

OC125, 其能识别糖类抗原 CA125, 对卵巢癌的诊断和疗效观察有较高的临床价值, 后来发现 CA125 存在于各种胚胎体腔上皮来源的组织中, 如间皮细胞组织: 胸膜、腹膜及心包膜; 苗勒管上皮: 输卵管、子宫内膜。近来有应用于胃癌, 结直肠癌, 食管癌, 贲门癌, 胰腺癌, 乳腺癌, 肺癌, 肝癌等肿瘤的报道^[1-9], 还有报道在急性淋巴细胞性白血病, 淋巴瘤, 肺炎, 慢性支气管炎, 结核性胸膜炎, 结核性腹膜炎 CA125, 急慢性肝炎也升高^[3,8], 也有人报道非妇科疾病胸腹水患者 CA125 水平明显升高^[10], 甚至有人认为 CA125 可作为判断慢性心衰预后的一个指标^[11]。有人报道肝硬化 CA125 升高^[9,12], 而有人认为 CA125 升高在肝硬化中只是一种假阳性^[1], 本文 94 例肝硬化患者 CA125 血清浓度明显升高, 阳性率为 95.74%, 治疗后下降到 29.79%, 有显著性差异, 79 例有腹水的肝硬化患者腹水 CA125 阳性率为 100.00%, 且平均浓度较高。CA125 血清浓度与肝功能 Child-pugh 分级呈正相关, 肝功能受损越重, CA125 浓度越高, 而随着肝功能的好转, Child-pugh 分级的下降, CA125 浓度也下降, 甚至转为阴性, 这可能与 CA125 存在于腹膜及肝硬化门脉高压, 血流回流受阻, 渗出增加, 胃血流量和肾小球滤过率下降, 有效循环血量减少, 肝功能对抗原处理能力下降等有关。因此, 我们认为肝硬化患者血清中 CA125 浓度可作为判断肝

硬化预后的一个指标, 并注意与妇科疾病进行鉴别。肝硬化患者血清中 CA125 浓度升高机制目前尚不完全清楚, 血清 CA125 浓度持续不降的肝硬化患者是否发展为肝癌也有待进一步观察研究。

4 参考文献

- 1 黄跃, 林明芳, 邱小雪. 血清 CA125, CA19-9, CA50 含量对消化系统肿瘤的诊断价值. 华人消化杂志 1998;6:1063-1064
- 2 刘联, 邹雄, 赵健, 王善政. 食管贲门癌患者血清 CA125 表达水平及其临床意义. 肿瘤防治杂志 2000;7:7-8
- 3 叶伟民, 韩焕兴, 孔宪寿. 肿瘤标记物 CA125 测定及其临床意义. 中国免疫学杂志 1999;15:522
- 4 寿伟臻, 张嗣博, 沈德义, 沈敏祺, 李炯. 血清 CA125 检测在肺癌中的价值. 肿瘤研究与临床 2001;13:106-107
- 5 张永祥, 戴冬梅. CA125 测定在肺癌中的临床价值. 青海医药杂志 2001;31:52-53
- 6 施常备, 杨琪, 李树业, 李强, 贾晓娟. CA125 与 AFP 检测对原发性肝癌诊断的比较. 陕西肿瘤医学 2000;8:200-201
- 7 陈宏斌, 张亚东, 黄跃, 陈小春. 血清 CA125 诊断肝癌的价值. 华人消化杂志 1998;6:242-243
- 8 陈虹. 肿瘤标记物 CA125 II 的检测及临床价值. 镇江医学院学报 1999;9:417-411
- 9 叶飞, 胡若愚, 丁建仁, 俞莉芳. 肝硬化和肝癌患者血清 CA125 观察. 放射免疫学杂志 2000;13:224
- 10 张哲, 陆文熊. 非妇科疾病胸、腹水患者血清 CA125 水平的测定. 中国实验诊断学 2000;4:233
- 11 石丹, 梁海南, 杜静, 董少红. 慢性心衰患者血清 CA125 水平测定及其临床意义. 心血管康复医学杂志 2001;10:204-205
- 12 Xiao WB, Liu YL. Elevation of serum and ascites cancer antigen 125 in patients with liver cirrhosis. J Gastroenterol Hepatol 2003;18:1315-1316

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2004 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 病例报告 •

绒毛膜细胞癌空肠转移 1 例

程斌, 谢华平, 龚建平, 王家马龙

程斌, 谢华平, 王家马龙. 华中科技大学同济医学院附属同济医院消化内科. 湖北省武汉市 430030
龚建平, 华中科技大学同济医学院附属同济医院胃肠外科中心. 湖北省武汉市 430030
项目负责人: 程斌. 430030, 湖北省武汉市, 华中科技大学同济医学院附属同济医院消化内科. b.cheng@tjh.tjmu.edu.cn
电话: 027-83663611 传真: 027-83646605
收稿日期: 2004-02-23 接受日期: 2004-03-02

程斌, 谢华平, 龚建平, 王家马龙. 绒毛膜细胞癌空肠转移 1 例. 世界华人消化杂志 2004;12(7):1760-1762
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/1760.asp>

摘要

目的: 通过对该罕见病例的报道拓宽人们对育龄妇女下消化道出血的病因分析思路。

方法: 剖腹探查, 手术标本病理确诊。

结果: 下消化道出血因为绒毛膜细胞癌空肠转移。

结论: 育龄妇女下消化道出血原因不明时, 要考虑绒毛膜细胞癌消化道转移。

1 病例报告

女性, 30 岁. 因黑便 4 d 于 2004-01-07 收住我院消化内科病房, 伴头昏、心慌、黑朦, 无腹痛、恶心、呕吐、反酸等. 既往无胃病史, 1999-09 顺产一男婴, 2002-04 始月经不规则, 量少. 查体: 重度贫血貌, 血压 120/80 mmHg, 心率 108 次/min, 心肺未见异常, 腹软, 无压痛, 未扪及包块, 肝脾肋下未及, 移动性浊音阴性, 肠鸣音 6-8 次/min. 入院时 Hb 67 g/L (2003-11 健康检查时为 117 g/L). 胃镜检查示胃黏膜贫血相, 未见出血病灶. 结肠镜因患者不能耐受仅进入乙状结肠, 肠黏膜表面可见暗红色血性液体附着. 消化道核素显像: 动态

像未见明显放射性异常浓聚, 23 h 静态像见右下腹放射性异常浓聚, 考虑回肠末端以上消化道活动性出血。肠系膜上、下动脉造影示左上腹空肠异常血管显影, 呈斑片状, 考虑为“血管畸形”。住院期间给予垂体后叶素及制酸、止血等治疗仍反复出现黑便或暗红色血便, 于2004-01-20剖腹探查, 术中发见空肠上段距Treitz韧带约75 cm左右处有2个并列生长的蕈样隆起凸向肠腔, 基底宽, 大小约1 cm × 1.2 cm, 二者相距约1 cm, 表面仍活动性出血。切除病变段肠管约5 cm, 行端端吻合术, 切除肠管送病检, 病理证实为小肠转移性绒毛膜癌, 癌组织已侵及肠壁黏膜层、黏膜下层与深肌层。随后查尿HCG呈阳性, 血 β -HCG 66 354.00 mIU/mL (正常值范围: 0.00-2.90 mIU/mL)。术后消化道出血停止, 转我院妇科肿瘤病房行化疗, 妇检未发现明显异常, 妇科B超示子宫肌瘤(1.7 cm × 1.3 cm)。

2 讨论

绒毛膜癌是一种高度恶性肿瘤, 继发于葡萄胎、流产或足月分娩以后, 少数可发生于异位妊娠后。绒毛膜癌多发生于子宫, 但也有子宫内未发现原发病灶而只有转移灶出现的病例。转移常见部位为肺、阴道、脑、肝或胃肠道等。国内有绒毛膜癌眼部转移、脾转移的个

案报道^[1-2], 一组大样本的下消化道出血病因分析亦未发现绒毛膜癌转移的病例^[3]。国外也仅见2例绒毛膜癌肠道转移致下消化道出血的个案报道^[4,5]。本例术前未检查生殖系统, 术后经病理确诊后追问病史方知患者2 a前曾因“尿HCG阳性”行药物流产术, 但当时未引起注意。因此, 本例提醒我们, 对育龄妇女出现下消化道出血, 常规检查未能明确病因时, 需仔细询问生育史, 严格行妇科检查及妇科B超, 查尿HCG。另外, 绒毛膜癌可产生乙种人体绒毛膜促性腺激素(HCG- β), 导致绒毛膜癌者血中HCG- β 明显升高, 故临床疑为绒毛膜癌或转移时可检测此指标。另外, 手术或化疗根治绒毛膜癌后可使HCG- β 恢复至正常水平, 肿瘤复发或转移时又再度升高, 因而也可用于作为疗效评价和复发监测的指标。

3 参考文献

- 1 陈萍, 张玉华, 施林莺, 潘玲. 左眼转移性绒毛膜细胞癌1例. 中华眼科杂志 1997;33:159
- 2 李孟祥, 唐武兵. 脾脏绒毛膜细胞癌2例. 浙江肿瘤 1998;4:185
- 3 张影, 李萱, 欧阳钦. 885例下消化道出血病因分析. 中华消化内镜杂志 2002;19:105-106
- 4 Stokes EW, Perkins C. Testicular choriocarcinoma. An unusual presentation as occult gastrointestinal blood loss. J Adolesc Health Care 1989;10:146-150
- 5 Suski E, Pavlides C, Matsumoto T. Massive lower gastrointestinal bleeding: unusual presentation of metastatic choriocarcinoma. Int Surg 1979;64:53-55

• 病例报告 •

食管及胆囊同时性双原发癌1例

吴继华, 张建中, 周金莲

吴继华, 张建中, 周金莲, 中国人民解放军第306医院病理科 北京市 100101
项目负责人: 吴继华, 100101, 北京市朝阳区安翔北里9号, 中国人民解放军第306医院病理科。

电话: 010-66356729-2075

收稿日期: 2004-01-09 接受日期: 2004-03-12

摘要

目的: 通过报道食管及胆囊同时性双原发癌这一少见病例, 分析其可能的发病因素及临床病理学意义。

方法: 收集分析临床病理资料, 肉眼及显微镜下观察手术切除标本。

结果: 病理诊断为食管及胆囊同时性双原发癌, 且组织病理学类型不同。

结论: 双原发癌的发生可能与遗传因素有关。

吴继华, 张建中, 周金莲. 食管及胆囊同时性双原发癌1例. 世界华人消化杂志 2004;12(7):1761-1762

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/1761.asp>

1 病例报告

男性患者, 56岁, 因进食出现剑突下疼痛2 mo入院。疼痛为隐痛, 持续数分钟后可自行缓解。既往有胆囊结石病史, 其父死于食管癌。纤维食管镜: 在食管下段距门齿33-38 cm之间可见带蒂息肉状、下部为半圆形浸润性肿物, 表面结节状。病理活检示: 食管下段鳞状细胞癌。食管钡餐示: 瘤体主要位于下段食管, 胃小弯侧胃壁柔软。腹部B超及MRI示: 胆囊增大, 胆囊底部息肉, 胆囊颈部可见多个小结石。术前诊断: 食管癌; 胆囊结石并胆囊息肉。病理检查: 送检标本为切除食管一段及已剖开的胆囊, 食管长10 cm, 距其一端切缘1.5 cm处黏膜表面见一灰红灰褐色蕈伞样肿物, 6.5 cm × 4.0 cm × 1.5 cm大小, 切面灰白色, 质脆; 肿瘤旁食管外膜查见淋巴结8枚, 直径0.2-1.2 cm。胆囊8.0 cm × 4.0 cm × 1.5 cm大小, 胆囊底部黏膜表面见一有蒂灰褐色菜花样肿物, 2.5 cm × 1.7 cm × 1.2 cm, 切面灰白色、质脆, 胆囊黏膜粗糙, 壁厚0.1-0.3 cm, 胆囊颈部触及一种