doi:10.3969/j.issn.1000-9760.2013.01.011

原发性脾脏良性肿瘤的诊断及外科治疗

靳松^{1,2} 孙自强² 崔凯¹ 李胜^{1△}

(¹ 济南大学山东省医学科学院医学与生命科学学院, 山东 济南 250062; ² 济宁医学院附属医院, 山东 济宁 272029)

摘要 目的 探讨原发性脾脏良性肿瘤的临床、影像、病理特点及外科治疗方法。**方法** 回顾性分析 2008 年 1 月至 2012 年 8 月我院收治的 20 例原发性脾脏良性肿瘤患者的临床资料, 包括病史、临床表现、体检资料、实验室、影像学检查、手术资料及病理检查, 并通过门诊或电话随访。**结果** 20 例患者中 10 例行开腹脾切除术, 4 例行腹腔镜脾切除术, 6 例行脾区段切除术, 随访时间 1~55 个月, 均无复发、转移。**结论** 原发性脾脏良性肿瘤临床少见, 术前主要依靠临床表现及影像学检查诊断, 外科手术治疗是有效手段, 预后良好。

关键词 脾脏; 良性肿瘤; 诊断; 治疗

中图分类号: R733.2 **文献标志码**: A **文章编号**: 1000-9760(2013)02-039-03

The analysis of the primary splenic benign's diagnosis and surgical treatment

JIN Song, SUN Zi-qiang, CUI kai, et al

(College of Life Science and Medicine, Jinan University

& Shandong Academy of Medical Sciences, Jinan 250062, China)

Abstract: Objective To investigate the clinical, radiologic and pathologic features and surgical treatment of the primary splenic benign. **Methods** The clinical data of the 20 patients of the primary splenic benign admitted from Jan. 2008 to Apr. 2012, were retrospectively analyzed, including history, clinical manifestations, physical examinations, imaging studies, surgical data and pathological examinations. **Results** 10 cases had open splenectomy, 4 cases had laparoscopic splenectomy and 6 cases had splenic segment resection. The 20 cases followed up from 1 to 55 months, were all no recurrence and metastasis. **Conclusion** The primary splenic benign is uncommon. The diagnosis before operation depends on clinical manifestations and imaging studies. The operation is an effective method and the prognosis is good.

Key words: Spleen; Benign; Diagnosis; Treatment

脾脏肿瘤临床上较少见, 良性肿瘤更是罕见, 早期大多无明显临床症状, 未能得到足够的重视。既往多是在腹部手术探查或尸检发现, 近年来随着健康体检的普及及医学影像技术的发展, 诊断率较以前得到提高。本文总结分析了 20 例原发性脾脏良性肿瘤的临床资料, 并结合目前的临床文献报道, 对其诊断与外科治疗进行讨论。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析我院 2008 年 1 月至 2012 年 8 月我院共收治 20 例原发性脾脏良性肿瘤患者的临床

资料, 其中男性 12 例, 女性 8 例, 男:女 1.5:1, 年龄 25~64 岁, 平均年龄 41.6 岁。本组患者中彩超发现脾脏占位而无临床症状者 8 例、左上腹疼痛不适者 6 例、纳差者 2 例、发现左上腹腹部包块者 2 例、发现脾功能亢进(贫血、白细胞或血小板减少)者 2 例。有症状、体征者 12 例(占 67%), 出现症状时间 2d~24 个月不等, 平均 6 周。所有患者术前均行血常规、肝功、电解质、肿瘤标志物等实验室检查, 其中白细胞减少 2 例, 血小板减少 1 例, 血钾降低 1 例, 血钠降低 1 例, 直接胆红素升高 2 例。本组患者中合并胆囊结石者 1 例, 有糖尿病病史者 2 例, 高血压病病史者 3 例。脾脏肿瘤直径约 3~12cm, 平均 6.8cm。肿瘤发生部位在脾中上极 9 例(占 45%)、脾中下极 7 例(占 35%)、脾脏多发占

△ [通信作者]李胜, E-mail: drlsheng@sohu.com

位 4 例(占 20%)。

1.2 手术治疗

本组 20 例患者均行手术治疗,术中行快速冰冻病理。其中,10 例行开腹脾切除术、4 例行腹腔镜脾切除术,6 例行脾区段切除术。本组 15 例术中见肿瘤与周围组织无明显黏连(占 75%),3 例肿瘤与膈肌粘连(占 15%),2 例与横结肠粘连(占 10%)。

2 结果

2.1 影像学结果

20 例患者腹部彩超定位检出率 100%,其中 8 例(占 40%)可明确性质;所有病例腹部强化 CT 定位检出率 100%,其中 12 例可明确性质(占 60%)。

2.2 病理组织学

20 例患者术中快速病理均为良性肿瘤,术后病理进一步证实,符合率在 100%。其中,脾淋巴管瘤 6 例、脾海绵状血管瘤 4 例、脾炎性假瘤 3 例、脾错构瘤 3 例、脾纤维组织瘤 4 例。

1)肉眼所见:6 例脾淋巴管瘤切除脾脏表面见多个囊性突起,脾脏切开呈囊实性,囊性区内容灰黄液体,囊壁尚光滑,见白色小梁状结构。4 例脾海绵状血管瘤切除脾脏切开切面见结节样物,切面暗红,界尚清,肿物质韧。3 例脾错构瘤切除脾脏切开切面见灰白质韧肿物。2)免疫组化:脾纤维组织细胞瘤免疫组化显示部分 CD68(+),个别细胞 CD20(+),CD21(-),少数细胞 CD3(+),CD35(-),HMB-45(-),Ki-67(+,<1%)。脾炎性假瘤免疫组化显示肿瘤细胞 CD68(+),Vim(+),CD15(-),CD1α(-),CD21(-),S-100(-),Desmin(-),ALK(-),Ki-67(+,5%~8%)。

2.3 随访与预后

通过电话及门诊随访,18 例患者获随访,其中 2 例失访,随访率 90%,随访时间 1~55 个月。所有患者手术后无特殊并发症,无复发、转移,均健康存活。

3 讨论

脾脏良性肿瘤根据其组织起源可分为血管瘤、淋巴管瘤、错构瘤、炎性假瘤、纤维组织细胞瘤、脂肪瘤等,其中以血管瘤、淋巴管瘤常见,本组病例亦符合此规律,但无脂肪瘤病例。脾脏肿瘤早期无特异性表现,多在其他疾病的诊治过程中或健康体检

时意外发现,有症状者可有左上腹疼痛不适、包块、纳差、腹胀、恶心、呕吐等表现。当肿瘤合并坏死或感染时,可出现不明原因发热,若肿瘤破裂出血则表现为突然出现的左上腹疼痛、腹腔大出血、失血性休克等。并发脾功能亢进者,可出现贫血、白细胞减少、血小板减少等表现^[1]。本组病例中,40%为体检或诊治其他疾病时发现,40%因左上腹隐痛或扪及左上腹肿块而就诊发现,20%表现为纳差,20%有脾功能亢进的表现。由于脾脏良性肿瘤的临床表现缺乏特异性,实验室检查项目及肿瘤标志物检查一般均正常,早期易漏诊、误诊。

随着影像学技术的进步,脾脏良性肿瘤的诊断率较以往有了很大提高。目前对于脾脏肿瘤主要的诊断方法包括彩超、CT、MRI 和血管造影检查,其中增强 CT、MR 及血管造影对判断良恶性有一定帮助。本组病例术前均行彩超和增强 CT 检查。彩超可作为脾脏肿瘤的首选检查,能显示脾脏的大小,了解肿瘤的囊实性及内部血供。本组病例彩超定位诊断率 100%。虽然不同类型的脾脏良性肿瘤在彩超下有各自的表现,但受胃肠道胀气及操作者技术水平的限制,目前尚不能将彩超作为定性诊断的主要手段。强化 CT 是目前对脾脏肿瘤诊断最有价值的影像学的检查之一,能准确提供肿瘤的大小、形态、血供及与周围脏器的关系等。总结本组病例中影像学表现如下:1)脾血管瘤:彩超下呈高回声,内部呈“筛状”回声,边界清楚。CT 平扫为轮廓清晰的低或等密度病灶,大小不等,多为单发,也可多发,强化 CT 与肝血管瘤有类似表现,动脉期肿瘤边缘多呈斑片状强化,静脉期和平衡期强化扩大并逐渐向中心充填,延迟后与正常脾脏密度一致。2)脾脏淋巴管瘤:内部呈蜂窝状或网格状是其彩超典型表现。CT 平扫大多表现为圆形或类圆形的低密度区,密度较均匀,可单发或多发。增强后边缘轻度强化,中央低密度区无强化。3)脾脏炎性假瘤:B 超下为低回声团块,内部不均质。本组病例 CT 平扫表现为单发低密度灶,其中 1 例内部密度欠均匀,周围伴多发斑片状高密度区,增强后动脉期轻度强化,静脉期、延迟期逐渐增强。4)脾错构瘤:B 超下为强回声,血流量增加。CT 平扫局部隆起,内部密度减低,动脉期可有明显强化静脉期、延迟期逐渐减低^[2-3]。强化 MR 与血管造影近些年来也逐渐应用于脾脏肿瘤的诊断,诊断价值、诊断率均与强化 CT 相近,但仍有相当一部分脾脏占位性病变仅凭影像学很难 (下转第 48 页)

惯^[5]。本次调查也发现经常参加体育锻炼的空巢老年人有较好的饮食行为。“生命在于运动”，适量的体育锻炼使人体器官的血液循环加快，代谢旺盛，减缓人体器官的衰老保持健康的功能。经常参加体育锻炼的空巢老年人，其人体器官消耗较大，有较好的食欲，消化系统衰老较慢，饮食行为较好。没有较好的固定的职业，不参加体育锻炼的空巢老人，饮食行为较差。该结果与国外的一些研究结果相似^[6]。

空巢老年人应改善不良的饮食行为，增加奶制品的摄入，继续保持良好的饮食行为；进行适量的锻炼，放松心情；多读书提高健康饮食知识，关心注意自己的饮食，制定适合自己特点的膳食模式，形成良好的饮食习惯，改善提高自己的营养状况生活质量。

(上接第 40 页)区分良恶性，病理学诊断仍然是确诊的金标准。

脾脏良性肿瘤体积逐渐增大可产生压迫症状，有破裂出血及继发感染的可能，且部分病例早期良、恶性鉴别困难。因此，一旦发现脾脏占位，大多建议手术治疗。手术方式目前分为开腹脾切除术、腹腔镜脾切除术和脾区段切除术。早期受医学设备、技术的限制，通常行开腹脾切除术。微创技术的出现使腹腔镜于上世纪 90 年代开始应用于脾切除术。与传统的开腹手术相比，腹腔镜脾切除术具有创伤小、痛苦少、恢复快、并发症少的优点。本组中有 4 例(占 20%)实施了腹腔镜脾切除术，手术后第 1 天便下床活动、进流质饮食，术后 3~5d 均顺利出院^[4]。随着对脾动脉分段供血及脾脏免疫功能认识的增加，脾区段切除术逐渐被肝胆外科医生所接受^[5]。此种手术方式不仅去除了病灶而且保留了正常脾脏的部分功能，特别是降低了儿童和青少年脾切除术后发生凶险性感染的发生率。对于体积较小、局限于脾脏上、下两极的良性肿瘤，可考虑行脾区段切除术。本组中有 6 例(占 30%)实施了脾区段切除术，术后均恢复良好。此类手术能否实施除了肿瘤的体积及位置外，更关键的在于对病变性质的正确判断。以往术前脾脏占位性质确诊较困难，但细针穿刺细胞学检查的应用，使其可作为脾脏肿瘤术前定性诊断的重要手段。因存在出血、肿瘤沿穿刺针道转移等并发症，细针穿刺细

参考文献：

- [1] 邵澜. 委员:2030 年空巢老人或逾 2 亿,吁建空巢老人档案[EB/OL]. [2012-03-12]. <http://gongyi.people.com.cn/BIG5/17357145.html>
- [2] 李德明,陈天勇,李贵芸. 空巢老人心理健康状况研究[J]. 中国老年学杂志,2003,23(7):405-407.
- [3] 陈霞飞. 老年营养与健康[J]. 老年医学与保健,2004,10(2):65-66.
- [4] 刘弘,郭红卫,高国激,等. 上海市老年人饮食行为及影响因素[J]. 中国慢性病预防与控制,2007,15(1):16-19.
- [5] 张建凤,李志菊,尹明,等. 合肥市社区空巢老人健康行为及影响因素研究[J]. 中国护理管理,2009,9(11):31-33.
- [6] Mairice, Sara. Modern nutrition in health and disease[M]. Baltimore: Williams & Wilkins(9th ed), 1998:1783-1790.

(收稿日期 2012-12-03)

胞学的安全性及可靠性曾受到质疑,但随着穿刺技术的不断进步,其临床价值将日益提高^[5-6]。目前应用较多的还是术中预约快速冰冻病理检查,协助明确病变性质,指导手术方式^[7]。因本组病例数相对较少,无法对脾切除与脾区段切除治疗脾脏良性肿瘤的远期疗效对比形成有价值的统计数据,可待病例数增加后再做进一步探讨。

参考文献：

- [1] 黄洁夫. 腹部外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:1534-1581.
- [2] 范晓明,寿金荣,吕红红. 脾脏肿瘤的超声诊断[J]. 中华超声影像学杂志,2002,11:124-125.
- [3] 何柳,高玉颖. 脾脏肿瘤的 CT 诊断及鉴别诊断[J]. 中国现代医生,2012,50(6):98-100.
- [4] 章璠,方国恩,毕建威. 原发性脾脏肿瘤 43 例临床诊治分析[J]. 中华肝胆外科杂志,2009,15(7):509-511.
- [5] Friedlander MA, Wei XJ, Iyengar P, et al. Diagnostic pitfalls in fine needle aspiration biopsy of the spleen[J]. Diagn Cytopathol, 2008,36(2):69-75.
- [6] Cavanna L, Lazzaro A, Vallisa D, et al. Role of image-guided fine-needle aspiration biopsy in the management of patients with splenic metastasis[J]. World J Surg Oncol, 2007,5:13-18.
- [7] 巩鹏,王忠裕,贾友鹏,等. 脾原发肿瘤的诊断和治疗[J]. 中国普通外科杂志,2008,17(9):908-910.

(收稿日期 2012-12-27)