

## · 案例分析 ·

## 腹腔脏器外孤立性囊肿 1 例报道

杨红, 袁玉娟, 廖伟<sup>△</sup>

(重庆市中医院普外科, 重庆 400020)

**[摘要]** 该文报道了 1 例腹腔脏器外孤立性囊肿患者, 该病例起病较隐匿, 达到足够大时才出现临床症状, 患者有症状时就诊, 并结合相关检查才被发现。该文就该例患者的临床诊断、治疗、病因提出探讨, 以便为今后的治疗及随访提供资料及借鉴。

**[关键词]** 腹腔脏器; 孤立性; 囊肿; 病例报告

**DOI:** 10.3969/j.issn.1009-5519.2023.05.037

**中图法分类号:** R656.5

**文章编号:** 1009-5519(2023)04-0896-03

**文献标识码:** B

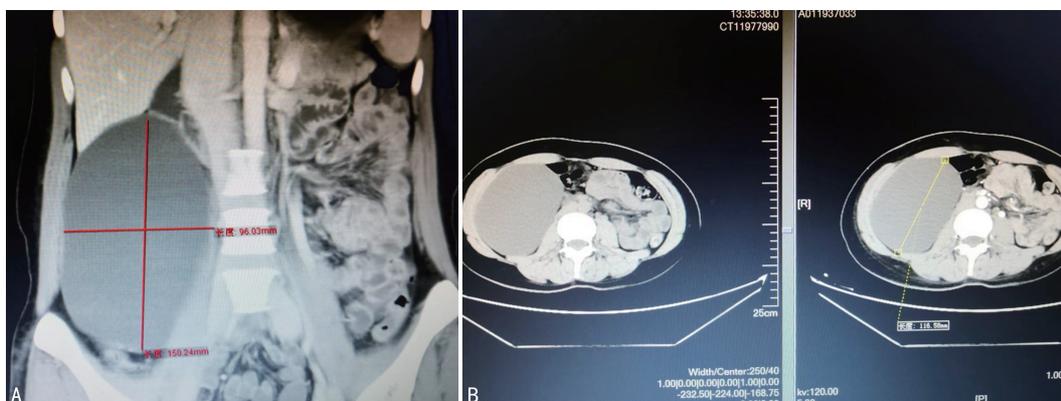
肝囊肿、肾囊肿、附件囊肿、胰腺及阑尾囊肿等临床较常见, 但腹腔脏器外孤立性囊肿临床比较少见。本院收治了 1 例腹腔内孤立于脏器外的巨大囊肿, 患者在临床诊疗过程中所诉症状及实际的临床表现不一致, 在临床上有可能是患者在体检或是无意检查中发现。在相关文献中鲜见明确的报道, 该病临床少见, 病理不明, 期望通过本文报道能为临床治疗该病提供病例参考。

### 1 临床资料

**1.1 病例介绍** 患者, 女, 35 岁, 起病缓, 因发现腹腔内包块伴进行性增大 2 年入院。患者 2 年前体检时提示有腹腔囊性包块, 自诉包块大小为 10 cm × 10 cm × 8 cm, 无腹痛及腹胀, 无腹泻及呕吐, 无大小便性状改变及其他不适。入院前自觉扪及包块较前

增大, 遂于门诊就诊, 收治入院。患者既往有入院前 10 年因为宫外孕行腹腔镜手术病史, 有甲状腺功能减退病史 4 年, 现口服甲状腺素片(每天 1 次, 每次 1 片)。入院前 4 个月行人工流产病史。现生育有一子, 顺产。月经史: 初潮 14 岁, 每次 3~7 d, 间隔约 30 d。末次月经入院前 20 d。

**1.2 临床检查** CT 检查报告示, 右侧腹腔巨大囊性病灶(图 1)。占据右侧腹腔上至肝脏脏面, 下至盆腔, 囊性, 未见有肝脏、胰腺及肾脏囊肿。增强 CT 检查提示未见腹腔其他包块增强及强化征象, 未见阑尾肿瘤征象。妇科彩色多普勒超声检查提示未见子宫及附件异常情况。血常规、肝肾功能、血糖、甲状腺功能、癌谱及肿瘤相关抗原检查提示均为正常。



注: A. 矢状位图, 囊肿上至肝脏脏面, 下至骨盆平面, 大小纵径和横径 150.24 mm × 96.03 mm; B. 横断面平扫及增强对比图。

图 1 腹腔 CT 图

**1.3 专科体征** 皮肤及巩膜未见黄染, 腹部见右侧腹部膨隆, 右侧腹部可触及 13 cm × 12 cm × 10 cm 的包块, 质地韧, 边界清, 可推动, 无触痛, 皮肤未见红肿, 未扪及明显的波动感, 腹部未见压痛及反跳痛。

叩诊呈现浊音。

**1.4 治疗方案** 完善相关检查后决定在静吸复合全身麻醉下行腹腔镜下囊肿剥除术及肠粘连松解术。术中探查肝脏、胰腺及阑尾未见囊性病灶, 盆腔见子

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail: wjjqs1983@163.com.

宫卵巢及输卵管大小及形态未见异常包块。术中发现囊肿较大,位于右侧升结肠外侧,右侧侧腹壁腹膜外,腹膜完整包裹。打开腹膜后显露囊肿,切开囊壁小口行先抽出囊液 1 000 mL,颜色淡黄色清亮,完整地剥除囊壁。手术时间 70 min。术中出血 10 mL,输液 1 500 mL,术后放置引流管 1 根于右侧结肠旁沟囊肿剥除创口处。术后第 1 天见 1 mL 淡红色血性液体,并拔出引流管。术后第 1 天下床活动,并进食,术后第 3 天出院。

**1.5 病理报告** 囊壁呈灰白组织,8.0 cm × 5.5 cm × 2.0 cm,囊壁菲薄较光滑。病理诊断:囊壁为浆液性囊腺瘤,小灶呈乳头状增生,局灶细胞增生活跃(图 2)。

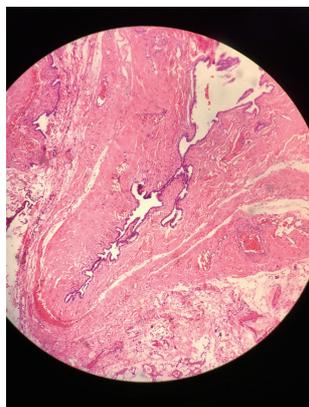


图 2 病理图(HE 染色,20×)

**1.6 术后囊液病理检查** 浆液检查提示为淋巴细胞及中性粒细胞。

**1.7 随访** 术后 1 年随访患者未诉有不适,复查未见异常腹腔包块出现。

## 2 讨论

常见的腹腔内囊肿有肝脏囊肿、肾脏囊肿、胰腺囊肿、大网膜囊肿、囊性畸胎瘤、脾脏囊肿、妇科卵巢囊肿、输卵管囊肿、肠系膜囊肿、肠源性囊肿及阑尾囊肿,孤立于脏器外的囊肿相对少见。浆液性囊腺瘤的确切病因不清楚,有可能是基因突变导致<sup>[1-2]</sup>。该例患者囊肿位于右侧腹腔,囊壁与右侧肝脏、结肠、附件及子宫卵巢都没有相连及依附关系,界限清楚。患者囊肿不能确定是原发还是继发。该病例病理报告示,囊肿囊壁呈灰白组织,大小 8.0 cm × 5.5 cm × 2.0 cm,囊壁菲薄较光滑。病理诊断示,囊壁为浆液性囊腺瘤,小灶呈乳头状增生,局灶细胞增生活跃。而淋巴囊肿病理特征为囊内没有柱状或立方上皮;囊壁内淋巴组织有灶性沉积及小淋巴腔隙;囊壁内有血管及平滑肌纤维<sup>[3]</sup>。而该病例在诊断上不满足以上诊断标准。未行囊液生化及核素显象检查。

浆液性囊腺瘤属于良性病变,常见于胰腺及女性

生殖系统,胰腺浆液性囊腺瘤大多是良性,被认为是常见的原发性胰腺囊性病变,是良性肿瘤,占其中的 1/3<sup>[4]</sup>,通常无症状。该病例既往否认有急性胰腺炎及慢性胰腺炎病史。发生胰腺炎后囊肿的可能性相对较小,胰腺浆液性囊腺瘤多为单灶性,边界清,呈现蜂窝状,囊肿有囊腔,不含黏蛋白的浆液,并被扁平细胞覆盖<sup>[2]</sup>。胰腺浆液性囊腺瘤糖类抗原(CA-199)和细胞学检查表现为低黏度、低淀粉酶、低癌胚抗原(CEA)水平(5~20 ng/mL)。胰腺酶,如淀粉酶同工酶和 CA-125 水平不同,癌抗原 CA724 水平也较低,细胞学显示立方细胞,细胞质富含糖原<sup>[1,5-6]</sup>。该例患者上述指标都没有明显的变化。实验室检查癌谱的变化有助于囊肿的分类和区分浆液性囊腺瘤与恶性或黏液性囊肿。

有极少妇科囊肿发生于除生殖系统以外的相关报道<sup>[7]</sup>。大多见于有妇科手术病史及相关子宫内膜异位症的情况。该例患者有手术病史,但并没有子宫内膜异位症的情况及痛经病史。根据患者病理报告及结合患者有明确的剖宫产病史,考虑患者囊肿来源于妇科生殖系统的可能性较大。根据病理检查结果,该例患者与卵巢浆液性囊肿相似的可能性较大。

总之,浆液性囊腺瘤预后良好,即使在罕见的浆液性囊腺瘤病例中,也有切除后长期存活的报道,任何浆液性囊腺瘤都有随时间增长的潜力<sup>[8]</sup>,因此,无论肿瘤的亚型、大小及位置如何,均应定期随访。

## 参考文献

- [1] 周杭城,陈炯翁,翁海燕,等. 胰腺浆液性囊腺瘤 21 例临床及病理分析[J]. 中华胰腺病杂志, 2012,12(6):378-380.
- [2] 袁菲,高亚博,吴华成,等. 52 例胰腺浆液性囊腺瘤临床病理分析[J]. 诊断学理论与实践,2008,7(6):621-624.
- [3] 伍崇俊,李德元,杨光宗. 4 例腹部囊性淋巴管瘤诊治体会[J]. 现代医药卫生,2004,20(20):2137.
- [4] BRUGGE W R. Endoscopic ultrasound-guided ablation of pancreatic cysts[J]. Gastroenterol Hepatol,2018,14(10):602-604.
- [5] 王宗勇,熊燕,陈志凡. 7 例胰腺寡囊性囊腺瘤 MSCT 分析[J]. 肿瘤预防与治疗,2015,28(1):33-36.
- [6] 信文,任贺,高春涛,等. 胰腺浆液性囊腺瘤 57 例临床分析及治疗探讨[J]. 中华肝胆外科杂志, 2013,19(8):568-571.
- [7] 岑鸿仁,曾琪,杨伟萍. 高级别浆液性癌乳腺转移

超声及超声造影表现 1 例[J]. 中国超声医学杂志, 2019, 35(11):1054.

[8] JAIS B, REBOURS V, MALLEO G, et al. Serous cystic neoplasm of the pancreas: A multinational study of 2 622 patients under the auspices of the international association of pancre-

atology and european pancreatic club(european study group on cystic tumors of the pancreas) [J]. Gut, 2016, 65(2):305-312.

(收稿日期:2022-04-19 修回日期:2022-10-13)

• 案例分析 •

### VV-ECMO 救治急性氮氧化物中毒致重度 ARDS 1 例报道\*

叶铨秋<sup>1,2</sup>, 陈晓燕<sup>1,2</sup>, 鲁 玫<sup>1</sup>, 陈俊杰<sup>1△</sup>

(1. 南方医科大学珠江医院重症医学科, 广东 广州 510282; 2. 南方医科大学  
附属小榄医院重症医学科, 广东 广州 400042)

**[摘要]** 急性氮氧化物中毒主要通过直接和间接肺损伤引起全身炎症反应及免疫功能紊乱, 导致化学性肺炎、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)等发生。其中毒损伤机制复杂, 一旦继发 ARDS, 死亡率明显上升。作者通过体外膜肺氧合成功救治 1 例急性氮氧化物中毒致重度 ARDS 的危重患者, 取得良好效果。通过分析此病例, 总结氮氧化物中毒的损伤机制及 ECMO 的启动时机和管理经验, 得出 ECMO 能快速纠正重度氮氧化物中毒患者的顽固性低氧血症, 提高生存率。

**[关键词]** 氮氧化物中毒; ARDS; 体外膜肺氧合; 病例报告

**DOI:**10.3969/j.issn.1009-5519.2023.05.038 **中图法分类号:**R459.7

**文章编号:**1009-5519(2023)05-0898-03 **文献标识码:**B

硝酸是一种强氧化性、腐蚀性的强酸, 在遇潮湿、光照和受热等条件下能够产生氮氧化物气体。在工业生产中, 由于工业事故、设备故障、违反操作等原因, 硝酸导致的急性氮氧化物中毒事件时有发生<sup>[1]</sup>。急性氮氧化物中毒引起的肺损伤死亡率高达 11%~21%<sup>[2]</sup>, 对于重度氮氧化物中毒患者一旦继发急性呼吸窘迫综合征(ARDS), 救治难度将大大提高<sup>[3]</sup>。本院在静脉-静脉体外膜氧合(VV-ECMO)支持下成功救治 1 例急性氮氧化物中毒致重度 ARDS 患者, 并取得良好疗效。现对该患者救治过程进行回顾分析, 报道如下。

#### 1 临床资料

患者, 男, 51 岁, 体重 80 kg, 工人。主因“吸入硝酸烟雾后进行性呼吸困难 13 h”而于 2022 年 3 月 8 日入住南方医科大学珠江医院。患者入院前 13 h 因误吸入硝酸烟雾后出现胸闷、咳嗽, 进而出现呼吸困难, 于当地医院就诊, 予以吸氧、激素抗炎等对症治疗后, 气促症状仍进行性加重, 后转入当地上级医院, 诊断吸入性肺炎、ARDS, 予以气管插管机械通气、抗炎、预防感染等抢救治疗。患者病情持续加重, 家属

要求转南方医科大学珠江医院进一步治疗。本院重症医学科医师达到该院时, 患者镇静状态, 气道内喷出大量黄色泡沫痰, 高呼吸支持条件下[吸入氧浓度(FiO<sub>2</sub>), 呼气终末正压(PEEP)12 cm H<sub>2</sub>O(1 cm H<sub>2</sub>O=0.098 kPa)], 氧合指数持续小于 100 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa), 平台压(Pplat)37cm H<sub>2</sub>O; 同时伴有全身发绀, 血气分析提示呼吸性并代谢性酸中毒, 血乳酸水平明显升高。考虑重度 ARDS、顽固性低氧血症, 继发组织脏器严重氧利用障碍, 经保守治疗后氧合指数、呼吸力学等均无改善, 具备 ECMO 上机指征, 评估无 ECMO 禁忌证, 予启动 VV-ECMO 后顺利转入本院重症监护病房(ICU)。入院查体: 镇静状态, 体温 37.2 ℃, 心率 67 次/分, 血压 133/76 mm Hg, 呼吸频率 19 次/分。双肺呼吸音减弱, 双肺可闻及大量湿啰音。心律齐, 心界无扩大, 各瓣膜区未闻及杂音。血气分析(FiO<sub>2</sub> 100%): pH 7.27, 氧分压(PO<sub>2</sub>) 65 mm Hg, 二氧化碳分压(PCO<sub>2</sub>) 35 mm Hg, 乳酸 4.6 mmol/L, 实际碳酸氢根 16.5 mmol/L, 剩余碱-9.4 mmol/L。胸部正侧位胸片(胸部 DR): 双肺弥漫性渗出(图 1、2、3)。诊断: 急性氮氧化物中毒; 化学性

\* 基金项目: 广东省医学自然科学基金(A2021427); 南方医科大学高等教育教学改革项目(JG2020031)。

△ 通信作者, E-mail:jjchan9527@126.com。