瘤可能,不排除其他)。实验室检查示甲胎蛋白(AFP)、癌胚抗原(CEA)正常, γ -谷氨酰转氨酶 57 U/L。超声引导下穿刺,送检灰白色条索状组织,镜下见增生梭形细胞、淋巴细胞、浆细胞及胶原纤维,细胞间组织黏液变性(图 2A)。免疫组织化学:肌动蛋白

(actin)(+), CD99(+++); 细胞角蛋白(CK)(-); 结蛋白(Des)(-); 第 8 因子相关抗原(FVIII Ag)(-); 细胞增殖抗原标记物 Ki-67(60%+); 肌调节蛋白(Myod1)(-); S100(-); 平滑肌肌动蛋白(SMA)(3+), 见图 2B; 波形蛋白(Vimentin)(3+); 碘酸-无色品红染色(PAS)(-); 钙调蛋白(calponin)(-); 黑色素瘤抗体(HMB45)(-); CD117(-); Dog-1(-)。病理诊断:肝炎性肌纤维母细胞瘤(hepatic inflammatory myofibroblastic tumor, HIMT)。



A: 可见丰富的梭形细胞(苏木精-伊红染色×100); B: SMA 阳性(免疫组织化学染色×100)。

图 2 镜下观察病理及免疫组织化学形态

2 讨 论

HIMT 曾以炎性假瘤命名,发病原因多认为与免疫、过敏、损伤或全身炎性疾病有关,但缺少可靠证据证实。目前认为 HIMT 是一种低度恶性或交界性肿瘤,可发生于成人及儿童,患者常以发热及上腹部疼痛就诊。超声多表现为肝内单发不均匀低回声包块,边界清楚,周边无声晕。超声造影多数无增强,部分周边环状增强^[2]。实验室检查 CEA、AFP、糖类抗原 19-9(CA19-9)多为阴性,转氨酶水平多正常或稍高。镜下见梭形细胞增生及大量炎性细胞弥散分布。免疫组织化学 Vimentin、SMA、Ki-67 多为阳性,CD117、CK 常为阴性。HIMT 应与肝癌、血管瘤、肝脓肿、肝腺瘤等进行鉴别。肝细胞癌常为肝动脉供血,造影呈“快进快出”,常有肝炎肝硬化病史,且 AFP 常