

首诊于眼科的肺癌 2 例报告

朱建慧 郝春梅

(中国核工业总公司 721 矿职工医院五官科 江西乐安 344301)

关键词:原发性肺癌;脉络膜转移癌;病例报告

中图分类号:R 739.72

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2003)05-0056-01

脉络膜转移癌是一种少见的眼部疾患,我院于 1997 年 9 月和 2002 年 12 月分别发现 1 例,均经上级医院确诊,现报告如下:

1 病例报告

例 1. 鱼某,男,50 岁,工人,患者于 2002 年 11 月出现双眼视物模糊,左跟前黑影遮挡感。检查:VoD0.3, Vos0.15, 双眼外眼(-),玻璃体无混浊,左眼底视乳头血管正常,黄斑中心凹反光消失,下方及额下方视网膜隆起约 5D,呈黄白色,表面可见视网膜血管爬行,表面无色素附着,未查见视网膜裂孔;右眼底黄斑区中心凹反光弥散,较暗。眼压:右眼 18.4mmHg,左眼 20.55mmHg,超声波检查为双眼球内占位性病损,左眼视网膜脱离,眼底荧光血管造影示双眼脉络膜肿瘤可能,左眼视网膜脱离,胸片示左肺肺癌并纵隔转移,考虑患者为脉络膜转移癌,继发性视网膜脱离,原发性肺癌并纵隔转移。现患者已转至上海市胸科医院治疗(据家属介绍双眼已失明)。

例 2. 黄某,男,65 岁,农民,1997 年 9 月患者因左眼视物模糊,疼痛伴上方看不见,视物变形而至本科就诊,患者同时咳嗽较剧,为白色泡沫痰,过去史无特殊。体格检查:血压 140/95mmHg,左下肺呼吸音粗糙,余无明显异常。眼科情况:右眼视力 0.8,眼球前后节无病理性发现,左眼视力 0.02,光定位基本准确,上下睑轻度红肿,无压痛,下方球结膜轻度水肿,眼底可见视网膜下半隆起约 8~10 屈光度,下方周边部视

网膜呈豹纹状,未查见裂孔,巩膜透照下方透光性较差,眼压为 21mmHg。怀疑为继发性视网膜脱离,经上级医院行眼底荧光血管造影检查考虑左眼脉络膜转移癌,CT 检查证实为左肺肺癌,患者曾在本院行肺癌根治术治疗,半年后死亡。

2 讨论

2.1 眼内转移癌多为脉络膜转移癌,临床比较少见。脉络膜转移癌的原发癌中,据文献报告,在女性最多见为乳腺癌,男性则以肺癌为多,其它癌肿少见。常为单眼发病,左右眼受累的几率几乎相等,双眼受累也不少见,约占 30%,一般为双眼先后发病。

2.2 脉络膜转移癌症状出现,一般是在原发癌症状出现之后,数周至数年不等,部分病人则先出现转移癌症状。本文 2 例均为先出现眼部症状,后发现原发癌肿。

2.3 在临床工作中,当患者眼部发生视网膜脱离而怀疑它为继发性时,应想到脉络膜转移癌之可能。尤其是患者伴有咳嗽症状时更要提高警惕,应仔细询问病史,进行认真细致的全面检查,在寻找原发癌时要特别注意肺癌,应行 X 线摄片或 CT 检查,以免延误治疗,甚至危及生命。

2.4 对脉络膜转移癌一般以保守治疗为主,对已确诊的患者,用化疗、放疗、手术治疗原发癌,并观察眼部转移癌的控制情况,定期复查眼底及视力。

(收稿日期:2003 - 05 - 30)

罕见硬膜腔内游离髓核 1 例

邹敏

(江西省高安市骨伤医院 高安 330800)

关键词:硬膜腔内游离髓核;病例报告

中图分类号:R 758.3²

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2003)05-0056-01

朱某,女,61 岁,因腰痛伴左下肢放射痛半年余,加剧 2 个月。于 2002 年 5 月入院,起病时无明显诱因,自感腰骶部疼痛并向左下肢放射,咳嗽及大便时加重,在我院门诊治疗后稍有好转。2 个月前患者劳累后,再次出现腰骶疼痛,左下肢放射痛,且感左足底麻木、乏力、行走受限。查体:L₄~S₁ 棘突间及椎旁有压痛,左臀内侧压痛明显,左下肢肌力 IV 级,肌张力正常,左直腿抬高试验 60°(+). 自带 MRI 片示:(1) L₅~S₁ 椎间盘突出并脱出,并髓核游离于椎管内左前方,压迫脊髓及左侧神经根。(2) L₃~L₄、L₄~L₅、L₅~S₁ 水平韧带肥厚。生化检查:肝功能、全血 18 项均正常,诊断 L₅~S₁ 椎间盘突出症(髓核游离)。

入院后行髓核取出术,术中见 L₅~S₁ 平面左侧硬膜腔内,取出大约 1.2x2.5cm 髓核,并闭硬膜腔内,闭硬膜囊切口,用小块肌肉覆盖,未见脑脊液漏出,常规依次关闭切口,护腰带外固定,术后绝对卧床,头低脚高位 1 周,术后第 2 天疼痛明显缓解。并检证实为髓核组织。

讨论:此病临床少见,本例硬膜下游离髓核估计是从原硬膜创口进入,一般时间后外伤的硬膜口疤痕愈合,而原进入硬膜囊的髓核即游离于硬膜下腔内,引发症状,本症不同于临床一般腰椎间盘突出症,应注意识别,临证若不注意,易漏诊或误诊。

(收稿日期:2003 - 05 - 27)