

小儿肠系膜乳糜囊肿3例报告

曹辛, 吴骏, 洪伟

(昆明市儿童医院外二科, 昆明 云南 650034)

[中图分类号] R574 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2008)03-0416-02

小儿肠系膜乳糜囊肿较罕见, 诊断困难, 现将我院收治并经手术及病理检查确诊的3例小儿肠系膜乳糜囊肿报道如下。

1 临床资料

本组男2例, 女1例, 年龄1~5岁。病程5 d至1月。3例均有无明显诱因的腹痛, 其中2例呈进行性加重, 1例为反复发作性, 3例均有呕吐和腹胀, 2例有发热和便秘。3例均有腹胀, 可见胃肠型和蠕动波, 全腹压痛, 1例有反跳痛, 1例触及腹部活动性包块。腹部X线平片: 3例表现为不同程度的肠管扩张, 肠积气积液。腹部CT: 2例肠系膜有边界清楚的囊性包块, 1例有边界不清的囊性包块。B超: 3例有腹部囊性占位病变, 2例的囊肿活动度大, 1例活动度差。

3例以肠梗阻、腹内占位性病变待查收入院, 经保守治疗无好转, 3例均行手术治疗。术中探查见: 2例为空肠系膜囊肿, 单囊单房1例, 单囊多房1例, 其中1例为囊肿压迫肠管并发肠梗阻; 1例为回肠系膜囊肿, 单囊单房, 本例并发肠扭转。本组2例因粘连, 术中将囊肿及相邻的一段肠管切除, 行肠管端端吻合, 1例行单纯囊肿切除术。所有囊肿均有完整包膜, 囊肿直径8~17 cm, 囊内液为灰白色乳糜样, 经静置后分三层, 上层为油脂样, 中层为透明液, 下层为无色沉淀, 苏丹Ⅲ染色阳性, 乳糜试验阳性。切除的囊肿均行病理检查: 囊壁由纤维组织构成, 无肌层和黏膜, 内层有单层扁平内皮细胞。术后诊断: 小肠系膜乳糜囊肿。

本组病例术后恢复顺利, 原有症状消失, 治愈出院。随访10月至3年未见异常。

2 讨论

肠系膜乳糜囊肿较罕见, 其内容为乳糜。其形成可能与多种因素有关。先天性因素主要是胚胎淋巴管发育异常, 收纳小肠乳糜的部分淋巴管未能与淋巴干道相通, 实质为内容乳糜的肠系膜囊性淋巴管瘤; 后天因素有创伤、感染、寄生虫、肿瘤等。肠系膜乳糜囊肿可发生在小肠与大肠任何部位的系膜, 但以发生在小肠系膜为主, 可单发或多发。囊肿内壁可有淋巴管内皮(真性囊肿), 或无内皮(假性囊肿), 外壁多为纤维结缔组织或含有弹力纤维、平滑肌。本组3例囊壁内层有内皮细胞而为真性囊肿。

本病发展缓慢, 可终生无症状, 出现症状者常无特征性表现。当囊肿增大到一定程度, 牵拉肠系膜根部或压迫肠管时, 出现相应的腹部症状, 常为非特异性、慢性反复发作。随着病情进展, 可出现囊肿破裂、出血、感染、压迫肠管或诱发肠扭转, 还可并发急性乳糜性腹膜炎^[1], 此时常表现为非特异性的急腹症, 临床症状重, 常掩盖原发疾病的表现, 给诊断带来困难, 易被误诊。本组3例术前均未确诊。因此对不明原因的反复性腹痛、腹胀、腹部膨隆或腹部有较大可移动包块的患儿, 应注意此病。

肠系膜乳糜囊肿较罕见, 病情发展缓慢, 可终生无症状, 出现症状者常无特征性表现, 易被误诊。根据患儿有腹痛、腹胀、腹部触及活动度大的包块等病史, 结合腹部平片、B超、CT或MRI等检查, 可提高确诊率。B超可发现腹内包膜完整、边界光滑、可移动的回声囊性包块, 当有出血或感染时无回声区内出现不均质较高的回声, 一般认为B超对于诊断肠系膜乳糜囊肿是最简单而重要的检查方法^[2]。CT、MRI检查可进一步明确囊肿的部位、形态、大小、液实性及囊内分隔等情况^[2]。肠系膜乳糜囊肿

[收稿日期] 2007-12-07; [修回日期] 2008-01-23
[作者简介] 曹辛, 男, 大学, 主任医师。主攻方向: 小儿外科专业。

的最终诊断依据是在腹腔或囊肿内看到或抽出乳糜液,乳糜试验或苏丹Ⅲ染色阳性后方可确诊。本病应注意与胰腺假性囊肿、肾囊肿、肾积水、腹膜后囊肿、卵巢囊肿等鉴别。

肠系膜乳糜囊肿大多数长在小肠系膜,多数靠近肠系膜缘,乳糜液进行性增长可造成肠管压迫或诱发肠扭转、破裂、出血、感染,严重者可危及患儿生命,因而一旦确诊,无论是否有症状,均应手术治疗^[3]。肠系膜乳糜囊肿的手术方法是根据其邻近肠管及肠系膜血管的关系而采取不同的方法。当囊肿与肠管及系膜血管之间分界清楚、无明显粘连时,应完整切除囊肿。如果粘连严重时,可切除相邻的一段肠管,并连同有囊肿的系膜作扇形切除,行肠管端端吻合。如果囊肿广泛多发或与系膜重要血管粘连紧密时,切除后可引起大段肠管坏死或损伤重要脏器,则仅切除与血管不相粘连的囊壁,剩余的囊壁搔刮及烧灼,以消除内皮细胞。单纯囊肿切开极

易复发,囊肿腹壁造瘘外引流术有可能形成经久不愈的瘘道,囊肿腹壁内开窗可发生腹水或乳糜腹水,囊肿与肠道吻合有引起肠内容物反流发生感染形成脓肿的危险,加之切除不充分者恶变率高,故不宜采用。在小儿未见并发恶性肿瘤的相关报道,及时手术者预后良好。本组病例无手术死亡,术后恢复良好。

[参 考 文 献]

[1] 《中华小儿外科杂志》西南编审组. 腹痛、发热、腹部包块[J]. 中华小儿外科杂志,2002,23(1):94-95.
[2] 李善春,郑辉明,戴育坚,叶彤、王英俊. 小儿肠系膜囊肿诊治体会(附 16 例报告)[J]. 临床小儿外科杂志,2002,1(5):364-365
[3] 杨雪松,唐耘漫,刘文英,钟麟,李福玉. 小儿肠系膜乳糜囊肿[J]. 中华小儿外科杂志,2006,27(10):522-524.

(本文编辑:吉耕中)

· 病例报告 ·

盐酸克林霉素注射液致小儿软瘫 2 例

梁冬梅,于艳,宋波

(青岛大学医学院附属威海医院儿科,山东 威海 264200)

[中图分类号] R978.1 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2008)03-0417-02

例 1,男,5 岁,体重 20 kg,因发热、咽痛 3 d,双下肢无力、血尿 2 h 入院。入院当天上午在当地诊所静脉滴注 5% 葡萄糖 250 mL 加克林霉素 0.5 g,分 2 次给药。中午自诉双下肢麻木,不能站立及独立行走,无疼痛,无抽搐,伴有洗肉水样血尿 2 次,无尿频尿痛,无水肿,无外伤史。既往有高热惊厥史。用药当天因体温 40℃ 为防止惊厥口服安定 2 mg 1 次。入院时查体:神清,精神略不振,呼吸平稳,20 次/min,双肺呼吸音清,心音有力,律齐,心率 85 次/min,腹平软,肝脾肋下未及,双上肢肌力,肌张力正常,双下肢肌力Ⅳ级,肌张力稍低,腱反射减弱,病理征阴性。辅助检查:头颅 CT、双下肢及腰椎骨盆

片无异常。腰穿脑脊液生化及常规均正常,血糖、K⁺、Na⁺、Ca²⁺、Mg²⁺均正常,肌电图正常。血常规:WBC 12.0 × 10⁹/L, N 0.74, L 0.20, M 0.07, RBC 4.57 × 10¹²/L, Hb 121 g/L, PLT 245 × 10⁹/L, 小便常规:尿蛋白+,红细胞+++,肾功及双肾 B 超无异常。入院后给青霉素控制感染,能量合剂及钙剂对症治疗,第 2 天缓解,能行走,无下肢麻木,肉眼血尿消失,复查小便常规恢复正常,查体肌张力、肌力、腱反射正常。6 d 后出院。出院后随诊半年,活动正常,未再有类似症状出现。

例 2,男,1 岁,体重 13 kg,因咳嗽 5 d,不能站立 1 d 入院。因 β-内酰胺类药物过敏在我院门诊用克

[收稿日期]2007-09-06;[修回日期]2007-10-08
[作者简介]梁冬梅,女,大学,主治医师。主攻方向:小儿肾脏疾病。