

Bedside ultrasound for diagnosis of stress cardiomyopathy: Case report 床旁超声诊断应激性心肌病 1 例

郭方舟, 王小锋

(兰州大学第二医院超声医学中心, 甘肃 兰州 730000)

[Keywords] Takotsubo cardiomyopathy; pregnancy, ectopic; echocardiography

[关键词] Takotsubo 心肌病; 妊娠, 异位; 超声心动描记术

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2022.06.037

[中图分类号] R542.2; R540.45 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2022)06-0953-02



图 1 应激性心肌病 A. 冠状动脉造影图; B. 心脏声像图示左心室增大; C. 治疗后复查心脏声像图示左心室大小恢复正常

患者女, 24 岁, 1 个月前孕 9⁺ 周因产检提示稽留流产于当地医院接受无痛清宫术, 术后持续阴道少量出血, 门诊予“米非司酮、米索前列醇”等药物治疗后无明显改善, 近 2 日阴道新鲜出血多于月经量, 不伴腹痛等; 既往体健。查体未见明显异常。实验室检查: 人绒毛膜促性腺激素 (human chorionic gonadotropin, HCG) 698.00 mIU/ml。盆腔超声: 宫腔内近右侧宫角处探及 2.5 cm × 1.5 cm 高回声, 形态不规则, 边界尚清, 内部回声不均, 周边血流信号较丰富。盆腔 MRI: 右侧宫角及输卵管间质部异常信号, 与子宫界限不清, 提示宫角妊娠。宫腔镜见宫腔右侧壁 2.1 cm × 1.5 cm 片状灰黄色组织。行宫腔镜下子宫病损电切术, 术中见右侧宫角部分粘连, 分离粘连, 见近右侧宫角处 2.0 cm × 1.0 cm 残留妊娠组织, 以环行电刀电切子宫右侧宫角、后壁、右侧壁及部分子宫内膜, 出血 500 ml。术后患者阴道出血 60 ml, 心率 130 次/分, 胸部 CT 示胸腔积液; 转入 ICU 后, 实验室检查提示急性呼吸衰竭; 心电图: 窦性心动过速, ST-T 异常改变; 冠状动脉造影未见明显异常 (图 1A)。床旁心脏超声: 左心增大, 左心室心尖部向外膨出、运动幅度基

本消失, 基底部运动幅度增强; 左心室收缩功能减低 (图 1B)。国际 Takotsubo (International Takotsubo Registry, InterTAK) 诊断标准: 78 分。综合诊断为应激性心肌病。行气管插管、止血、抗感染、营养支持及纠正电解质紊乱等治疗后, 病情有所好转并趋于稳定; 1 周后复查心脏超声, 左心室基本恢复正常 (图 1C), 进一步明确诊断为应激性心肌病。

讨论 应激性心肌病又称 Takotsubo 心肌病, 与生理或心理应激有关, 常见于绝经后妇女, 可能与雌激素水平降低、儿茶酚胺释放过多及神经源性心肌顿抑相关; 临床表现与急性冠脉综合征类似, 易误诊; 发病 3~6 个月后心肌功能多可恢复。InterTAK 诊断标准含 5 个临床参数和 2 个心电图参数, 即女性 (25 分)、情绪刺激 (24 分)、身体刺激 (13 分)、无 ST 段压低 (12 分)、精神疾病 (11 分)、神经疾病 (9 分) 及 QT 延长 (6 分), 有助于鉴别应激性心肌病与急性冠脉综合征; 以 ≥ 50 分诊断应激性心肌病, ≤ 31 分诊断急性冠脉综合征的特异度均为 95%。70%~80% 应激性心肌病超声见左心室增大, 心尖部向外膨出, 心尖部室壁运动幅度减低或消失合并基底部运动过度; 10%~20% 见左心室中部膨出

[第一作者] 郭方舟 (1989—), 女, 甘肃天水人, 硕士, 主治医师。E-mail: 394708451@qq.com

[收稿日期] 2021-11-05 [修回日期] 2022-03-15

且运动幅度减低、心尖及基底部收缩正常,易致心排量减少或心源性休克;5%可见基底部膨出伴轻度血流动力学异常。本例为

年轻未婚女性,存在心理及生理应激,心肌生物学检查及心电图异常而冠状动脉造影正常,后经超声随访证实应激性心脏病。

Primary vaginal malignant melanoma with liver metastases: Case report 原发性阴道恶性黑色素瘤多发肝转移 1 例

张火根^{1,2},游宇光¹,陈卓尔²,陈霞飞²

(1. 赣南医学院第一附属医院超声医学科,江西 赣州 341000;2. 赣南医学院第一临床医学院,江西 赣州 341000)

[Keywords] vaginal neoplasms; melanoma; neoplasm metastasis; diagnostic imaging

[关键词] 阴道肿瘤;黑色素瘤;肿瘤转移;诊断显像

DOI:10.13929/j.issn.1003-3289.2022.06.038

[中图分类号] R737.34; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2022)06-0954-01

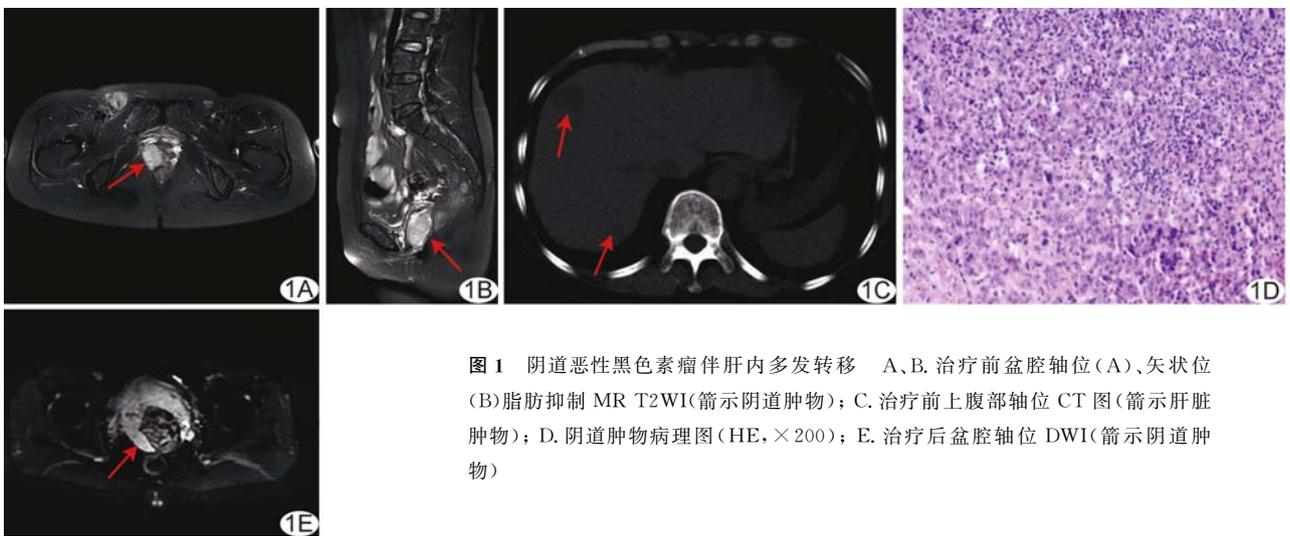


图 1 阴道恶性黑色素瘤伴肝内多发转移 A、B. 治疗前盆腔轴位(A)、矢状位(B)脂肪抑制 MR T2WI(箭示阴道肿物); C. 治疗前上腹部轴位 CT 图(箭示肝脏肿物); D. 阴道肿物病理图(HE, ×200); E. 治疗后盆腔轴位 DWI(箭示阴道肿物)

患者女,51岁,阴道不规则出血半年余,外阴坠胀2月余;双侧输卵管结扎术后3年,孕2产2,绝经2年。查体:阴道右侧壁4.0 cm×3.1 cm紫黑色不规则肿物;尿道外口及阴道散在紫黑色病灶,质硬,宫颈尚光滑。实验室检查未见明显异常。腹部MRI:阴道右侧壁4.0 cm×2.8 cm×2.6 cm不规则团块状等T1、高T2信号肿物(图1A、1B),弥散加权成像(diffusion weighted imaging, DWI)呈高信号,边界欠清,增强后呈明显强化;肝实质内多发类圆形T1WI低信号、T2WI高信号肿物,较大者约2.2 cm×2.1 cm,增强后呈环形强化。腹部CT示肝内多发低密度灶(图1C)。影像学考虑为阴道壁恶性肿瘤肝内多发转移可能。行阴道壁肿物活检术。病理:光镜下见瘤细胞大小不一,形态不规则,呈弥漫性分布,细胞间及周围见色素沉着(图1D);免疫组织化学:CD117(+),P16(+),MB45(+),Melan A(+),S-100(+),CK(-),Ki-67(75%+)。病理诊断:(阴道)恶性黑色素

瘤。临床综合诊断为阴道恶性黑色素瘤伴肝内多发转移,予特瑞普利单抗免疫治疗;半年后复查MRI(图1E)显示疾病进展。

讨论 原发性阴道恶性黑色素瘤(primary vaginal malignant melanoma, PVMM)临床罕见,侵袭性较强,常见于绝经后女性,多表现为阴道无痛性异常出血,易扩散至周围淋巴结及发生远处转移,复发率高;其典型MRI表现为T2WI低信号,而本例呈高信号,可能与细胞内黑色素颗粒占比较低有关。目前对PVMM根治术后高危患者多辅以化学、放射及免疫治疗;对伴远处转移者,特瑞普利单抗联合阿昔替尼方案免疫治疗有助于降低复发风险。鉴别诊断:①阴道癌,多伴坏死及囊变,弥散受限,表现弥散系数较高;②阴道淋巴瘤,以弥漫大B细胞淋巴瘤多见,信号较均匀,增强后呈均匀强化,弥散明显受限,表现弥散系数较低。影像学对于评估预后与随访监测具有重要价值。最终确诊需依赖病理学。

[第一作者] 张火根(1995—),男,江西吉安人,在读硕士,医师。E-mail: 15770645440@163.com

[收稿日期] 2022-02-19 [修回日期] 2022-04-11