

· 短篇 ·

胸腔异位脾脏伴膈疝1例

邹俊杰¹ 张孔源^{2,*}

1.山东第二医科大学医学影像学院(山东 潍坊 261053)

2.潍坊市人民医院核医学科(山东 潍坊 261041)

第一作者: 邹俊杰, 女, 在读硕士研究生, 主要研究方向: 放射影像学。E-mail: zoujunjie2017@163.com

通讯作者: 张孔源, 男, 主任技师, 主要研究方向: 介入精准诊疗手术导航。E-mail: zhangkongyuan@163.com

【关键词】异位脾脏; 计算机体层成像

【中图分类号】R445.3

【文献标识码】D

DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2025.03.062

A Case of Thoracic Ectopic Spleen with Diaphragmatic Hernia

ZOU Jun-jie¹, ZHANG Kong-yuan^{2,*}

1.School of Medical Imaging, Shandong Second Medical University, Weifang 261053, Shandong Province, China

2.Department of Nuclear Medicine, Weifang People's Hospital, Weifang 261041, Shandong Province, China

Keywords: Ectopic Spleen; Computed Tomography

病例资料: 患者女, 67岁, 因“查体发现左肺下叶占位1月”入院, 患者自发病以来, 咳少量白色黏液性痰, 无胸痛、胸闷, 无发热、盗汗, 无声音嘶哑及呛咳等其他不适, 30余年前“因脾大行脾脏切除术”。体格检查: 胸廓对称, 胸骨无压痛, 双侧胸叩诊清音, 听诊双肺呼吸音粗, 双肺未闻及干、湿性啰音。

胸部CT平扫+增强: 左肺下叶胸膜下见分叶状软组织密度影, 内见斑片状钙化灶, 大小约3.1cm×5.2cm, 增强扫描明显强化, 强化较均匀。诊断: 考虑左肺下叶良性肿瘤。

手术: 全麻下行胸腔镜探查+中转开胸+膈肌修补、左肺下叶肿瘤楔形切除, 进镜探查见胸腔内重度粘连, 无积液, 肺裂发育欠佳, 中转常规开胸, 电勾松解粘连, 探查见膈疝, 腹腔内容物疝入胸腔, 与左肺下叶粘连紧密, 仔细分离粘连, 以腔镜切割吻合器加钉仓楔形切割闭合左肺下叶肿瘤。

术中快速病理: 肺组织慢性炎, 伴淋巴组织增生及局部淋巴

滤泡形成, 局部肺泡上皮增生, 待常规及免疫组化进一步排除淋巴组织增殖性疾病。常规病理所见: 楔形切除肺组织1块, 体积10.5cm×4.5cm×2.5cm, 缝钉长10.5cm, 距缝钉断端及支气管断端0.8cm、紧邻肺被膜见以灰红区, 体积3cm×2cm×1.5cm, 切面会红、质软, 界尚清, 相邻肺被膜略粗糙。病理诊断: 结合临床及免疫组化结果符合异位脾脏组织; 周围组织局部纤维化及钙化, 边缘见少许骨组织, 肺断端净, 支气管及血管断端净。免疫组化: CD20(部分+), CD3(部分+), CD23(少部分+), CD21(FDC网+), CD30(散在+), BCL-2(大部分+), BCL-6(+, 2%), Mum-1(+, 20%), CD10(少部分+), CD19(部分+), CD5(部分+), Cyclin D1(散在+), CD4(大部分+), CD8(大部分+), CK广(部分+), TTF-1(-), CD31(部分+), MPO(粒系+), SMA(部分+), CD163(大部分+), CD23(散在+), Ki-67(index 20%)。

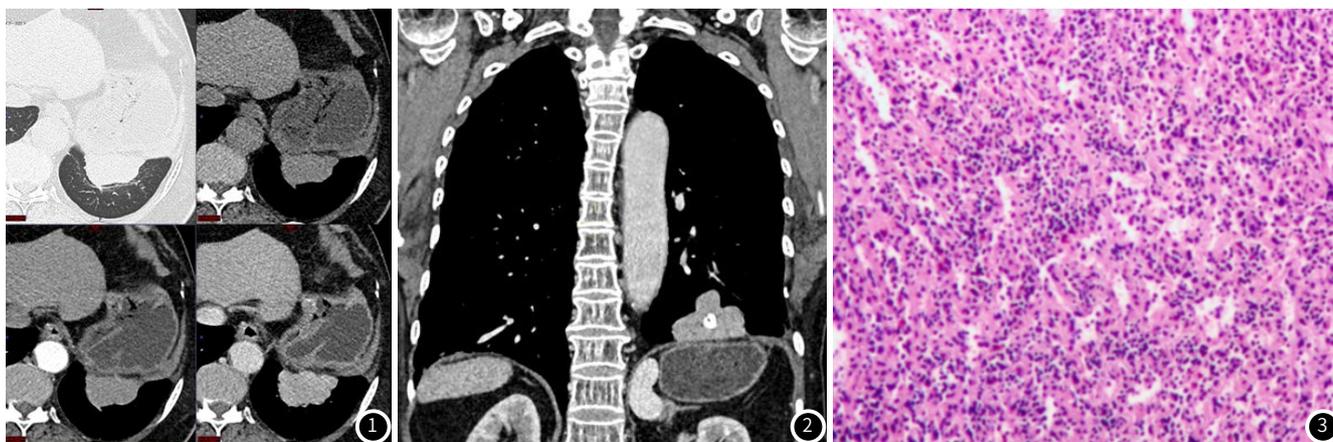


图1 胸部CT平扫+增强扫描肺窗及纵隔窗横断位示左侧胸部病变, 明显均匀强化。

图2 胸部CT增强扫描纵隔窗冠状位示病变边界清晰, 内见片状钙化。

图3 异位脾脏病理。

讨论: 异位脾脏是指脾组织的自体移植, 即脾脏离开其正常解剖位置而出现在其他部位, 患者通常有胸腹部外伤史或脾脏切除史^[1], 国内文献报道异位脾脏多位于腹腔, 位于胸腔者少见, 可能误诊为肺部肿瘤性病变。异位脾脏CT平扫呈均匀软组织密度, 典型者强化方式与脾脏大致相同。胸腔异位脾脏需要与肺周围型肺癌、胸膜淋巴瘤以及恶性胸膜间皮瘤鉴别。(1)周围型肺癌

多呈圆形或类圆形, 边缘可见分叶及细短毛刺, 增强扫描轻中度强化, 延迟期持续强化不明显^[2]。(2)胸膜淋巴瘤表现为胸膜不规则增厚、胸膜结节或肿块影, 增强扫描中度强化, 常伴胸腔积液^[3]。(3)恶性胸膜间皮瘤表现为胸膜不规则增厚、沿胸膜腔扩散的广泛结节^[4], 大部分同时合并胸腔积液^[5], 可伴有纵隔淋巴结肿大, 肿瘤侵犯纵隔, 可形成“冰冻”征^[6], 大多数患者与石棉暴

露有关。

胸腔异位脾脏很少引起临床症状，多为偶然发现，仅通过常规影像学检查明确诊断较困难^[7]，^{99m}Tc-热变性红细胞显像有助于诊断，对于压迫症状不明显的患者可暂不手术。影像诊断医师在工作中遇到胸腔占位，尤其当病变位于左侧胸腔时，应仔细查看病史，若患者有脾脏切除或胸腹部外伤史，应考虑到异位脾脏的可能，以避免不必要的手术。

参考文献

- [1] Yurvatil A H, Thompson J B, Woods T N. Thoracic splenosis more than 40 years after thoracoabdominal trauma[J]. Journal of Osteopathic Medicine, 2013, 113(11): 853-856.
- [2] 吴春燕, 何川东, 陈正国, 等. 肺炎性假瘤、周围型肺癌的CT影像学特征及其鉴别诊断[J]. 中国CT和MRI杂志, 2022, 20(4): 51-52, 68.

- [3] 王林帅, 刘芳兵, 段世菲, 等. 胸膜淋巴瘤的CT表现及其与恶性间皮瘤的鉴别[J]. 中国CT和MRI杂志, 2023, 21(2): 105-106, 109.
- [4] Katz S I, Straus C M, Roshkovan L, et al. Considerations for imaging of malignant pleural mesothelioma: a consensus statement from the international mesothelioma interest group[J]. Journal of Thoracic Oncology, 2023, 18(3): 278-298.
- [5] 辜进成, 钱伟军. 多层螺旋CT检查在恶性胸膜间皮瘤中的临床价值[J]. 罕少疾病杂志, 2021, 28(6): 31-32, 42.
- [6] 张雨, 钱伟军, 赵文, 等. 多层螺旋CT扫描在胸膜孤立性纤维瘤中的临床应用价值[J]. 罕少疾病杂志, 2024, 31(8): 57-59.
- [7] Niu Y, Liu W, Xian L, et al. Thoracic splenosis presenting as pulmonary space-occupying lesion[J]. BMC Surgery, 2018, 18: 1-4.

(收稿日期: 2024-10-05)

(校对编辑: 翁佳鸿)

· 短篇 ·

闭式引流管返折致胸壁弥漫气肿1例

黎昌霖 蓝海龙*

吴川市人民医院影像中心 (广东湛江 524500)

第一作者: 黎昌霖, 男, 主治医师, 主要研究方向: 放射诊断。E-mail: lichanglin2022@139.com

通讯作者: 蓝海龙, 男, 副主任医师, 主要研究方向: 放射诊断。E-mail: lanhailong_1988@163.com

【关键词】闭式引流; 返折; 胸壁气肿

【中图分类号】R814.42

【文献标识码】D

DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2025.03.063

Chest Wall Emphysema Caused by Backfolding of the Closed Drainage Tube: One Case Report

LI Chang-lin, LAN Hai-long*

Medical Imaging Center, Wuchuan People's Hospital, Zhanjiang 524500, Guangdong Province, China

Keywords: Closed Drainage Tube; Backfold; Chest Wall Emphysema

闭式引流术应用于气胸、血胸、脓胸治疗，使得肺组织复张并恢复换气功能，对疾病的转归起着十分关键的作用。随着闭式引流术的广泛使用，其并发症亦日益增多，以气胸为主，而本文报道一例因引流管返折并扎入胸大肌，引起胸壁广泛气肿。

病例资料：患者男性，60岁，因“胸痛、气促3天”入院。于3天前患者无明显诱因出现胸痛，以左侧胸部为甚，呈持续性闷痛，无放射痛，无出汗，伴气促，气促尤以活动时为甚，伴咳嗽，咳出少许白粘痰及少许黄色痰，伴头晕、头痛，伴腰痛、上腹闷痛、恶心、嗝气。查体：左侧语颤减弱，左肺叩诊鼓音，左肺呼吸音减弱；右肺叩诊清音，右肺呼吸音粗，可闻及少许湿性啰音，未闻及哮鸣音。

入院当天查CT平扫示左侧气胸，肺部压缩约80%，行胸腔闭式引流术。术后第1天左侧胸壁有捻发感，急查胸部CT平扫示新见引流管经左第3肋间隙进入胸腔，引流管反折，开口位于左胸大肌；新见左胸壁肌肉及皮下大量积气；左侧气胸，肺部压缩约50%（前片约80%），较前减少。术后第4天复查胸部CT平扫示左侧胸壁、颈根部大量皮下积气，较前增多；右侧胸壁新见少量皮下积气；左侧气胸，肺部压缩约70%，较前进展；于当天拔除原引流管，并于上一肋间重置胸腔闭式引流管。患者症状逐渐好转，术后第13天复查胸部DR提示皮下气肿较前明显吸收，患者好

转出院。

本例随访：患者出院后能正常生活，未见气胸复发。

讨论：皮下气肿主要表现为皮下肿胀、扪及捻发感，严重者可沿胸壁皮向下向颈、腹或其他部位蔓延，引起皮下感染、败血症，甚至导致呼吸循环功能受损，危及生命。皮下气肿主要与以下因素相关^[1-4]：(1)气胸类型：张力型及交通型易发；(2)插管方式及位置选择偏差，置管后出现引流管不畅通；(3)皮下组织疏松、牵扯引流管、剧烈咳嗽等患者自身原因。本例患者闭式引流术后出现左胸壁弥漫皮下、胸大肌气肿，并逐渐向颈根部及右侧胸壁蔓延，随时可进展加重危及生命。该患者发生皮下气肿的核心原因为闭式引流管返折并进入胸大肌内，通道闭塞而无法有效引流；同时相当于人为扩大胸壁内侧通道，扩大软组织间隙，加重胸腔内高压气体向皮下蔓延。

本例引流管进入胸腔后返折，推测可能的原因有：①引流管质地柔软，容易打折；②老年患者皮下软组织疏松，导管进入后容易发生嵌顿；嵌顿后操作者未能感知导管变化，继续插入导管时则容易导致返折；③胸腔气体压力过高，插管时用力推进亦可导致管道返折。

导管返折导致皮下弥漫气肿，临床工作中罕见，如排除其他原因所致皮下气肿，需考虑胸壁内导管返折的可能，应仔细回忆