

· 临床研究 ·

腹腔纱布肉芽肿诊断与治疗的临床研究

易凤琼¹, 魏正强², 张伟²

(重庆医科大学附属第一医院: 1. 麻醉科; 2. 普外科 400016)

摘要:目的 探讨如何提高腹腔纱布肉芽肿的术前准确诊断率, 减少对患者的伤害。方法 回顾该院收治的腹腔纱布肉芽肿病例 4 例, 复习其临床表现及 B 超、CT 的影像学特征, 结合相关文献资料进行总结分析。结果 本组 4 例患者在术前均行 B 超、CT 检查, 其中 3 例患者有一定的影像学特征, 手术探查后明确诊断, 未行扩大手术; 1 例患者的影像学特征不明显, 诊断为肝癌, 行右半结肠切除联合肝脏部分切除术。4 例均治愈。结论 腹腔纱布肉芽肿的 B 超、CT 检查均有一定特征性表现, 仔细分析影像学特征并结合病史资料可以提高术前诊断率, 减少对患者的伤害。

关键词: 诊断; 治疗; 医源性异物; 纱布

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2011.32.024

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2011)32-3274-02

The experience on the diagnosis and treatment of abdominal gauze granuloma

Yi Fengqiong¹, Wei Zhengqiang², Zhang Wei²

(1. Department of Anesthesiology; 2. Department of General Surgery, the First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China)

Abstract: Objective To explore how to improve the preoperative diagnosis of abdominal gauze granuloma, to reduce the harm to patients. Methods Four cases of abdominal gauze were reviewed and analyzed on the clinical findings and medical images, features of B-ultrasonic and CT were summarized with other references. Results B-ultrasonic and CT were performed in all four cases before operation. Because of the characteristic image findings, the characteristic image of B-ultrasonic and CT were found in three cases except one case. The three cases were treated with laparotomy and mass resection without expanding operations. One case was treated by partial hepatectomy and resection of right half of colon because misdiagnosis of liver cancer. Conclusion The features in B-ultrasonic and CT are reliable in the diagnosis of abdominal gauze granuloma, if combined with medical history, the misdiagnosis rate and the harm to patients can be reduced.

Key words: diagnosis; therapy; iatrogenic foreign body; gauze

医源性体内异物在临床上并不罕见, 一旦发生, 二次手术创伤将不可避免。临床上将纱布肉芽肿误诊为肿瘤行根治术的病例时有报道^[1], 这为患者带来更大的伤害和痛苦。因此, 为避免行扩大手术对患者造成的巨大创伤, 早期及时准确的诊断纱布肉芽肿是非常必要和重要的。近几年本院共收治了 4 例手术后体内纱布残留患者, 详细地总结分析各个病例的临床特点及影像学表现, 并参考国内外的相关文献资料, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 年 5 月至 2010 年 1 月本院共收治腹部包块伴不适患者 4 例, 其中男 1 例, 女 3 例; 年龄 25~55 岁; 病程 1 个月至 3 年。临床症状为腹部疼痛不适 3 例, 腹部包块伴不适 1 例。体格检查为下腹部固定包块 1 例, 下腹部可移动包块 2 例, 右上腹部包块伴肝脏质地变硬 1 例。患者既往手术史: 1 例 1 个月前因原发性不育行腹腔镜输卵管成形通水术, 1 例 3 个月前因不全性葡萄胎复发行经腹全子宫切除术, 1 例 6 个月前行剖腹产术, 1 例 3 年前因急性胆囊炎行胆囊切除术。术前诊断: 3 例诊断为腹部包块待查, 1 例诊断为肝癌。

1.2 方法

1.2.1 诊断方法 4 例患者均采用 B 超及 CT 进行检查。

1.2.2 治疗方法 4 例均行手术治疗, 3 例患者行剖腹探查联合腹部包块切除术, 未施行扩大切除术。1 例因术前诊断为肝癌, 术中发现结肠有肿块, 行右半结肠切除联合肝脏部分切除术。

2 结果

2.1 影像学检查结果 4 例患者均进行了 B 超及 CT 检查。

其中 3 例 B 超发现腹部实性包块, 其后的 CT 检查结果如下: 1 例 CT 发现横结肠旁类圆形包块, 内部密度不均, 有多个大小不等泡状气体密度影, 呈蜂窝状改变, 增强扫描肿块内部无强化; 1 例 CT 发现回盲区圆形包块, 边缘欠清晰, 可见包膜, 其内部密度不均匀, 内可见多个类圆形气体密度影, 增强扫描周边包膜可见强化, 内部无强化; 1 例在乙状结肠部位见 1 长条状团块影, 其内密度不均匀, 可见少量气泡状影像。另外 1 例 B 超发现右上腹部包块, CT 诊断为肝癌可能。

2.2 手术治疗结果 所有患者均接受了手术治疗, 术后恢复顺利。术中所见: 1 例患者包块 3 cm×3 cm×2 cm 大小, 位于左侧下腹腔内, 与周围组织广泛粘连, 有包膜, 切开内含少量黄色液体及小纱布 1 块, 术后病理检查显示纱布瘤合并少量组织坏死; 1 例患者术中见大网膜集聚在回盲部, 阑尾增粗, 肿块大小为 7 cm×5 cm×5 cm, 质软, 边界不清, 切开可见纱布 1 块, 术后病理检查显示慢性肉芽肿伴少量纤维增生; 1 例患者术中见 8 cm×5 cm×4 cm 大小包块, 质硬, 边界不清, 切开见血性液体流出, 腔内含大纱布 1 块, 术后病理检查显示异物肉芽肿; 1 例患者包块大小约 8 cm×7 cm×6 cm, 与肝脏、结肠肝曲及升结肠上段粘连很重, 边界不清楚, 切开内含脓液, 腔内见大纱布 1 块, 术后病理显示慢性肉芽肿, 伴大量纤维增生。

3 讨论

3.1 纱布肉芽肿对机体的危害 纱布肉芽肿又称为纱布瘤, 为纱布遗留在体内, 机体因自身的慢性炎症反应引起的增生性肉芽肿性病变。根据其组织病理学特点可将纱布肉芽肿分为囊性和实性两种类型。前者为纱布在人体内引起渗出或液化、

坏死并被纤维包裹所形成的异物性脓肿;后者为异物性肉芽肿,病理检查主要表现为肉芽组织增生和纤维化。其对于机体的影响主要是由于慢性炎症引起机体的应激反应和肉芽肿组织对机体的挤压和临床上常见良性肿瘤相似。因为其基本不具备恶变倾向,因此纱布肉芽肿的治疗和良性肿瘤有相当大的区别,如何在术前正确的诊断纱布肉芽肿显得尤为重要。

3.2 纱布肉芽肿形成的病理学基础及临床表现 纱布遗留腹腔后首先由大网膜及邻近肠管将其紧密粘连并包裹,自肠管与纱布团粘连处开始逐渐向周围扩展产生纤维结缔组织包膜直至完全包住纱布团,该包膜血管丰富,充血明显,随时间延长逐渐向纱布团网眼内生长,使包膜逐渐增厚。机体还通过在包膜内产生大量异物巨细胞来围歼异物纱线,使包膜内侧形成脓肿。当包膜完全形成后,肠管与纱布团的粘连变得疏松,此时纱布团也就具有了一些活动度^[2]。

结合纱布肉芽肿形成的病理学基础及临床表现,作者的体会是将纱布肉芽肿的临床病理改变大概可以分为以下几个阶段^[3]。(1)纱布肉芽肿早期:相当于异物在体内遗留约 1~2 周,此时纱布团被大网膜及邻近肠管粘连包裹,机体对异物产生炎症反应,急性炎症细胞渗出,肠管浆膜充血水肿,继而出现纱布团表面有部分包膜包裹,包膜较薄。镜下见其由疏松的纤维结缔组织、新生肉芽组织及脂肪组织组成,内有少量慢性炎症细胞浸润及散在异物巨细胞反应。患者可出现腹部不适、食欲下降、厌食等临床症状。(2)包膜形成期:相当于异物遗留腹内约 3~4 周,此时纱布团表面包膜完整,切开包膜见其向纱布团内有延续。镜下见包膜浅面为富于血管的疏松纤维结缔组织及逐渐机化的肉芽组织,其内见较多慢性炎症细胞(主要为浆细胞)浸润。包膜深层为致密的纤维结缔组织,其内有大量急性慢性炎症细胞及嗜酸性粒细胞浸润,并见异物巨细胞反应,内侧可见脓肿形成。此时患者的厌食、食欲不振等临床表现可能减轻,患者可出现轻度低热等临床表现。(3)纱布瘤期:此期相当于异物遗留腹内 7 周以上,病理学改变 7 周后纱布团表面包膜比 4 周时明显增厚,切面见其向深层生长,且难与纱布分离。镜下见包膜由致密的纤维结缔组织组成,其内为包绕成束的纱线异物,周围有大量异物巨细胞聚集。包膜浅层可见较多血管,包膜内仅见少量慢性炎症细胞浸润,但包膜深层可见脓肿形成,包膜增厚并向深层生长,内部含气消失并可见脓肿。此时部分患者可以出现肠道梗阻、受压的表现,类似肠梗阻征象。

3.3 纱布肉芽肿的影像学改变 对于纱布肉芽肿,目前认为 B 超和 CT 检查是最具有价值的诊断方法^[4],特别是 CT 扫描发现肿块内见多个大小不等泡状气体密度影,呈蜂窝状改变,即蜂窝征,是诊断纱布肉芽肿最特征性的 CT 征象^[5]。结合临床病理学变化,作者的体会是在不同的病理改变时期可有不同的影像学特点。(1)纱布肉芽肿早期,B 超检查可发现:纱布团在腹腔内呈一弧形强回声带后伴宽阔干净声影的肿块;CT 检查可发现:呈现为软组织密度的肿块,内部可见较多气泡是其特征性表现,周边无明显包膜,增强时无强化。(2)包膜形成期,B 超检查可发现:在纱布团的弧形强回声带外侧逐渐出现一薄层低回声带和更外侧的强回声带;CT 检查可发现:肿块内部的气泡逐渐减少至消失,周边逐渐出现由不完整到完整的包膜,增强时包膜强化,内部不强化,易于识别。(3)纱布瘤期,B 超检查可发现:较包膜形成期在纱布团的弧形强回声带外侧逐渐出现更明显的一薄层低回声带和更外侧的强回声带^[6];

CT 检查可发现:内容物中有云雾状和漩涡状高密度影及沟回状低密度影相间——蜂窝征为其特征性表现。

本组病例中 3 例患者以腹部疼痛及 B 超发现腹部实性包块就诊,CT 检查都有特征性表现。1 例为横结肠旁类圆形包块,内部密度不均,有多个大小不等泡状气体密度影,呈蜂窝状改变,增强扫描肿块内部无强化;1 例患者 CT 发现回盲区圆形包块,边缘欠清晰,可见包膜,其内部密度不均匀。内可见多个类圆形气体密度影,增强扫描周边包膜可见强化,内部无强化;1 例患者在乙状结肠部位见 1 长条状团块影,其内密度不均匀,可见少量气泡状影像。这些表现均符合纱布肉芽肿的特征性影像学表现。另外 1 例 B 超和 CT 检查无明显上述特征性影像学表现,这可能与其纱布滞留在体内的时间过长(3 年前行胆囊切除术)有关,因此,纱布长期滞留腹腔的影像学特征改变尚需进一步总结分析。纱布肉芽肿在腹腔不同的滞留时间上,各期有不同的影像学特点,认识和掌握这些特点,有助于术前正确诊断纱布肉芽肿,减少误诊和误治。

3.4 术中异物遗留的防范措施 手术遗留异物的原因很多,大多是术中的粗心大意、过分自信、不严格遵守操作规程或规章制度不健全等原因造成,为了防患于未然,作者提出以下 4 条防范措施:(1)制定并严格执行手术用物清点制度,掌握术中物品清点时机。在本院手术室对手术器械、纱布、缝针等用物实行 4 次清点,即手术开始前、关闭体腔(深部腔隙)前、关闭体腔后及术毕缝合皮肤后患者出手术室前。(2)培养随时清理术野的习惯,手术中器械护士应及时取回器械、物品,将当时不需要的纱布或器械放在器械桌上,不要放在手术野,做到心中有数。(3)术后对所清点物品有疑问或不清楚,必须汇报、记录,并需行 X 线检查,以明确有无异物遗留,并照 X 光片留档备查。(4)增强手术人员的责任心,这是减少和避免术后异物遗留的根本保证。工作(手术)时要一丝不苟,尽职尽责,严格遵守规章制度和操作规程,不得精简操作流程,不得凭经验办事。

总之,通过详细询问病史,仔细的体格检查,患者既往有腹部手术史,结合不同时期的影像学改变和临床医生的临床经验,可以得出纱布肉芽肿的诊断并不困难,准确的术前诊断可以减少对患者不必要的伤害。

参考文献:

- [1] 巴图尔,刘焱,左玲芝,等. 4 例纱布瘤的影像诊断[J]. 中华放射学杂志,2007,41(6):663-665.
- [2] 汪龙霞,安宁豫,尹辉,等. 腹腔内纱布团影像表现的实验研究[J]. 中华放射学杂志,2000,34(6):423-425.
- [3] 方超,汪冠三,胡孙林,等. 医用纱布留置腹腔时间推断的初步研究[J]. 中国法医学杂志,2009,24(6):372-375.
- [4] 吴钟瑜,等. 超声诊断腹腔纱布异物 4 例报道[J]. 中华妇产科杂志,1994,29(1):52.
- [5] 龙从杰,欧波. 蜂窝征:腹腔纱布瘤的 CT 表现(附 2 例报道并文献复习)[J]. 实用放射学杂志,2008,24(3):417-418.
- [6] 王孝华,等. B 型超声诊断腹内纱布 1 例[J]. 中华物理医学杂志,1992,14(4):71.