

• 短篇及病例报道 •

脾脏真性囊肿 1 例

农卡特,袁晟光[△],梅铭惠,杨景红,翁俊,莫庆荣,冉福林
(桂林医学院附属医院肝胆胰外科,广西桂林 541001)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.13.048

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)13-1349-02

1 临床资料

患者,女,18岁,因左上腹胀痛7d,于2009年8月19日入院。大约1年前曾有上腹部撞击伤。查体:皮肤、巩膜无黄染,左上腹稍膨隆,腹软,左上腹轻压痛,无反跳痛,左上腹可触及一囊性包块,范围约8cm×8cm,质软,表面光滑,边界欠清,有轻压痛。血常规检查:白细胞(WBC)10.810×10⁹/L,中性粒细胞(N)0.804;肝功能:总胆红素(TBIL)22.38μmol/L,直接胆红素(DBIL)7.60μmol/L,γ-谷酰转氨酶(γ-GT)56.35U/L,丙氨酸氨基转移酶(ALT)96.60U/L,天门冬氨酸氨基转移酶(AST)122.50U/L;尿淀粉酶754.00U/L;肿瘤标志物:癌胚抗原(CEA)27.380ng/mL,糖类抗原(CA19-9)>1000.00U/mL,CA125558.700U/mL。外院上腹部B超:肝左叶囊肿,大小14.5cm×12.4cm×12.1cm;外院上腹部CT:左上腹巨大囊性占位病变,大小12cm×13cm×14cm,考虑来源于胰尾或肝左叶囊肿可能性大。入院考虑“左上腹囊肿,胰腺假性囊肿?”。入院后第2天,患者诉左上腹胀痛缓解。查体发现左上腹包块消失。复查腹部B超:脾下局部积液;复查上腹部CT:考虑脾脏内软化灶,并脾脏增大,腹腔积液(图1~3);诊断性腹腔穿刺抽出黄色混浊液体,常规检测提示为渗液,淀粉酶106.00U/L。临床考虑“左上腹囊肿自发破裂”。患者无明显不适,予出院。患者出院后半个月期间情况良好,无明显不适。

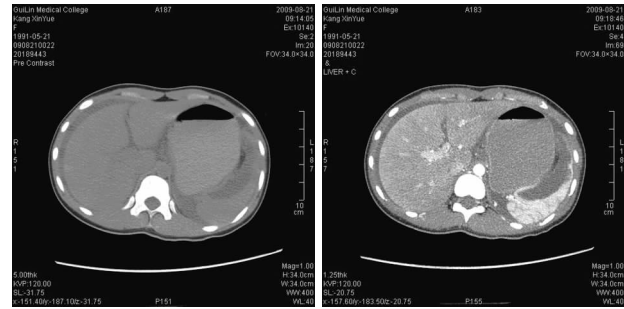


图1 脾脏囊肿破裂后(平扫期) 图2 脾脏囊肿破裂后(动脉期)

出院后半个月复查腹部B超:左上腹囊肿,大小8.7cm×7.3cm×7.3cm,脾脏囊肿或胰腺囊肿可能,再次入院。上腹部CT检查:脾脏囊肿,大小为8.8cm×7.1cm(图4)。复查肿瘤标志物:CEA4.590ng/mL,CA19-9>1000.000U/mL,CA125为68.590U/mL;诊断“脾脏囊肿”而行手术治疗。术中所见:无腹水;肝脏形态、色泽正常,无肿块;脾脏中上部见大小8cm×8cm×7cm囊性包块,凸出脾脏表面,与肝左外叶及大网膜粘连,囊壁内部可见黄色结节突起,大小约0.5cm×

0.5cm×0.5cm;余无明显异常。术后病理检查示:脾囊肿,囊壁为玻璃样变的纤维组织,内衬鳞状上皮。术后每月复查各项肿瘤标志物,术后3个月降至正常。

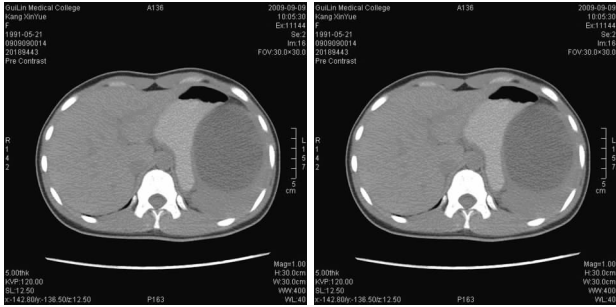


图3 脾脏囊肿破裂后(静脉期) 图4 脾脏囊肿破裂后20d(平扫期)

2 讨论

脾脏囊肿是脾脏组织的囊性病変,根据囊内壁是否被覆上皮可分为真性囊肿(原发性)和假性囊肿(继发性),而前者又可分为寄生虫囊肿(如棘球蚴虫囊肿)和非寄生虫囊肿两大类^[1]。假性脾脏囊肿多继发于脾脏外伤所致的血肿,血肿被包裹吸收后周围形成纤维性囊壁,囊液不断蓄积,逐渐形成浆液性孤立性囊肿,囊肿可以很大,囊壁无内皮细胞被覆,其内常含血液^[2]。脾脏寄生虫囊肿由棘球绦虫属的包虫组成,常与肝或肺包虫囊肿同时存在,多见于牧区。

脾脏真性囊肿较少见,占非寄生虫囊肿的10%左右,其特点为囊内壁被覆鳞状上皮,大多为先天性,且其上皮组织常阳性表达CA19-9、CEA等肿瘤相关抗原。而被覆该种上皮组织的脾脏囊肿患者血清CA19-9、CEA等也可能升高,这可能与创伤或囊内压力过高引起的机械损伤所致囊内物质入血有关^[3]。此类阳性表达肿瘤相关抗原的脾脏囊肿上皮的恶变倾向与其他阴性组织无明显区别。本病例术前血清CEA、CA19-9及CA125均明显升高,且脾脏囊肿在无明显外力的作用下曾自发破裂,说明其囊内压极高。手术切除脾脏后,血清CEA、CA19-9及CA125很快降至正常,术后囊肿病理检测未发现囊壁细胞存在明显恶性特征。脾脏囊肿小于8cm时常无明显临床症状,逐渐增大并压迫其周围器官后,患者可出现左上腹胀痛不适、早饱、胸痛、气急及左肩背部疼痛等,查体可触及左上腹囊性包块,Ward等^[4]报道1例连续7年保守治疗并随访的脾脏囊肿患者,该脾脏囊肿因逐渐增大而移位进入盆腔。患者也可能因囊肿并发症而就诊,如囊肿破裂、出血或感染等^[5]。CT是目前诊断脾脏囊肿最有价值的影像学检查方法,能明确显示病灶的部位、形态、大小及与周围脏器的关系,

[△] 通讯作者, Tel:13607736764; E-mail:ysg518@qq.com.

其定性诊断符合率较高,可作为脾囊肿首选的检查方法。脾脏囊肿需与脾脏脓肿、胰腺假性囊肿、脾脏囊性淋巴瘤等相鉴别。该患者脾脏囊肿位于脾门侧,且位置较表浅,囊肿较大时与周围组织贴合后解剖不清而影响了 B 超和 CT 的辨别。囊肿破裂体积缩小后,复查 CT 便可明确囊肿解剖来源。其次,本例患者有腹部外伤史,容易与胰腺假性囊肿混淆,但囊肿破裂后,腹腔穿刺液检查淀粉酶无明显增高,可排除胰腺假性囊肿的诊断。

参考文献:

[1] Sardi A,Ojeda HF,King Jr D. Laparoscopic resection of a benign true cyst of the spleen with the harmonic scalpel producing high levels of CA19-9 and carcinoembryonic antigen[J]. Am Surg,1998,64:1149-1154.

[2] Wu H,Kortbeek J. Management of splenic pseudocysts following trauma: A retrospective case series[J]. Am J Surg,2006,5:631-634.
[3] 郑方,邹一平,崔洪涛,等. 肿瘤标志物升高的真性脾囊肿临床分析[J]. 北京医学,2010,32(2):122-126.
[4] Ward EV,O'brien J,Conlon K,et al. Unusual long-term complications of splenic cyst[J]. JBR-BTR,2010,93(1):7-9
[5] Trompetas V,Panagopoulos E, Ramantanis G,et al. Giant benign true cyst of the spleen with high serum level of CA 19-9[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol,2002,14(1):85-88.

(收稿日期:2010-07-17 修回日期:2010-11-17)

• 短篇及病例报道 •

分区打包治疗超大范围腋臭术后血肿 1 例

毛彤春,刘晓伟,樊东力[△]

(第三军医大学新桥医院整形美容外科,重庆 400037)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.13.049 文献标识码:C 文章编号:1671-8348(2011)13-1350-02

微创小切口修剪刮除法腋臭根治术具有切口小、术后瘢痕不明显、效果确切的优点。目前本科已采用这种方法治愈腋臭患者 200 余例^[1]。但是无论微创小切口还是传统切口,特别是在治疗范围超大、术后活动较多的腋臭患者时,都有出现血肿、以及由其导致的术区愈合不良甚至术区皮肤坏死等并发症发生^[2]。本科室采用分区打包技术成功治疗较大面积腋臭术后血肿 1 例,现报道如下。

1 临床资料

患者,男,22 岁;自觉双腋下异味,多汗,影响生活 7 年余;近 7 年多次应用药物治疗,但治疗效果不甚理想。查体:双腋下腋毛发育旺盛,皮肤呈暗褐色,较周边肤色明显加深,刺鼻气味明显;腋毛分布于侧胸壁、腋窝顶、上臂内侧,范围约 15 cm×8 cm。局麻下采用双蒂小切口皮下汗腺修剪法治疗,术后常规双侧腋下打包(单包式),加压包扎;未放置引流条,术后嘱患者减少双上臂活动、腋窝制动;术后第 3 天换药见包扎敷料固定好、无松脱和滑落;双上臂内侧、侧胸壁无青紫、淤斑等。换药后患者未遵医嘱休息,仍上班工作,双肩关节未制动,活动频繁。术后第 7 天拆线见:左侧术区皮下积血,淤积血凝块约 30 mL,腋下皮瓣浮起;右侧无明显皮下积血、皮瓣与创面基底未贴合,皮瓣与创面基底呈袋状分离;双侧术区表皮发黑、翻转皮肤,见皮肤内层红润、点状渗血。处理:给予清除血肿,过氧化氢溶液、生理盐水反复冲洗双侧术区致冲洗液清亮,止血彻底后庆大霉素盐水冲洗术区 3 次;间断缝合手术切口及打包缝线;给予术区分区打包固定,未放置引流条,打包方法如图 1。分别打包加压固定。7 d 后拆包,双侧术区皮瓣与创面基底贴合牢靠,切口愈合良好,拆线。术后随访 3 个月双侧腋下无异味,双上肢活动无障碍。



图 1 分区打包示意图

2 讨论

在治疗腋臭过程中,修剪刮除治疗后术区皮瓣与创面基底完全分离、加压固定牢靠是手术成功与否的关键。在临床工作中发现,患者的汗腺分布常累及侧胸壁、上臂内侧,范围较大;给予术后加压固定带来不便^[3-5]。本文报道病例中出现的左侧积血影响术区愈合;右侧无明显积血,但皮瓣与创面基底亦未完全愈合,主要是由于创面面积大,单包式的大包堆在肩关节的过度活动未能起到彻底的牢靠固定导致的。上臂内侧、腋窝顶、侧胸壁的解剖结构决定在肩关节运动过程中,三者处于不同的运动方式。在运动过程中扭转、松动的单包式整体打包敷料对术区的加压包扎固定,容易导致部分区域加压固定不牢,出现血肿甚至皮肤坏死的可能。分区打包固定的打包连接处相当于“人工关节”,增加了打包敷料随肩关节活时的贴合程度,避免了单包式整体打包敷料随肩关节活动扭转所导致挤压术区压力不均和皮瓣搓动的弊端,有利于腋臭手术术区加压固定,降低血肿及其导致的切口延迟愈合的发生概率。分区打包

[△] 通讯作者,Tel:(023)68774647;E-mail:fldtmmu@sina.com。