

诊,病例 2 足月儿因常规复查发现该病,2 例患儿目前预后均较好,对 NTCP 缺陷病的长期预后仍需随访更多此类疾病的患儿。

参考文献

[1] SARGIACOMO C,EL-KEHDY H,POURCHER G,et al. Age-dependent glycosylation of the sodium taurocholate co-transporter polypeptide;From fetal to adult human livers[J]. Hepatol Commun,2018,2(6):693-702.

[2] 宋元宗. 钠牛磺胆酸共转运多肽缺陷病的发病机制、临床表现及诊疗进展[J]. 临床肝胆病杂志,2019,35(8):1690-1692.

[3] FUCHS C D,PAUMGARTNER G,WAHLSTRÖM A, et al. Metabolic preconditioning protects BSEP/AB-CB11<sup>-/-</sup> mice against cholestatic liver injury[J]. J Hepatol,2017,66(1):95-101.

[4] ZHANG Q, HE Z, LIU Z, et al. Integrated plasma and liver gas chromatography mass spectrometry and liquid chromatography mass spectrometry metabolomics to reveal physiological functions of sodium taurocholate co-transporting polypeptide (NTCP) with an Ntcp knockout mouse model[J]. J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci,2021,1165:122531.

[5] ZOU T T,ZHU Y,WAN C M,et al. Clinical features of sodium-taurocholate cotransporting polypeptide deficiency in pediatric patients;case series and literature review[J]. Transl Pediatr,2021,10(4):1045-1054.

[6] DENG L J,OUYANG W X,LIU R,et al. Clinical characterization of NTCP deficiency in paediatric patients: a case-control study based on SLC10A1 genotyping analysis

[J]. Liver Int,2021,41(11):2720-2728.

[7] TAN H J,DENG M,QIU J W,et al. Monozygotic twins suffering from sodium taurocholate cotransporting polypeptide deficiency;a case report[J]. Front Pediatr,2018,6:354.

[8] DENG M,MAO M,GUO L,et al. Clinical and molecular study of a pediatric patient with sodium taurocholate co-transporting polypeptide deficiency[J]. Exp Ther Med,2016,12(5):3294-3300.

[9] YAN H,PENG B,LIU Y,et al. Viral entry of hepatitis B and D viruses and bile salts transportation share common molecular determinants on sodium taurocholate cotransporting polypeptide[J]. J Virol,2014,88(6):3273-3284.

[10] VAZ F M,PAULUSMA C C,HUIDEKOPER H,et al. Sodium taurocholate cotransporting polypeptide (SLC10A1) deficiency: conjugated hypercholanemia without a clear clinical phenotype[J]. Hepatology,2015,61(1):260-267.

[11] VAN HERPE F,WATERHAM H R,ADAMS C J,et al. NTCP deficiency and persistently raised bile salts;an adult case[J]. J Inherit Metab Dis,2017,40(3):313-315.

[12] MAO F,LIU T,HOU X,et al. Increased sulfation of bile acids in mice and human subjects with sodium taurocholate cotransporting polypeptide deficiency[J]. J Biol Chem,2019,294(31):11853-11862.

[13] KULKARNI S R,SOROKA C J,HAGEY L R,et al. Sir-tuin 1 activation alleviates cholestatic liver injury in a cholic acid-fed mouse model of cholestasis[J]. Hepatology,2016,64(6):2151-2164.

(收稿日期:2022-10-21 修回日期:2023-01-21)

• 案例分析 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.11.041

布-加综合征合并子宫浸润性腺癌 1 例临床诊治及分析

张楠<sup>1</sup>,周道银<sup>2</sup>,唐丽红<sup>3</sup>,杜士卜<sup>1</sup>,陈燕<sup>2△</sup>

1. 河北省中医院检验科,河北石家庄 050000;2. 第二军医大学附属长海医院实验诊断科,上海 200433;  
3. 新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市友谊医院检验科,新疆乌鲁木齐 830000

关键词:布-加综合征; 腹水; 细胞形态; 恶性肿瘤

中图法分类号:R657.3+4 文献标志码:C 文章编号:1672-9455(2023)11-1660-03

布-加综合征(BCS)是一种以门静脉高压为主的综合征,由于肝静脉主干和(或)下腔静脉肝段的阻塞或狭窄最终发展而成<sup>[1]</sup>。BCS 患者临床表现复杂,急性期通常会出现肝功能损伤,腹水、腹痛等<sup>[2-3]</sup>,易与其他引起肝损伤、腹水的疾病相混淆,出现腹水的患者可送检腹水常规细胞形态学检查,能快速、准确鉴别腹水的性质,避免漏诊及误诊。

1 临床资料

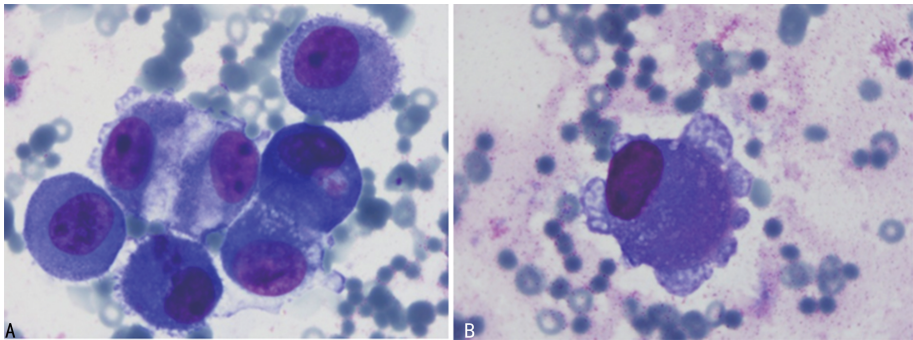
患者,女,61 岁,2018 年 9 月 3 日 15:00 因无明显

诱因突然出现腹胀且逐渐加重伴下肢肿胀、平卧困难而就诊。患者就诊时明显腹痛、腹胀,伴双下肢肿胀,胸闷,不能平卧,无发热、咳嗽、咳痰、恶心、呕吐等。患者既往无就诊史,家属自诉平素健康,既往史:无特殊。就诊时查体:体温正常,呼吸频率 19 次/分,血压 125/79 mm Hg,双肺呼吸音粗,未闻及干湿啰音,心率 96 次/分,心律齐,未闻及杂音,腹部外形隆起,触诊腹壁紧张,全腹部压痛,腹水征阳性,双下肢水肿。神经系统查体无明显异常。腹部 CT 检查提示

△ 通信作者,E-mail:chenyan770628@163.com。

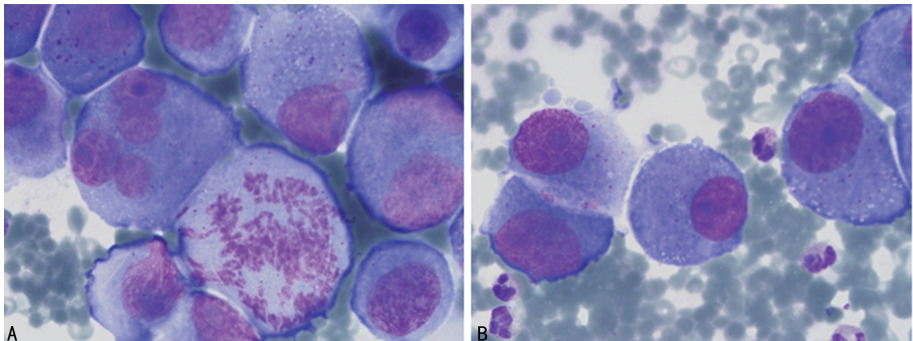
下腔静脉肝段狭窄趋闭塞,肝左、中、右静脉入下腔段均狭窄,大量腹水,右下肺动脉小血栓形成,提示BCS。住院期间行下腔静脉造影球囊扩张术,用 Mustang 8 mm×40 mm、12 mm×40 mm 球囊依次扩张狭窄段,并置入 BRAD E. LUMINEXX 14 mm×60 mm 支架使下腔静脉通畅。手术顺利,术后腹腔穿刺引出 3 000 mL 黄色清亮腹水,腹水常规细胞形态学检查未见明显异常,术后患者病情稳定,痊愈出院。2019 年 3 月患者因腹胀伴双下肢肿胀第 2 次就诊,行下腔静脉 CT 增强造影检查提示下腔静脉肝段支架置入术后支架下段及下腔静脉肝下段管腔较窄;盆、腹腔大量积液。入院期间患者行下腔静脉造影经皮腔内血管形成术(PTA)联合置管溶栓术,用波科 6 mm×40 mm、14 mm×80 mm 球囊依次扩张狭窄段,并置入 BRAD E. LUMINEXX 10 mm×60 mm 支架,与原支架重叠 30 mm,造影显示下腔静脉通畅,但下腔静脉下段存在血栓梗阻,遂留置猪尾导管,给予抗凝溶栓治疗后逐渐好转,腹胀及双下肢肿胀症状消失。此次术后腹腔穿刺引流出血性腹水,常规细胞形态学检查提示腹水呈血性、浑浊,蛋白定性阳性(++) ,细胞总数  $43\,243\times 10^6/L$  ,有核细胞数  $243\times 10^6/L$  ,有核细胞分类:中性粒细胞 28% ,淋巴细胞 46% ,巨噬细胞 26% 。腹水涂片中可见单个或成簇分布的癌细胞,胞体大,呈圆形或卵圆形,细胞质较丰

富,染蓝色,部分细胞的细胞质边缘可见瘤状突起,细胞核大,呈圆形或卵圆形,偏于细胞一侧,核染色质较细致,核仁明显。见图 1。薄层液基细胞学检查提示未见上皮内病变或恶性细胞。患者因病情好转、稳定后要求出院,但腹水常规细胞形态学支持恶性病变,腹水病理检查未查见恶性细胞,故嘱患者随诊,2 个月后复查。2019 年 5 月患者遵医嘱复查第 3 次就诊,进行女性盆腔磁共振平扫加增强检查提示盆腔囊实性占位,子宫腔内占位,考虑恶性病变伴盆腔种植转移,盆、腹腔大量积液。阴道超声检查提示盆腔可见大小 13.0 cm×8.6 cm 混合回声团块,下腹部液深 9 cm。考虑盆腔混合性包块,腹水。常规细胞形态学检查提示腹水呈血性,浑浊,蛋白定性阳性(+),细胞总数  $184\,823\times 10^6/L$  ,有核细胞数  $2\,823\times 10^6/L$  ,有核细胞分类:中性粒细胞 90% ,淋巴细胞 6% ,巨噬细胞 4% 。腹水涂片中可见单个或成簇分布的癌细胞。胞体大,呈圆形或卵圆形,细胞质较丰富,染蓝色或淡蓝色,细胞核大,呈圆形或卵圆形,偏于细胞一侧,可见双核及多核,核染色质较细致,核仁明显,可见癌细胞分裂象。见图 2。薄层液基细胞学检查找到癌细胞。考虑盆腔包块为恶性肿瘤,行剖腹探查术。术中切除病灶组织送病理检查。病理诊断:子宫浸润性腺癌,左侧附件可见肿瘤组织;盆腔包块浸润性(或转移性)腺癌。最后诊断为 BCS 合并盆腔恶性肿瘤,并进行积极抗肿瘤治疗。



注:A 为癌细胞成团分布,胞体大,可见核仁,胞质量丰富,嗜碱性强,染蓝色,部分细胞胞质边缘不整齐,可见癌细胞相互融合;B 为单个分布的癌细胞,胞体大,胞质量丰富,染蓝色,边缘可见瘤状凸起。

图 1 患者第 2 次就诊的腹水涂片查出癌细胞(瑞吉染色,×1 000)



注:A 为癌细胞大片分布,胞体大,可见双核及多核癌细胞,胞质量丰富,嗜碱性强,染蓝色,可见癌细胞分裂象;B 为散在分布的癌细胞,胞体大,可见核仁,胞质量丰富,嗜碱性强,染蓝色,部分细胞胞质中可见紫红色颗粒。

图 2 患者第 3 次就诊的腹水涂片查出癌细胞(瑞吉染色,×1 000)

## 2 讨 论

BCS 是由于各种原因导致肝静脉和邻近下腔静脉狭窄闭塞,肝静脉和下腔静脉血液回流障碍,临床表现为肝静脉流出道梗阻的各种异质性疾病综合体<sup>[4]</sup>。BCS 是肝后型门静脉高压症,与传统肝硬化门静脉高压症不同,其病因在西方国家主要为肝静脉病变所致,亚洲地区以下腔静脉病变多见。

BCS 患者临床表现和发病形式多样,大多数有肝脏肿大、压痛,腹痛及腹水三联征,一般认为是 BCS 的典型三联症,但缺乏诊断的特异性,易与其他原因导致的肝硬化、门静脉高压相混淆。既往误诊率较高,尤其是对症状隐匿、仅靠临床表现容易误诊,超声、CT 等影像学检查目前为诊断 BCS 的有效方法<sup>[5]</sup>。

本例患者以腹胀、大量腹水、双下肢肿胀起病,第 1 次就诊时腹部 CT 检查提示下腔静脉肝段狭窄趋闭塞,肝左、中、右静脉入下腔段均狭窄,BCS 诊断明确,行下腔静脉造影球囊扩张术后患者症状消失,痊愈出院。患者第 2 次仍以腹胀、大量腹水、双下肢肿胀就诊,CT 检查提示下腔静脉肝段支架置入术后,支架下段及下腔静脉肝下段管腔较窄,大量腹水,行下腔静脉造影 PTA 联合置管溶栓术后腹胀及双下肢肿胀症状消失,病情好转自动要求出院。此次就诊期间腹水常规细胞形态学查见恶性细胞,但腹水病理检查未查见恶性细胞,所以,嘱患者随诊。2 个月 after 患者再次就诊复查,此次腹水常规细胞学检查和病理学检查均查见癌细胞,临床各项检查指标均显示恶性肿瘤,故给予抗肿瘤治疗。

BCS 患者的肝脏肿大、压痛,腹痛及腹水三联征与某些恶性肿瘤如肝癌,盆腹腔恶性肿瘤等临床表现非常相似,容易混淆。据文献报道,由于 BCS 可造成肝脏淤血,静脉回流不畅,从而导致肝脏细胞缺氧而引起肝脏恶性肿瘤<sup>[2]</sup>。BCS 并发肝癌也有文献报道<sup>[6]</sup>。BCS 合并妇科盆腹腔恶性肿瘤罕见文献报道。BCS,肝癌,盆腹腔恶性肿瘤均可导致腹痛、大量腹水,临床医生遇到此类患者一定要注意区分,尤其是 BCS 患者大量腹水时一定要考虑到恶性肿瘤的可能,尤其是对中老年女性患者来说,大量腹水必须考虑宫颈癌、卵巢癌等妇科肿瘤,并加以排除<sup>[7-8]</sup>,而此时腹水

常规细胞形态学检查作为一种简便、快捷的方法就显得尤为重要。腹水常规细胞形态学检查作为一项常规检查技术,方便、快捷、准确,尤其是对恶性肿瘤给予很明确的诊断意义<sup>[9-11]</sup>,可作为腹水良、恶性鉴别的重要手段广泛用于临床。

## 参考文献

- [1] GRUS T, LAMBERT L, GRUSOVÁ G, et al. Budd-Chiari Syndrome[J]. Prague Med Rep, 2017, 118(2/3): 69-80.
- [2] ILIESCU L, TOMA L, MERCAN-STANCIU A, et al. Budd-Chiari syndrome-various etiologies and imagistic findings. A pictorial review[J]. Med Ultrason, 2019, 21(3): 344-348.
- [3] ZANETTO A, PELLONE M, SENZOLO M. Milestones in the discovery of Budd-Chiari syndrome[J]. Liver Int, 2019, 39(7): 1180-1185.
- [4] 薛挥, 李伟之, 马富权, 等. 布加综合征诊治现状[J]. 临床外科杂志, 2020, 28(6): 593-595.
- [5] 施彪, 陈世远, 王孝高, 等. CT 静脉成像技术在布加综合征诊断中的应用价值[J]. 中华解剖与临床杂志, 2022, 27(11): 758-762.
- [6] XU Z Q, WANG Y D, ZHANG X, et al. The effect of estrogen level on Budd Chiari syndrome related hepatocellular carcinoma[J]. Zhonghua Yi Xue Za Zhi, 2019, 99(16): 1241-1245.
- [7] 周德兴, 孔莹, 李磊, 等. 布加综合征患者肝脏良性结节与肝细胞癌病灶的 MRI 鉴别诊断[J]. 中华肝胆外科杂志, 2020, 26(7): 539-542.
- [8] MAMONE G, CAROLLO V, DI PIAZZA A, et al. Budd-Chiari Syndrome and hepatic regenerative nodules: Magnetic resonance findings with emphasis of hepatobiliary phase[J]. Eur J Radiol, 2019, 117: 15-25.
- [9] 柯传庆. 肝癌继发布加综合征漏诊一例并文献复习[J]. 临床误诊误治, 2017, 30(1): 28-30.
- [10] 李俊虹, 刘帮伟, 陈飞, 等. 浆膜腔积液细胞形态学检测的临床价值和应用[J]. 云南医药, 2022, 43(4): 18-22.
- [11] 桂强. 细胞形态学检查联合血清肿瘤标志物检测对恶性胸腔积液/腹水的诊断价值[J]. 检验医学与临床, 2021, 18(22): 3286-3289.

(收稿日期: 2022-10-19 修回日期: 2023-01-28)

• 案例分析 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2023. 11. 042

## 人类免疫缺陷病毒感染合并急性髓细胞白血病 1 例

张成伟, 邓秀春

云南省文山壮族苗族自治州人民医院医学检验科, 云南文山 663099

关键词: 人类免疫缺陷病毒; 急性髓细胞白血病; 诊断

中图分类号: R512. 91; R733. 71

文献标志码: C

文章编号: 1672-9455(2023)11-1662-03

人类免疫缺陷病毒(HIV)感染合并急性髓细胞白血病(AML)在临床中较为少见, 在早期临床症状、