维普资讯 http://www.cqvip.com

261 - 264

中国局解手术学杂志 1999年第8卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 1999, Vol. 8, No. 4

脾原发性恶性肿瘤临床病理特征及手术中的无瘤技术(附四例报告)

R733.2

李义强* 张 霞* 曹秋利* 王 晓* 王宏模*

【摘 要】 目的 探讨脾原发性恶性肿瘤临床病理特征和手术中无瘤技术原则。方法 结合四例病例报告，回顾性分析脾原发性恶性肿瘤相关临床病理资料，总结出一系列无瘤技术原则和手术方法。结果 本组病例均完成了手术切除，并经病理证实，其中脾恶性纤维组织细胞瘤(MFH)1例，非何杰金氏淋巴瘤(NHL)3例，术后生存最长者4年5个月仍健在。结论 本病治疗的基本术式为脾加胰体尾部切除术；术中操作应严格遵循无瘤术原则。术后辅助性化疗能够对生存率有一定的提高。

【关键词】 脾原发性恶性肿瘤 无瘤技术

Clinico-pathological character of primary malignant tumors of spleen and preventing metastatic carcinoma operation (4 cases repot)

Li Yiqiang, Zhang Xia, Cao Quli, et al. Department of tumor, operative teaching, pathology, Clinical Medical College of Jiamusi University, Jiamusi 154002

【Abstract】 **Objective** To explore the clinico-pathological character and principle of preventing metastatic carcinoma in primary malignant tumors of spleen operation. **Methods** Through retrospective analyses of the 4 cases and pathologic materials the operating ways have been set up. **Results** All groups were resected well. 1 cases was malignant fibrous histiocytoma (MFH) and 3 cases were nonhodgkin's lymphoma (NHL) by pathologic diagnoses. The longest postoperative survival period was 4 years and 5 months, at present. **Conclusion** To cure the disease surgery needs resection of spleen and pancreas tail. The preventing metastatic carcinoma ways must be performed on the operation. After surgical treatment assisted chemical therapy may help to increase the patient's survival rates.

【Key words】 Primary malignant tumors of spleen Preventing metastatic carcinoma operation

脾原发性恶性肿瘤临床较少见。我院1992年10月～1995年1月收治4例，均手术切除并经病理证实；其中有极为罕见的恶性纤维组织细胞瘤1例；另外3例为非何杰金氏淋巴瘤。现结合文献复习，报告并进行讨论。

临床资料

例1，女，41岁。4个月前突发左上腹部疼痛，向左腰背部放散，故在当地以"急性胰腺炎"治疗2周。1个月前上述症状再次出现伴恶心、呕吐及消瘦和乏力。1992年10月13日入院。体检：贫血外观，左上腹压痛，未触及肿物。血红蛋白浓度69g/L；大便潜血阳性。B超于脾门区及脾外上区分别探及8.0cm×6.0cm、3.5cm×3.0cm实质性均质性肿物回声。1992年10月20日全麻下行脾、胰体尾部切除加横结肠部分切除端端吻合术。术中见脾脏肿大，脾门及脾膈面近上端分别见8.5cm×6.7cm×4.0cm、4.0cm×3.5cm×3cm肿瘤结节，突出脾被膜，灰白色，质地较硬；且前者侵及横结肠。病理诊断：脾恶性纤维组织细胞瘤。1992年11月9日痊愈出院(图1～2)。

* 作者单位：154002 佳木斯大学医学院第一附属医院肿瘤科、手术学教研室

维普资讯 http://www.cqvip.com



图1 脾恶性纤维细胞瘤



图2 脾恶性纤维细胞瘤 HE100×

例2，男，60岁。左上腹肿块及进食后上腹痛2个月，其间肿物增长迅速，伴有消瘦、乏力和食欲减退。1993年10月20日入院。体检：贫血外观，左上腹部稍隆起，可触及19cm×8cm大小之肿物，边缘清楚，质地硬，表面不光滑伴触痛。血红蛋白浓度99.3 g/L。血小板数量80×10^9个/L。B超脾大20cm×8cm，其内可见多个大小不等之低回声区，最大者6.0cm×6.0cm；左肾向下、向中线方向移位；少量腹水。1993年11月1日硬膜外麻醉下行脾加胰体尾部切除术。术中见脾24cm×17cm×13cm大小表面有多个结节，腹腔内无肿大淋巴结。病理诊断：脾弥漫性非何杰金氏淋巴瘤，裂、无裂细胞混合型。切口愈合后转化疗病房开始系统辅助化疗。

例3，男，64岁。每于进食后2～3小时上腹胀痛，尤以左侧卧位时为重，持续2个月伴消瘦、乏力和食欲减退。1994年6月27日入院。体检：左肋弓下可触及一肿物，边缘不甚清楚伴触痛。血总蛋白浓度66.9g/L，A/G 0.9。B超脾门区探及13.6cm×15.2cm的不均匀肿物回声区，包膜完整，内部呈蜂窝状，中心区域有不规则强回声，左肾下移。CT扫描于脾门区见软组织肿块，其内可见液气平面并与结肠相通，胃压迫移位。1994年7月4日全麻下行脾切除、脾曲结肠部分切除端端吻合术。术中见脾大17cm×13cm×13cm，表面结节状，下端侵及结肠并与肿瘤中央坏死区相通。病理诊断：脾弥漫性非何杰金氏淋巴瘤，无裂细胞型伴浆样分化。术后伤口裂开再次缝合，1994年8月27日出院。开始随访及系统辅助化疗。

例4，男，38岁，上腹不适2年余伴食后胀痛6个月及消瘦，发现左上腹肿物2个月。1995年1月5日入院。体检：左侧肋弓下触及8cm×10cm大小肿物，边缘清楚，光滑，立位时肿物下移3cm伴有触痛。B超脾切面内径增大，探及脾前缘下端外凸性形态不规则10.8cm×7.2cm低回声光团，无明显包膜回声，内部回声强弱不均。上消化道钡透见胃大弯-弧形压迹，胃体右移。CT扫描脾大占9个肋单元，下端见CT值为26HU密度不均的低密度灶。1995年1月10硬膜外麻醉下行脾切除术。术中见脾大25cm×16cm×15cm，中下1/3增厚，可见肿瘤侵出脾被膜面积3cm×2cm大小，全腹淋巴结无肿大。病理诊断：脾弥漫性非何杰金氏淋巴瘤，小无裂细胞型。术后转化疗病房。

结果和讨论

在脾脏内有许多抗癌因素如：tuftsin，NK细胞，干扰素等，人类脾原发性恶性肿瘤甚少见。该病于1879年由Lanhans首次报导。在我国第一例病人于1944年由江晴芬报告以来，至

维普资讯 http://www.cqvip.com

1987年总计报告45例(其中恶性纤维组织细胞瘤仅2例),其发病占全部恶性肿瘤的1/8000[1];B超检出率为0.8/1万[2]。依据组织来源,脾原发性恶性肿瘤可分为七类:①血管来源;②淋巴组织来源;③网状内皮细胞来源;④平滑肌细胞来源;⑤神经来源;⑥纤维组织来源;⑦胚胎成份。其中以脾恶性淋巴组织肿瘤最为多见,占2/3以上[3];余依次为血管肉瘤,纤维肉瘤,平滑肌肉瘤等[4]。本文报告恶性纤维组织细胞瘤1例,恶性淋巴组织肿瘤3例,发病比率和文献报告相近似。

脾原发性恶性纤维组织细胞瘤(Malignant fabrous histiocytoma)是非常罕见的肿瘤,截止到目前国内仅有几例报告,其组织发生可能来源于脾被膜或脾小梁的纤维组织[5],需病理检查才能确诊,愈后不佳。

脾原发性恶性淋巴瘤则相对多见,且多为非何杰金氏淋巴瘤(NHL)。其大体分为四型:①均匀弥漫型;②粟粒结节型;③巨块型;④多肿块型。Ahmann等将该病分为三期:第一期:瘤组织完全局限于脾内;第二期:病变累及脾门淋巴结;第三期:病变累及肝或腹腔内淋巴结。Mulligan对其愈后进行分析,报告3年生存率82%,5年生存率78%。

总体上脾原发性恶性肿瘤早期无特殊症状而诊断困难。待病情发展出现相应症状时诊断方有可能。据Ahmann统计49例病人的表现,左上腹肿物占90%;全身乏力、食欲低下和体重减轻占47%;左季肋部疼痛占40.4%。本组4例病人均具有左上腹疼痛及不同程度的消瘦乏力,3例可触及左上腹肿物伴疼痛,2例伴贫血。我们体会,虽然脾肿大并非本病所特有的表现,但恶性肿瘤的脾脏增大较快,且表现凸凹不平或结节状,质地硬伴触痛,活动变小,这一特征有极大的鉴别意义,可做为诊断时的重要参考依据。同时,为使脾原发性恶性肿瘤的诊断能成立,还应具备以下条件:(1)促使病人就诊的临床表现应在脾区。(2)各种特殊检查诊断为脾实质性占位,同时应排除该肿瘤是身体其它部位恶性肿瘤的继发转移灶。(3)排除血液病导致的继发性脾损害。(4)手术中探查腹腔内未见淋巴瘤样病变。(5)虽然术中发现胰、肝或其它脏器有并存的、经病理证实的同源性肿瘤,但临床上估计为继发于脾肿瘤的病损。近年来,由于医学影像技术的发展,脾原发性恶性肿瘤的发现率似有逐年增高的趋势。我们认为,B超及CT检查是诊断的重要手段,二者的诊断符合率达90%以上,尤其前者,因具有众所周知的优点,较之其它X线检查、腹腔注气造影、选择性动脉造影及同位素检查为优,应推为首选。

对于无远处转移的脾原发性恶性肿瘤的治疗以手术切除为主,基本术式为脾加胰体尾部切除术,如果肿瘤直接侵及了相邻的横结肠脾曲、或左肾、或胃等,可行联合脏器切除术仍可达到根治目的。在手术中应严格遵循无瘤术原则,以避免医源性的造成肿瘤播散和种植。我们所采取的措施是:(1)手术切口要充分,便于显露和操作。我们习惯采用左肋弓下斜切口。(2)手术操作力求轻、巧、快、准、稳,尽量采用锐性剥切以减少对肿瘤的挤压。(3)开腹后尽早寻及脾动、静脉并同时结扎而不采用传统的先扎脾动脉缩脾的方法,因后者可能使大量的含瘤静脉血回肝而造成转移。(4)对术中发现肿瘤侵出浆膜面或可疑者,采用电灼处理表面以免操作过程中存活瘤细胞脱落种植。(5)如果肿瘤侵及结肠并决定联合切除,应于侵犯部位两端上阻断带,同时肠腔内注射5-Fu 500毫克以杀死可能脱落的瘤细胞。(6)由于脾门处血管呈丛状致淋巴结清扫困难,故应采用连同胰体尾一并切除的术式才能将脾门和脾动脉周围淋巴结整块切除。(7)移脾至中线手法应轻柔,减少对肿瘤的挤压。切除过程应用纱布保护好周围脏器和腹腔以免含瘤细胞血液接触种植。(8)术中应定时用抗癌药物喷淋创面和术野及手套器械。关腹前应采用低渗盐水或蒸馏水冲洗腹腔,并更换手套。基于脾恶性淋巴瘤对化学药物治疗较敏感,我们对手术后的病人采用了系统的辅助化疗。例4病人通过前述治疗,虽然肿瘤已侵

维普资讯 http://www.cqvip.com

出脾被膜，仍健康生存4年5个月至今。

参 考 文 献

1. 徐 泽. 脾脏在抗恶性肿瘤中的作用. 肝胆胰脾外科临床, 1994, 2(1): 3.
2. 郝玉芝, 等. 脾转移瘤影像诊断. 中华肿瘤杂志, 1991, 13(5): 362.
3. 张昌乾, 等. 脾脏的恶性肿瘤. 肿瘤防治研究, 1984, 11(2): 119.
4. 黄维强. 脾脏占位性病变的超声显像诊断. 中华物理医学杂志, 1989, 11(1): 53.
5. 李西融, 等. 脾原发性恶性纤维组织细胞瘤1例. 中华肿瘤杂志, 1988, 10(6): 436.

(收稿: 1999-06-01)

·个 案·

妊娠合并子宫穿孔腹膜炎一例

马银芬*

一、临床资料：患者女性31岁。因停经38⁻¹周，阵发性腹痛1天半于98年12月1日晚上6时急诊入院。患者孕3产1，平素月经规则，末次月经98年3月9日，孕期产检无异常发现。于98年11月30日中午12时左右患者出现胃脘部阵发性锐痛，即到当地卫生院就诊，具体诊治不详，患者腹痛较前加剧，位置同前，未向他处放射，全腹拒按，并出现畏寒、发热，无阴道见红、流液，遂来本院就诊。体检：体温37.7℃，脉搏80次/分，呼吸20次/分，血压16/12kPa，神态清，精神差，急性痛苦貌，腹隆，全腹压痛，以剑突下为著，无反跳痛。产检：宫高35cm，腹围94cm，胎位LoA，胎心140次/分，先露K，浮，胎膜未破，肛查宫口开一指。急诊辅检：血色素13.2g/L；B超示单胎头位，前壁Ⅱ级胎盘，羊水偏少，脐带及胎儿内脏未见明显异常，右侧盆底部积液。遂以"孕3产1孕38⁻¹周，羊水偏少，妊娠合并阑尾炎腹膜炎"收住入院。

入院体检同前，入院后床边B超示：肝、脾、胰未见异常，右下腹未见明显包块。遂诊为"孕1孕38⁻¹周，羊水偏少，妊娠合并阑尾穿孔？腹膜炎"，决定采用手术治疗，在硬麻下行腹膜外剖宫产术加剖腹探查术。术中娩出一活婴，1分钟Apgar评分10分，体重3100g。用进口高分子线常规缝合子宫后打开腹腔，探查发现：阑尾未见异常，子宫后壁幕状粘连；左输卵管伞端为盲端，右输卵管及双侧卵巢均未见明显异常；两侧子宫角后壁距输卵管约1.5cm处均可见一直径约1.0cm的孔，两孔对称，均与宫腔相通，局部未见化脓、溃烂，亦无活动性出血；右髂窝有少量脓液。即取患者子宫角穿孔处组织送快速冰冻切片，检查报告为：子宫肌层坏死，子宫穿孔(病理号：986023)。因不能排除绒癌穿孔，且患者已无生育要求，与家属讲明具体情况并准家属同意后，行子宫次全切除术加双侧输卵管切除术。术程顺利，术中出血少，术后切开离体物未见明显肿块，送病理检查报告子宫肌层缺血性坏死引起子宫穿孔(病理号：986032)。患者术后一天检测血hCG为3306.6IU/l。术后诊断：孕3产2孕38⁻¹周，羊水偏少，子宫溃疡穿孔，腹膜炎，剖宫产一活婴。术后患者予以抗炎、止血等对症、支持治疗，七天后治愈出院。

二、讨论：根据本病例患者腹痛为胃脘部阵发性锐痛，伴畏寒、发热，无阴道出血、流液，全腹压痛，以剑突下为著，B超示右盆底部积液，临床上一般诊断腹膜炎较易，但子宫穿孔则往往易误诊为妊娠合并阑尾穿孔。因为妊娠合并子宫缺血性坏死在临床上实属罕见，尤其是血供丰富的子宫角双侧对称性缺血坏死穿孔。本病例在诊断尚未明确情况下，果断采取腹膜外剖宫产术加剖腹探查术，为挽救母婴生命安全争取了充分时间，否则一旦并发子宫内腹炎、羊膜炎、胎儿宫内感染、胎死宫内、母体败血症甚或更危重情况，后果将不堪设想。故此类病例，临床医生在慎重考虑的同时，应及时作出恰当的处理，以免贻误时机造成不良后果。

(收稿：1999-03-24)

* 作者单位：312000 浙江省绍兴县第二医院产科