

点^[3]。宫旁积血则于切口两侧探及不规则包块状液性暗区,内有散在光点,也可间有杂乱团状强回声,边界模糊毛糙。切口愈合欠佳可见切口明显隆起,边缘模糊,内部回声杂乱或呈不均匀强回声,或有小的液性暗区,浆膜层光带断续性中断^[2]。切口未愈合则是一种少见却严重的情况,表现为切口表面凹凸不平,浆膜完整或断续,肌层连贯不佳,似有断裂,其深部或切口区常出现无回声区;此时应提醒临床采取紧急措施^[3]。

本组 805 例剖宫产由于术后常规 B 超检查,仅 1 例切口愈合不良伴腹部血肿需行手术治疗,余均经保

守治疗痊愈,表明术后常规 B 超检查在及时发现剖宫产术后隐性并发症,减少和杜绝重大并发症的发生;准确了解子宫复旧和子宫切口的愈合情况;早期发现子宫和附件的伴随疾病等方面具有重要意义。

参考文献

- 1 蔡文,孔秋英,杨永忠. B 型超声对正常产褥初期子宫复旧的观察. 中华超声医学杂志, 1995, 4(4): 28.
- 2 赵梅,郑宝琴,陆秀娥. 剖宫产后 B 超检查结果分析. 中国超声医学杂志, 1996, 2(7): 46.
- 3 吴钟瑜, 著. 实用妇产科超声诊断学(第 2 版). 天津: 科技翻译出版社, 1995. 263-268.

(1999-02-24 收稿)

乙状结肠黄色肉芽肿 1 例

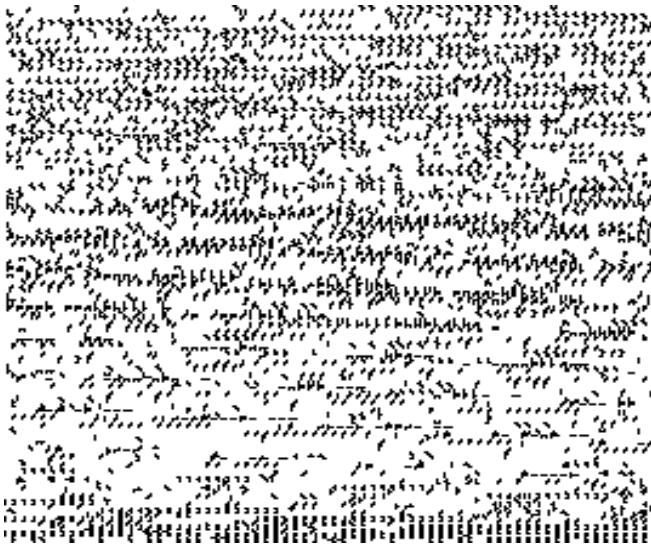
潘初 罗锐 张宇峰 李竹笙 刘贤富

结肠黄色肉芽肿极为罕见,本院收治 1 例报告如下。

男性 50 岁,农民,因下腹阵发性胀痛半月,大便次数增多,粘液样便,门诊以腹痛待查收入。查体:一般情况可,生命体征稳定,心肺无异常、腹软、肝脾不大,下腹部偏左有深压痛,并可扪及一包块,边界欠清楚,质中压痛,包块不活动。

外院结肠镜示:乙状结肠梗阻。

本院结肠双对比灌肠见:乙状结肠见长约 15cm 的狭窄段,管壁稍僵硬,边缘可见指压迹,粘膜欠规整,可见局限粘膜紊乱,狭窄段近端肠管明显扩张,逐渐向狭窄处移行(图 1)。X 线诊断:乙状结肠狭窄改变,多为肿瘤所致。



手术 见肿块位于左下腹,约 8.0cm × 8.0cm 大小,质地稍硬、无包膜,表面欠光滑,与腹膜紧密粘连,乙状结肠约 20cm 长

受累。切除后送病检,巨检:肿块切面呈灰黄,灰白交杂,累及肠管粘膜下层、肌层及浆膜层,粘膜未见浸润。镜检:瘤组织主要由成片的吞噬脂质的泡沫水细胞(黄色瘤细胞)、组织细胞组成,内杂成索状的纤维母细胞及增生毛细血管,并见大量单核细胞、淋巴细胞和少许嗜酸性白细胞浸润,呈肉芽组织样改变。少数组织细胞呈异型性,并可见病理性核分裂。病理诊断:乙状结肠黄色肉芽肿(低度恶性)。

讨论 黄色肉芽肿是组织细胞、纤维细胞及炎性细胞组成的一种瘤样病变,其细胞学结构类似炎性肉芽肿。本病少见,可见于任何年龄,但以中年以后为多。病变好发部位为纵隔、肺、腹膜后及肾脏等处。累及结肠者非常罕见,国内外文献仅有少数个案报道。国内新报告 2 例均在回盲部,而累及乙状结肠者以前未见报告。本病症状轻微且缺乏特异性,临床很难考虑此诊断。根据文献及本例病理,黄色肉芽肿病变范围一般较长,病变过程由外向内逐层发展,主要侵犯浆膜、肌层和粘膜下,粘膜常保持完整。此种改变与炎性病变更为接近,而与首先侵犯粘膜,后向腔内外浸润生长的原发癌性病变更有所差异。但与发生于此部位的转移性肿瘤和恶性淋巴瘤等非常相似,仅凭 X 线表现难以鉴别。回顾本例 X 线表现,可发现受累肠管范围较长且僵硬程度不重;狭窄肠管与正常肠管之间有移行段,而不同于结肠癌病变局限,有陡直变硬的截然分界;病变段肠粘膜大体完整,局部肠壁见指压迹征,无结肠癌明显的粘膜破坏,上述区别可作为鉴别诊断的参考依据。但因本病罕见,对其 X 线表现认识有待深入。本病的最终确诊仍有赖于病理学检查。

参考文献

- 1 武汉医学院病理教研室,等. 外科病理学(上册). 北京:人民卫生出版社, 1978. 264.
- 2 郭维知,陈也孝,陈联盟,等. 盲肠黄色肉芽肿 1 例报告. 中国医学影像学杂志, 1995, 3(1): 4.

(1998-12-10 收稿)