

故手术解除脑脊液循环通路梗阻,保证脑脊液循环通畅是治疗脊髓空洞症最根本的治疗手段。手术有后颅窝减压术与中央管-蛛网膜下腔分流术^[4],中央管-蛛网膜下腔分流术后神经系统症状、体征恢复快,对病情进展迅速,中央管扩张明显病例是首选术式,但术中对脊髓损伤大,术后易并发小脑扁桃体下疝^[4]。本例患儿由于家庭经济原因放弃治疗。

【参 考 文 献】

[1] 于富华,沈天真,江海源,等. Chiari 畸形并脊髓空洞症的 MRI

研究[J]. 中国脊柱脊髓杂志,1999, 9(3): 149 - 151.
[2] 肖治明,王晓鹏. 脊髓空洞症与 MRI 诊断[J]. 放射学实践, 2000, 15(1): 20 - 21.
[3] Oi S, Kudo H, Yamada H, et al. Hydromyelic hydrocephalus. Correlation of hydromyelia with various stages of hydrocephalus in postshunt isolated compartments [J]. J Neurosurg, 1991, 74 (3): 371 - 379.
[4] Hida K, Iwasaki Y, Koyanagi I, et al. Surgical indication and results of foramen magnum decompression versus syringosubarachnoid shunting for syringomyelia associated with Chiari I malformation[J]. Neurosurgery, 1995, 37(4): 673 - 677.

(本文编辑:吉耕中)

病例报告 ·

小儿大网膜囊肿 1 例报告

赵云飞,杜松奎,李香芝

(中国人民解放军 153 中心医院小儿科,河南 郑州 450042)

【中图分类号】 R656 【文献标识码】 E

男,10岁,因腹胀3月入院,曾在当地县人民医院做腹部B超提示有腹水,腹穿腹水为“酱油色”,按“结核性腹膜炎”给予抗痨治疗4月,患儿自感腹胀减轻,停药半年后再次出现腹部膨隆。为进一步诊治,而入我院。查体:双腹股沟可触及花生米大小的淋巴结4个,质中等,无压痛。心肺听诊无异常,腹部触诊有柔韧感,肝脾肋下未触及,腹部移动性浊音阳性,肝肾区无叩击痛,肠鸣音正常,双下肢无浮肿。实验室检查:血常规:WBC $5.0 \times 10^9/L$,L 0.54, N 0.39。腹水细胞数 $330 \times 10^6/L$,单核 82%,多核 18%,蛋白 32 g/L,糖 6.92 mmol/L,氯 107 mmol/L,乳酸脱氢酶 343.8 U/L,抗酸染色及抗结核抗体阴性,培养无细菌生长。腹水病理报告:可见较多嗜酸性小颗粒坏死物及散在的淋巴细胞,PPD 试验阴性,结核 PCR 阴性。T₃、T₄、TSH、肝功能、乙肝全套、血沉、结核抗体均正常。心电图及胸片示正常。腹部B超示腹腔内探及大量液性暗区,深度 10 cm,上至肝下,下至盆腔,可见一分隔,膜性条带状,肠管被压向后方,无漂浮征,提示:腹腔巨大囊肿。行剖腹探查术,切除一约 32 cm × 30 cm × 18 cm 巨大囊肿,包膜完整,表面光滑,与周围组织轻度粘连,囊液呈黄褐色。病理检查:大网膜浆液性囊肿伴囊壁慢性炎症。

大网膜囊肿较少见,常发生于儿童和青年人,病因未明,一般认为下列因素有关:淋巴管阻塞而扩大、胚胎细胞的变异、损伤性出血及炎症反应。小囊肿一般无症状,往往在剖腹探查或尸检中偶然发现,体积较大的囊肿,患者常因腹部膨胀、沉重感或疼痛而就诊,腹部可扪及肿块,多位于上腹部,柔软有囊性感,活动度大,无压痛。对疑似本病者首选B超检查,可显示典型无回声,透声性好,囊内出血时无回声中伴有散在小光点。CT对网膜囊肿显示较清晰,囊内密度均匀,一般CT值近似于水的密度,边缘清楚锐利,囊壁偶见钙化,囊肿较大时可对附近脏器产生推压现象,但无侵蚀^[1]。当出现上述表现时应考虑到网膜囊肿的可能。因本病术前确诊率低,据报道大网膜囊肿术前诊断率仅为 57%,术前做腹腔内动脉造影可显示大网膜动脉及其分支延长并包绕囊肿的影像,为本病的诊断提供直接而有力的证据。诊断上应注意与以下疾病相鉴别:肠系膜囊肿、渗出性结核性腹膜炎、畸胎瘤等。

【参 考 文 献】

[1] 华积德. 肿瘤外科学 [M]. 北京:人民军医出版社,1995, 1892.

(本文编辑:吉耕中)

【收稿日期】 2002 - 09 - 21; 【修回日期】 2003 - 01 - 03
【作者简介】 赵云飞(1975 -),男,大专,医师。主攻方向:小儿呼吸系统疾病。