

调术中做快速病理,并根据结果切除受累的肝固有动脉,提高了手术的彻底性。

肿瘤切除后,左右肝管残端约长 2 cm,且多数不能吻合。本组将左右肝管内插入支撑引流管,并分别插入空肠祥内,将肝管和空肠的结合部用荷包缝合与 ZT 胶固定,简化了手术操作和手术吻合胆管的难度。

手术禁忌证:(1)肿瘤转移,如腹膜、大网膜有转移结节者;(2)肝十二指肠韧带外的淋巴结转移者;(3)双侧肝转移者;(4)双侧二级以上肝管受累者;(5)血管造影显示门静脉受累者;(6)血管造影显示双侧肝动脉及主干受累者。

(收稿日期:2000-01-30)

(本文编辑:李燕华)

·病例报告·

原发性弥漫型脾血管瘤一例

李智 刘小村 聂明 高立萍 郑华

患者女,19岁。发现左上腹肿块、进行性增大1年,伴腹胀、疲乏、反复皮肤紫癜。查体:慢性病容,贫血貌,双巩膜无黄染。腹部膨隆,左上腹见巨大肿物影,无腹壁静脉曲张。触肿物极度肿大,向右达右前腋线,致肝脏无法触及;向下至脐下3cm;向上于左胸第七肋水平,叩诊实音。肿物表面光滑,边缘圆钝,脾切迹存在,质韧,位置固定,轻触压痛。无移动性浊音。实验室检查:Hb 98 g/L, WBC $1.5 \times 10^9/L$, Plt 23×10^9 , RBC $3.84 \times 10^{12}/L$ 。乙肝表面抗体阳性且滴度增高,总蛋白 77.0 g/L,白/球蛋白比例 1.29,总胆红素 29.1 $\mu\text{mol/L}$,谷丙转氨酶 20 IU/L,谷草转氨酶 31 IU/L。食管吞钡似见下段壁静脉曲张。B超检查:肝体积缩小,被压向右后移位,肝内回声不均匀,肝内管状系统紊乱。在右肋下还见一实质性回声,似脾脏,右肋间厚度 9.8 cm,长 18 cm。CT检查:肝脏缩小,肝裂增宽,表面不光滑,肝实质颗粒增粗,密度稍高,CT值 72~79 HU,肝门结构正常,门静脉约 1.1 cm。胆囊影不清。脾巨大,脾门血管粗而迂曲,胰腺受推压。诊断肝硬化,脾肿大。2000年8月17日在全麻下手术。见肝脏略小,色泽粉红,无结节。胆囊正常。脾肿大,约 35 cm × 28 cm × 14 cm,表面光滑。脾门血管扩张,弯曲,无肿大淋巴结,脾与周围组织部分粘连。完整切除脾脏,见被膜完好,下缘饱满,质软,灰白与棕褐相间,布满针尖、针帽大小灰白点。脾重 3 200 g。镜下见瘤细胞呈圆形、卵圆形和梭形,排列紧密,核浓染,染色质粗,有较明显的异型性。分化较好部分见肿瘤组织内有多个小血管及血窦,内衬有肿瘤细胞,血管间布满肿瘤细胞。肝组织见小叶结构完整,小叶内肝细胞弥漫性水样变性,致肝索增宽,肝窦变窄,偶见点状坏死;汇管区见少量慢性炎症细胞浸润。病理诊断:(1)原发性弥漫型脾血管瘤。肿瘤组织在脾脏内弥漫分布,无明显界限,有少量正常脾组织残留;(2)慢性轻型肝炎(G₂S₁)(图1)。

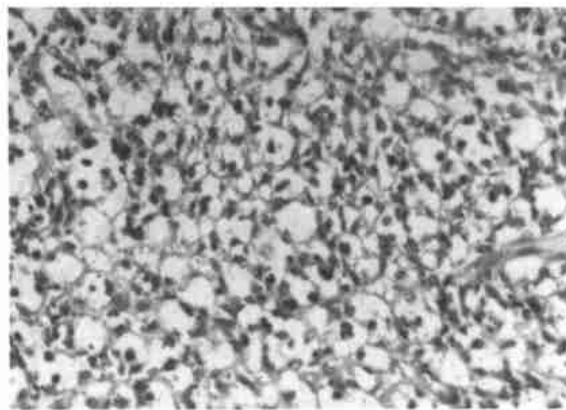


图1 瘤组织血窦丰富,细胞有异型性 HE染色 ×200

讨论 原发性脾脏肿瘤少见,这可能与脾脏的血液循环及免疫功能有关。原发性脾血管瘤,系脾窦内皮细胞呈恶性增生形成,可表现为脾迅速肿大,微血管病性溶血性贫血,渗出性腹水及胸水。约70%伴有不同程度的贫血,这可能是血液流经肿瘤性血管时受到机械性损伤所致,也有认为其贫血及血小板减少可能与红细胞及血小板过多地停滞于脾内的大量破坏和消耗有关。本例术前虽经二次输血,但血象未见改善。本例肿瘤局限于脾脏,并呈血管组织恶性表现及内皮细胞核分裂象。因为肿瘤巨检可显示多种变化,局部坏死出血,脾红髓内呈海绵状结节,而本例肿瘤为弥漫型故肉眼看不见,故B超及CT无法确诊。手术治疗仍为本病首选。多数病例诊治较晚,根治性切除率低,预后较差,尤其是脾血管瘤,容易经血行转移,85%的患者在确诊前已有转移,也有人认为这种现象系肉瘤多中心性发生的结果。

志谢 本例经北京病理学专家李维华教授远程会诊

作者单位:361005 厦门大学医院外科(李智、刘小村、高立萍、郑华);厦门市中医院病理科(聂明)

(收稿日期:2000-10-13)

(本文编辑:李燕华)