

· 短篇报道 ·

胸腔脾种植 2 例

蒋雷 朱余明 张轶 周逸鸣 谢博雄 陈晓峰 高文 姜格宁 丁嘉安

胸腔脾种植是一种罕见的疾病,最常见于同时涉及脾脏和膈肌的胸腹联合伤后,自身脾组织在胸腔内异位生长而形成占位性病变,属于外伤后的罕见并发症。我们收治 2 例外伤性胸腔脾种植病人,现总结临床特点,供同道借鉴。

病例 1 男,55 岁。病人 3 岁时左胸被车轮压伤,伤后 3 年常阵发性呼吸困难及胸痛,行膈肌修补及脾切除术。现于咳伴左侧胸痛 4 个月。胸部 CT 和 MRI 示左侧肺门区心缘旁及左后外胸膜多发团块影(图 1,2)。血常规:血红蛋白 143 g/L,红细胞 $4.39 \times 10^{12}/L$,白细胞 $8.8 \times 10^9/L$ (中性 0.41,淋巴 0.52),血小板 $283 \times 10^9/L$ 。2004 年 8 月于全麻下沿原切口入胸,切除第 6 肋骨。术中见左侧胸腔广泛粘连,主动脉外侧下肺静脉水平有 3 个肿块,红褐色,椭圆形,包膜完整没有外侵,彼此独立,分别为 $3.2 \text{ cm} \times 2.3 \text{ cm} \times 1.4 \text{ cm}$, $1.2 \text{ cm} \times 0.7 \text{ cm} \times 0.6 \text{ cm}$, $1.3 \text{ cm} \times 1.0 \text{ cm} \times 1.0 \text{ cm}$,未见粗大的滋养血管,血供源于壁层胸膜,肿块与胸膜难以分离。另外,前纵隔上肺静脉前方紧贴心包有一 $5.5 \text{ cm} \times 4.5 \text{ cm} \times 3.0 \text{ cm}$ 肿块,升主动脉旁还有 2 个 $0.5 \text{ cm} \times 0.7 \text{ cm} \times 0.6 \text{ cm}$ 大小结节,性质同前。切除两个最大的肿块。病理报告大量淋巴细胞、红细胞、嗜中性及嗜酸性粒细胞和网状细胞,符合左纵膈脾组织植入。术后第 2,6,11 d 血小板计数分别是 $201 \times 10^9/L$, $482 \times 10^9/L$, $734 \times 10^9/L$ 。术后于咳、胸痛症状消失,无并发症。术后第 15 d 出院。



图 1 例 1 胸部 CT 示降主动脉后和心包左侧各有一胸膜来源、边界清楚肿块(↑) 图 2 胸部 MRI 示主动脉弓上方、左心房旁(可见脾切迹)、膈上降主动脉旁 3 个肿块(↑)

病例 2 男,23 岁。1 个月前体检发现左侧胸膜肿块,无任何症状(图 3,4)。血常规:血红蛋白 139 g/L,红细胞 $4.5 \times 10^{12}/L$,白细胞 $8.2 \times 10^9/L$ (中性 0.63,淋巴 0.30),血小板 $299 \times 10^9/L$ 。病人 9 岁时,左胸、腹部车祸伤。发现左膈肌破裂,左肾、脾破裂并植入胸腔,手术行左肾、脾切除,左膈肌修补。术后恢复顺利。2005 年 7 月,全麻下左前外侧切口第 2 肋间入胸。见左侧胸膜腔广泛粘连,左侧第 2 前肋胸骨旁,壁层胸膜上有一扁圆形肿块 $4.0 \text{ cm} \times 4.0 \text{ cm} \times 2.0 \text{ cm}$,边界清楚,包膜完整,红褐色、质地中等,与壁层胸膜紧密附着,完整切

除肿块。病理报告:大量淋巴细胞,嗜中性及嗜酸性粒细胞,符合脾组织植入。术后第 1,5,14 d 血小板计数分别是 $296 \times 10^9/L$, $328 \times 10^9/L$, $388 \times 10^9/L$ 。无并发症。术后第 6 d 出院。

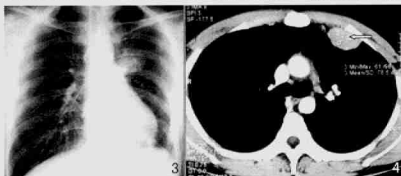


图 3 例 2 胸部 X 线片示第 2 前肋水平、心脏左旁 $4 \text{ cm} \times 4 \text{ cm}$ 孤立圆形阴影,边缘光滑 图 4 胸部 CT 示左前纵膈靠近第 2 肋软骨结合部 $4 \text{ cm} \times 2 \text{ cm}$ 肿块(↑),紧贴壁层胸膜

讨论 1937 年 Shaw 等^[1]报道了第 1 例外伤后胸腔脾种植。此后,在国内外文文献陆续报道近 60 余例。胸腔脾种植多数于体检时偶尔发现,无明显症状。少数病人可有胸痛、咳嗽、胸闷、咯血、发热、盗汗、肌痛、左肩痛、进行性行走困难等非特异性症状。既往均有胸腹联合伤病史,同时伴有脾破裂、膈肌破裂。创伤原因有枪击伤、弹片伤、车祸伤等。发生在创伤后 10~52 年不等。胸腔脾种植均发生在左侧胸腔,多种植壁层胸膜表面,少数合并有肺挫裂伤者,脾结节也可种植在肺实质内,常常合并腹腔,甚至胸壁、皮肤等其他外部位的脾种植。种植结节为多发性或孤立性,但并不排除微小的种植脾结节未被发现的可能。种植脾呈红褐色,大小通常小于 3 cm,大的可达 8.5 cm。病理检查种植脾没有脾门,被膜和脾小梁均为纤维性,无肌肉和弹力纤维成分。脾组织以红髓为主,缺乏发育完整的白髓,血管结构也不正常。

诊断胸腔脾种植首先应强调详细追问病史,了解病人有无胸腹部的外伤史和手术史,尤其是左胸腹部联合伤脾切除术。如果病人有上述的外伤手术史,影像学检查确定左胸内占位性病变,特别是多发性左侧胸膜占位,性质不明的应考虑胸腔脾种植。目前,特异性检查手段有同位素扫描,经皮肿物穿刺细胞学和活组织检查^[2]。采用同位素扫描,准确性更高。胸腔脾在一定程度上发挥正常脾脏的功能。如果对胸内重要器官有严重压迫,或者出现明显症状,可以考虑行病灶切除,而保留其他种植脾;否则只需随访观察。

参考文献

- Shaw AFB, Shafi A. Traumatic autoplasmic transplantation of splenic tissue in man with observations on the late results of splenectomy in six cases. J Pathol, 1937, 45: 215-235.
- 张敬杰, 陈克能, 徐光炜. 胸腔脾种植. 中华胸心血管外科杂志, 2001, 17: 379-380. (收稿日期: 2005-07-28)