❖个案报道

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^{+4} 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肌病。

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，表观弥散系数较高；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，表观弥散系数较低。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