维普资讯 http://www.cqvip.com

脾脏肿瘤的诊断与治疗(附9例报告)

Diagnosis and treatment of 9 patient with spleen tumor

冷建军,林大富,涂永久,陈 战,姜丽丽 (解放军174医院普通外科,福建 厦门 361003)

[关键词]脾脏肿瘤;脾切除术;诊断;治疗
[中图分类号]R733.2;R441 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2006)06-0395-01

脾脏肿瘤在临床上少见,约占全身肿瘤的0.03%。近年来,随着B超、CT、MRI等影像学检查的普及,脾脏肿瘤病例报道越来越多。我院自1995年8月至2005年12月共收治9例,均经手术治疗个病理诊断确诊,现将其诊断与治疗报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者9例,其中男性3例,女性6例;年龄13~63岁。右上腹胀痛或不适5例,左季肋区肿块1例,无异常症状体检时发现2例,1例脾囊肿病例存在脾脏外伤史。本组病例均行B超,CT或者MRI检查,显示脾脏占位性病变8例,1例脾囊肿CT检查误诊为胰腺尾部囊肿。2例脾脏海绵状血管瘤经CT增强扫描或MRI确诊。

1.2 方法

8例行脾切除术治疗,1例脾囊肿行脾极切除。1例脾脏非何杰金氏恶性淋巴瘤术后加行辅助化疗。病理诊断,脾脏良性肿瘤8例,其中脾脏表皮样囊肿1例,假性脾囊肿1例,海绵状血管瘤5例和血管淋巴管混合型血管瘤1例;脾脏非何杰金氏恶性淋巴瘤1例。

2 结果

高血小板血症6例;"脾热"1例;1例脾脏恶性淋巴瘤患者随访5年,现无瘤存活。无死亡病例。

3 讨论

3.1 脾脏肿瘤的临床表现

脾脏肿瘤早期无症状或症状不明显,最常见的是左上腹胀痛,呈持续性或间歇性,当肿瘤侵及隔肌时可有左肩部放射痛。脾肿大或左上腹肿块是主要体征,恶性者脾脏增大较快,表面多不光滑或凹凸不平,质硬,压痛明显,移动度小。有以下情况应考虑到脾肿瘤:①左上腹有胀痛或隐痛,脾区有扣痛或鼓音区有改变;②左上腹扪及肿快者;③对增大迅速的脾脏或左上腹肿快且质地较硬、压痛明显、表面凹凸不平并伴有消瘦、贫血甚至恶液质者;④不明原因的脾破裂。

3.2 脾脏肿瘤的诊断

脾脏良性肿瘤B超多为无回声区,且边界清晰。血管瘤的无回声区旁还可见灶性边缘清晰的混杂回声,甚至有钙化的强回声,彩色多普勒可见其中的血流回声消失。对于恶性肿瘤,主要表现为低回声或弱回声肿块,且多数境界不清。本组1例恶性淋巴瘤就表现为稍低回声包块,大小,形态不规则,回声不均。CT为无创性检查,且分辨率较高,可显示脾周围组织与邻近脏器有无明显的转移性病变,是目前诊断脾脏肿瘤最有用的影像学技术。MRI亦是无创性检查,但是MRI价格昂贵,可不作为常规检查。血管造影是有创性检查,但对于脾血管瘤和淋巴管瘤的诊断和鉴别诊断是很有帮助的,在块状血管瘤表现为少血管的脾内肿块,常可见异常的肿瘤性血管。根据临床表现及影像学检查多能做出明确诊断,穿刺细胞学坚持对进一步明确诊断有所帮助,可以通过B超引导行细针脾穿刺,从而经细胞学检查明确诊断[1]。

3.3 脾脏肿瘤的治疗

手术是目前治疗脾肿瘤最为有效的方法,既可去除病灶,减缓症状,又能防治自发性破裂和明确病理诊断。手术方式多选择脾切除术,可获得良好的疗效。近年来,随着对脾脏免疫功能认识的深入,手术方式已多样化,以期尽可能保留脾脏功能。根据术前初步诊断、术中肉眼判断和冰冻病理检查,以及术者脾脏手术技术熟练程度来决定[2]。如术前初步诊断肿瘤为囊性、包对脾脏非寄生虫囊性肿摘除、脾部分切除或脾切除。对良性脾肿瘤,不论肿瘤大小原则上应行脾切除。对恶性脾肿瘤,应根据病变范围和患者具体情况选择相应手术方式。早期患者病变局限于脾内者可做单纯切除,有周围淋巴结转移还应行脾门淋巴结清扫,晚期有周围侵犯或转移性肿瘤应争取行脾切除或合并联合脏器切除,并加用放疗和化疗。

由于脾脏肿瘤的发病率很低,临床表现的差异性又很大,使其在临床上的早期诊断困难。这就要求临床医生提高对脾脏肿瘤的警惕性,充分了解脾脏肿瘤的病理基础和临床特性,及时对可疑脾脏肿瘤行相应的影像学检查,尽可能得到早期诊断。选择正确的手术方式,积极采取以手术为主的综合治疗措施来提高脾脏肿瘤的治疗水平[3]。

[参考文献]

[1] 蒋登金,郭光金.脾神经对脾脏免疫功能调控的研究进展[J].局解手术学杂志,2005,14(6):414-415.
[2] 吴 斌,王元正 魏仁志,等.原发性脾脏肿瘤23例的诊断与治疗[J].中国综合临床,2004,20(2):146-147.
[3] 欧迪鹏,杨连粤.脾脏肿瘤的诊断与治疗[J].中国实用外科杂志,2004,24(12):757-758.

[收稿日期]2005-08-20 [修回日期]2006-09-23

(编辑:郭光金)