

其与脓液变稀,易于引流,消除炎症过程中所引起的纤维素沉积,促进肉芽组织生长^[3]。小切口负压封闭引流不受体位的限制,达到全创面引流,操作简单易行,可床边进行,但应注意无菌操作,避免医源性感染。该法明显减少换药次数,既减轻病人的痛苦及经济负担,也减轻了医务人员的工作量,节约医疗资源,简化治疗和护理,对改善环境卫生,缩短愈合时间,减轻患者痛苦,提高生活质量都有重要意义。同时应依据引流液培养及药敏结果,合理选用抗生素。合并糖尿病患者应严格控制血糖水平。本组1例患者因血糖控制不满意,反复发作右乳腺癌,2个月后进行单侧右

乳切除术方治愈,应引以为教训。

参考文献:

- [1] 裴华德,王彦峰. 负压封闭引流技术介绍[J]. 中国实用外科杂志,1998,18(4):233-234.
- [2] 裴华德. 负压封闭引流技术[M]. 北京:人民卫生出版社,2003.54-57.
- [3] 龙焜,李万亥. 临床药物手册[M]. 北京:金盾出版社,1992.917-918.

文章编号:1005-6947(2007)02-0202-01

· 病案报告 ·

胃浆膜面海绵状淋巴管瘤 1 例

毛岸荣, 盛援, 方国恩

(第二军医大学附属长海医院普一科 上海 200433)

关键词: 海绵状淋巴管瘤/外科学; 胃肿瘤; 病例报告

中图分类号: R735.2

文献标识码: D

患者 女,63岁。5年前开始出现右上腹痛,每次持续0.5~2h,经对症处理后缓解,此后患者在进食物过多时右上腹痛、腹胀症状加重;经饮食控制与对症处理后好转。半月前患者上述症状加重,伴恶心与呕吐,为胃内容物,在当地医院查上腹部CT示:上腹部肿块,腹膜囊肿可能。为进一步诊治转入我科。体查:腹平,未触及明显包块,中上腹轻压痛,无反跳痛,无肌卫,移动性浊音阴性。B超示,小网膜囊内见大量水样密度影,无明显包膜,考虑小网膜囊积液。CT示,小网膜囊见大小约9.9 cm x 5.7 cm 液性暗区,内透声差,呈网络样。胃镜提示:浅表性胃炎。CEA正常。经完善术前准备后行剖腹探查术:术中见肿块位于胃小弯侧,分隔成囊状,形状不规则,大部分位于胃后方。肿块在小弯侧向右至幽门与肝十二指肠韧带交界处,向左至贲门;大弯侧向右至幽门下方,向左至胃体中上部。遂行全胃切除,空肠食管 Roux-en-Y 吻合术,手术顺利,术后9d出院。

术后病理检查:肉眼观见胃黏膜光滑,小弯侧浆膜面见暗红色肿物,

界限不清,大小约10cm×8cm×3cm,切面呈蜂窝状,内见灰褐色液体。镜检示肿瘤组织由海绵窦腔隙构成,内衬扁平上皮细胞,无异型,间隔纤细,内含少量淋巴组织,腔隙内可见粉红色淋巴液。病理诊断:胃浆膜面海绵状淋巴管瘤。



图1 手术后切除标本

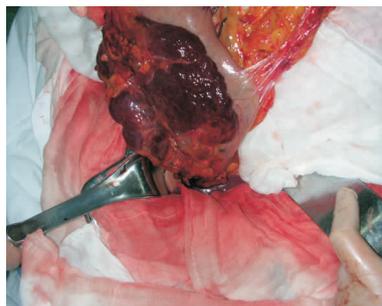


图2 术中见胃浆膜面海绵状淋巴管瘤

讨论 淋巴管瘤是淋巴系统的良性疾病,大部分是先天的,一般是2岁前发病。目前有两种学说:(1)淋巴管瘤可能是淋巴管畸形,是胚胎在发育时候部分淋巴管未能与淋巴系统相通而形成的囊性改变;(2)淋巴管瘤是炎症纤维化阻塞淋巴管形成淋巴回流障碍导致淋巴管扩张所形成。根据淋巴管的形态和分布,淋巴管瘤在组织学分型主要分为3型:毛细淋巴管瘤、海绵状淋巴管瘤和囊状淋巴管瘤。本例海绵状淋巴管瘤发生于胃小弯后壁,向小网膜囊内突出,范围从幽门至贲门。发生在胃的海绵状淋巴管瘤极为少见,术前难以明确诊断,需和下列疾病鉴别:(1)海绵状血管瘤。胃海面状血管瘤系源于胃黏膜下中胚层组织的良性肿瘤,临床上很少见,当海绵状淋巴管瘤继发出血时,易与海绵状血管瘤相混淆;但海绵状血管瘤的管腔往往形成乳头突向管腔;所以多在内镜检查时发现,可形成球形或分叶状肿块,质软,暗红色或紫黑色,而海绵状淋巴管瘤则不会。(2)胃恶性淋巴瘤。胃原发恶性淋巴瘤病变在黏膜下,大部分患者可发现胃部病变,如胃黏膜紊乱、僵硬、充盈缺损、溃疡和狭窄,类似铺路卵石样,胃镜下活检可进一步明确诊断。胃海绵状淋巴管瘤的治疗以手术切除为主,因其术后易复发,所以手术中应注意彻底切除,避免任何小的残留,防止复发,切除越彻底效果越良好。

收稿日期:2006-10-11。

作者简介: 毛岸荣,男,上海人,第二军医大学附属长海医院普一科博士,主治医师,主要从事胃肠外科

通讯作者: 毛岸荣 E-mail: mao_ar@126.com