

## · 疑难病例讨论 ·

## 发热、脾脏占位性病变

肖雅玲<sup>1</sup> 祝益民<sup>2</sup>

## 病例摘要

患儿,男,2岁3个月,因发热1个月,腹胀7 d入院。患儿于1个月前受凉后出现发热,体温38℃左右,最高时达40.8℃,伴咳嗽,给予感冒冲剂、中药、物理降温等治疗,体温下降,咳嗽好转。2周后出现持续高热,体温39℃以上,在当地医院治疗效果不佳。入院前1周出现腹胀,无呕吐及腹泻。患儿起病以来精神状态及食欲差,大小便正常,无呕吐及便血,无抽搐。既往体健,无特殊病史和药物接触史。

入院体查:体温39.1℃,脉搏138次/分,呼吸38次/分。慢性贫血貌,精神欠佳,皮肤巩膜无黄染,全身浅表淋巴结不肿大,双肺呼吸音粗糙,心音正常,心律齐,腹部隆起,两侧不对称,以左侧明显,未见肠型及蠕动波,无固定压痛,肝脏肋下4 cm,质地中等,脾脏平脐,超过中线1 cm,质地中等,无触痛。无移动性浊音,肠鸣音正常。

辅助检查:血常规白细胞(WBC)  $2.92 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞(N) 0.50,淋巴细胞(L) 0.38,单核细胞(M) 0.12,红细胞(RBC)  $3.02 \times 10^{12}/L$ ,血红蛋白(Hb) 66.7 g/L,血小板(PT)  $72 \times 10^9/L$ 。先后两次做血培养,均为溶血性葡萄球菌生长。骨髓穿刺:骨髓增生活跃,中晚幼粒红细胞增加,血小板减少。PPD 试验阴性,肥达氏反应阴性。B超:肝脏肋下31 mm,脾脏肋下60 mm,脾实质内探及90 mm × 58 mm × 63 mm不规则低回声区,边界不清。彩色多普勒超声检查(CDFI):脾实质低回声区见较丰富的动静脉血流,盆腔内可探及不规则液暗区,脾脏非均质性占位性病变,腹水,腹膜后淋巴结肿大。CT扫描:脾脏增大,约116 mm × 68 mm × 86 mm,中部见斑片状低密度灶,边缘模糊,脾门结构不清,肝脏影增大,形态密度正常,考虑脾脏肿瘤或脓肿。

治疗经过:入院后诊断为败血症、急性支气管炎、脾大查因及贫血。予头孢噻唑钠、炎虎宁等抗感

染治疗1周无好转,改“泰能”加强抗感染治疗,1周后血高渗培养阴性,患儿仍高热,病情无明显好转。

## 讨 论

朱之尧主任医师(ICU病房):患儿病史特点为发热在前,脾脏肿大在后,从儿内科疾病的角度可考虑下面几种可能。①病毒性疾病:患儿此次入院无咽部红肿,扁桃体不大,无咳嗽及腹泻,不符合一般的病毒性疾病。传染性单核细胞增多症可有肺炎型、肝炎型、中枢型,但都无明显证据,其他病毒感染可不考虑。②真菌性感染:无真菌感染的依据。③细菌感染:患儿有发热、肝脾肿大,血培养两次阳性,可考虑存在败血症,败血症时可形成脾脓肿,但脾脓肿时脾区压痛,质地较软,该患儿脾脏质地较硬,表面凹凸不平,也不支持。④血液系统疾病:如白血病,但白血病骨髓穿刺检查可见幼稚细胞。⑤脾脏非霍奇金氏淋巴瘤:该病常首先从腹腔淋巴器官发生,本例B超检查见腹腔淋巴结肿大,脾脏有低回声结节,较支持,且非霍奇金氏淋巴瘤可在腹腔内蔓延,腹水增加较快,从患儿发病特点来看,病情进展迅速,非霍奇金氏淋巴瘤可能性很大,可反复行腹水沉渣检查找癌细胞。因此,建议在对症治疗的同时,进一步确诊,因脾脏穿刺风险大,建议行剖腹探查,也可再行骨髓穿刺了解是否有骨髓转移。

郑敏翠主任医师(血液内科):患儿败血症的诊断依据充足且明确,但根据药敏试验选择抗生素,使用“泰能”已10 d,病情仍逐渐进展,故应考虑其他因素存在。脾脓肿早期可为不均匀低密度影,但随病情发展可有脓肿壁并液化。非感染性疾病引起脾肿大的原因很多,如充血性心衰、缩窄性心包炎、斑状氏综合征等,但大多发展缓慢,有门脉高压表现且常单纯表现为脾大。代谢性及结缔组织疾病为全身性疾病,有多系统受累的表现。该患儿虽然血常规三系减少,但骨髓穿刺正常,因此不支持血液系统疾病。根据患儿病情进展快,肝脾肿大,腹膜后淋巴结肿大,考虑淋巴瘤可能性大。下一步可在B超引

导下行穿刺活检,但穿刺风险很高,建议行剖腹探查,术中可行淋巴结活检、脾活检或脾切除。

宋国才主任医师(血液内科):患儿急性起病,呈弛张热,肝脾肿大,存在渗出性腹水,全血细胞减少,血培养两次为同一种细菌,抗生素治疗不满意,综合上述特点,可考虑败血症并发脾脓肿,因脓肿壁未行引流前抗生素治疗效果差。脾肿瘤很少见,尤其是脾脏的淋巴瘤更少见,但根据 B 超、CT 结果也不能完全排除,建议在再次骨髓穿刺后剖腹探查,若为脾脓肿可行引流术,若为肿瘤可行脾活检,考虑患儿年龄尚小,切脾不合适。

李碧香主任医师(新生儿外科):患儿 1 个月前外院 B 超显示肝脾正常,患病以来以高热为特点,不符合原发性脾脏肿瘤。发热在先,脾肿大在后,因此,考虑感染性因素的可能性大,但强有力的抗生素治疗效果不佳。建议在 B 超引导下于脾脏最薄弱处穿刺或在腹腔镜下取活检,若为脾脓肿可放置引流。患儿年龄小,只有 2 岁,切脾易爆发感染,且患儿本身存在严重感染,切脾风险更大,因此,不主张行切脾手术。

游洁玉主任医师(消化内科):患儿病灶在脾脏,只是定性不准确,败血症的依据很充分,尚不能肯定是继发性感染或者原发性感染或者脾脏肿瘤。结核的不典型表现也很多,故多次腹水检查找结核杆菌也不可忽视。肿瘤方面考虑恶性淋巴瘤,但骨髓穿刺阴性不支持此诊断,建议再次骨髓穿刺检查,也可行剖腹探查加活检。

任振玉主任医师(普外科):患儿以高热、脾肿大为特点,且脾脏中央有不均质占位性病变,感染与肿瘤很难区分,可考虑行脾肿瘤标志物检查,脾穿刺风险太大,要确诊只有靠活检。可以在腹腔镜下取活检,也可考虑剖腹探查。

高纪平主任医师(心胸外科):根据患儿特点考虑脾脓肿的可能性大,脾脓肿一般病程 1~2 个月,也可为 1~2 年,该患儿有发热、脾肿大、贫血及中毒症状,败血症诊断明确。B 超不可完全区分脓肿或肿瘤,为进一步确诊,考虑行剖腹探查术。若为脓肿可置管引流,若为肿瘤可行脾切除,因为单行淋巴结活检,可能为炎性,最终还是不能确诊,至于切脾后爆发感染问题,临床很少遇见。穿刺风险太大,若为肿瘤穿刺不一定成功,若为脓肿穿刺可能污染腹腔,因此,可不考虑穿刺。

周小渔主任医师(普外科):患儿 1 个月前曾在当地行 B 超检查,提示脾脏正常,在本院住院期间

主要以高热、脾大、腹水为特点,血培养为阳性,B 超、CT 均显示为脾脏占位性病变,血象三系减少,腹水穿刺为渗出液,细胞总数达  $3\,000 \times 10^9/L$ ,B 超、CT 也不能排除脾脓肿、脾结核的可能,但通过内科抗感染治疗 2 周效果欠佳,不能用单纯的感染性疾病来解释。脾脏肿瘤很少见,可分为良性和恶性,良性肿瘤如淋巴管瘤、血管瘤、脂肪瘤等,但良性肿瘤一般无明显的临床症状,与该病人症状不符,现患儿病情发展快,且脾脏迅速增大,考虑恶性肿瘤的可能性大,淋巴瘤为脾脏最常见的恶性肿瘤,分为原发性和继发性恶性淋巴瘤,可表现为发热、继发感染、脾功能亢进等,预后不好,需进行手术探查。

祝益民主任医师(急救中心):患儿病情发展快,腹胀近十多天明显,抗生素已用到“泰能”等强有力的抗感染药物,但效果不佳,且病情有逐渐恶化的表现,所以目前诊疗的关键是尽快明确诊断。与家长沟通交谈,如果同意手术可尽快手术探查,如果家长不配合,可再次骨穿,多做几次腹水细胞学检查,并继续追踪 B 超、CT 结果的变化。

## 治疗结果与分析

经积极的术前准备后行剖腹探查术,术中见腹腔内有大量淡黄色渗液,约 500 cm,脾脏明显肿大,约  $15\text{ cm} \times 12\text{ cm} \times 8\text{ cm}$ ,脾脏中央有  $10\text{ cm} \times 8\text{ cm} \times 8\text{ cm}$  大小肿块,质地偏硬,呈结节感,肝脏肿大,颜色正常,未扪及包块,脾门、肠系膜根部及腹膜后淋巴结广泛肿大,相互融合,遂行脾切除,肠系膜淋巴结活检。术后解剖标本切面呈灰白色、鱼肉样改变,与脾脏边界不清,中央有多处坏死灶。术后病理报告提示:脾脏、肠系膜淋巴结小圆形细胞型恶性肿瘤,肿瘤细胞在脾脏与淋巴细胞中弥漫分布,破坏脾与淋巴结正常结构,侵犯脾门区脂肪组织与神经,并有明显的出血与坏死。瘤细胞免疫表型:LCA(+),CK(-),S-100(-),Vim(+/-),CD(部分+),NSE(-)。结合临床,诊断为恶性淋巴瘤(B 细胞型)。确诊后家长放弃治疗出院。

脾脏的恶性肿瘤临床上较少见,B 超和 CT 可提高脾脏肿瘤的确诊率,但是对肿瘤的定性较困难,该患儿虽经多次 B 超、CT 检查仍难定性。脾脏肿瘤一旦确诊应行全脾切除术。对于确诊的良性肿瘤可考虑脾部分切除或全脾切除后行健康脾组织自体移植,以尽可能保留脾脏的功能。

脾脏肿瘤包括原发性及转移性两大类。转移性

脾脏肿瘤通常发生在肿瘤的晚期,它可通过血管、淋巴管或临近器官直接侵犯。原发性脾脏恶性肿瘤更罕见,它以恶性淋巴瘤为主,脾脏的恶性淋巴瘤是指原发于脾脏淋巴组织的恶性肿瘤,但不包括晚期恶性淋巴瘤的脾侵犯,它的诊断标准为:①脾脏肿大为首发症状;②肿瘤局限于脾内或仅累及脾门淋巴结,而腹腔或浅表淋巴结无肿大;③手术后 6 个月无其

它部位恶性淋巴瘤证据。该患儿病检报告为恶性淋巴瘤,但腹腔内有广泛淋巴结肿大,故考虑为恶性淋巴瘤晚期累及脾脏。放疗和化疗是恶性淋巴瘤较为成熟的治疗方案,该患儿术前骨穿阴性,浅表淋巴结不肿大,且两次血培养为同一细菌等,导致诊断困难,最终行脾切除、淋巴活检确诊。

## 儿童卵巢 B 细胞性非霍奇金淋巴瘤 1 例

李基伟 吴学东 杨利杰

非霍奇金淋巴瘤(non-Hodgkin lymphoma,NHL)是一种发生于淋巴组织的恶性疾病,在儿童肿瘤的发生中占有较高比例,本院近日收治 1 例 NHL 患儿,经手术切除肿瘤及术后肿瘤细胞的免疫表型测定证实为 B 细胞性 NHL,现报道如下。

患儿,女,6 岁,因发现右下腹无痛性包块 10 d 入院。10 d 前患儿家属无意中发现其右下腹膨隆,并触及包块,无腹胀、腹痛、恶心、呕吐,无发热、盗汗等症状,饮食睡眠及大小便无异常,无明显消瘦。体格检查:体温 37.0℃、脉搏 96 次/分、呼吸 20 次/分、体重 19 kg,营养中等,全身浅表淋巴结无肿大,头颈及心肺无异常。仰卧位见右下腹部稍膨隆,未见浅表静脉曲张,腹软,右下腹触及一圆形包块,约 8.0 cm × 6.0 cm 大小,质韧,边界清楚,可活动,无压痛,膝胸位触诊包块轮廓较仰卧位明显,可推动,活动度较大,移动性浊音(-),肠鸣音 6 次/分,未闻及异常血管杂音。血常规:白细胞(WBC)  $5.8 \times 10^9$ ,中性粒细胞(N)  $3.1 \times 10^9$ ,淋巴细胞(L)  $2.4 \times 10^9$ ,单核细胞(M)  $0.12 \times 10^9$ ,血红蛋白 RBC  $3.9 \times 10^{12}$ ,血红蛋白(Hb) 112.0 g/L,红细胞压积(HCT)33.2%。生生化:总蛋白 71.3 g/L,谷草转氨酶(AST)23.0 U/L,谷丙转氨酶(ALT) 12.0 U/L,Ca<sup>2+</sup>2.59 mmol/L。甲胎蛋白(AFP) 3.28 ng/ml,癌胚抗原(CEA) 8.44 ng/ml,乳酸脱氢酶(LDH) 270 U/L,大小便常规正常。腹部彩超检查报告子宫上方一大小约 9.8 cm × 8.5 cm × 7.5 cm 中低回声包块,有包膜,边界清,内部回声不均匀,考虑包块来源于右侧卵巢,肝左叶内发现大小约 5.3 cm × 4.0 cm 低回声包块,形态不规则,边界清楚,考虑转移灶;双肾、脾未见异常。腹部 CT 检查发现下腹部低密度包块影,包块均匀轻度强化,在腹主动脉及下腔静脉周围见多个肿大淋巴结,部分融合成团块。初步诊断右侧卵巢恶性肿瘤并肝转移。完善术前准备后于连续硬脊膜外腔阻滞麻醉下行剖腹探查术,术中见包块来自右侧卵巢,大小约 10.0 cm × 8.0 cm × 7.0 cm,圆形,表面光滑无粘连,实性,同侧输卵管贴附于包块,左侧卵巢正常,子宫未发育。腹主动脉旁脐水平扪及大小约 1.0 cm × 1.0 cm 肿大淋巴结多枚,其余部位未见淋巴结肿大,肝脏色泽及质地正常,未触及明显结节及包块。术中诊断为右侧卵

## ·病例报告·

巢内胚窦瘤可能性较大,切除包块、右侧卵巢及输卵管。病检报告为右侧卵巢 NHL,HE 常规染色及免疫组织化学染色报告:LCA(+),CD79a(+),CD20(+),TdT(-),CD45RO(-),S-100(-),CKP(-),CgA (-),PLAP(-),PAS(-),Ki67 阳性细胞达 50%。术后诊断为 B 细胞性 NHL。术后恢复顺利,7 d 拆线,切口甲级愈合,其家属拒绝进一步化疗,10 d 出院。

讨论 儿童卵巢肿瘤发病率低,儿童最常见的卵巢肿瘤是畸胎瘤<sup>[1]</sup>。而发生于儿童卵巢的 B 细胞性 NHL 国内文献未见报道,据 WHO 分类,B 细胞性 NHL 属高侵袭性。

发生于儿童的 NHL 主要为小无裂细胞淋巴瘤,淋巴母细胞性淋巴瘤及大细胞性淋巴瘤等类型,该疾病与免疫应答过程中淋巴细胞增殖分化产生的恶变免疫细胞相关,是免疫系统的恶性肿瘤。NHL 一般进展迅速,易发生远处转移,常以颈部和锁骨上无痛性肿大淋巴结为首表现,容易侵犯咽部淋巴结、纵隔、胃肠道、骨髓、中枢神经系统。

据文献报道,发生于卵巢的肿瘤组织学来源中生生殖细胞占 60%~70%<sup>[1]</sup>,而卵巢的淋巴回流经腰淋巴结,早期肿瘤细胞可转移至腰淋巴结。该例患儿以腹部包块为主要表现,B 超、CT 均提示右侧卵巢的恶性占位病变;并且肝脏有转移,腹主动脉及下腔静脉周围见多个肿大淋巴结,同时伴有血清 LDH 值升高,因此术前术中均考虑生殖细胞来源。化疗对任何亚型及分期的 NHL 患儿都是首选治疗方法,其预后与该疾病的病理组织学类型有密切关系,所以应用免疫组织化学等技术确定 NHL 的肿瘤细胞免疫表型对术后化疗尤为重要。根据免疫组织化学检测结果,该患儿最终确定为右侧卵巢 B 细胞性 NHL,属高侵袭性。外科手术的作用在于获得足够的其它途径无法获得的活体标本,在出现外科急腹症时例如肠梗阻、肠梗阻、消化道穿孔时行外科剖腹探查是必须的<sup>[2]</sup>。

## 参考文献

- 1 施诚仁. 儿童肿瘤外科学 [M]. 北京: 科学技术文献出版社,2006: 487-496.
- 2 Ara C, Coban S, Kayaalp C, et al. Spontaneous intestinal perforation due to non-Hodgkin's lymphoma: evaluation of eight cases [J]. Dig Dis Sci, 2007, 52(8):1752-1756.

作者单位:大理学院附属医院小儿外科(云南省,671000),通讯作者:吴学东,E-mail:xuedong3288@sina.com

# 发热、脾脏占位性病变

作者: [肖雅玲, 祝益民](#)  
作者单位: [肖雅玲\(湖南省儿童医院肿瘤外科, 410007\), 祝益民\(湖南省儿童医院急救中心, 410007\)](#)  
刊名: [临床小儿外科杂志](#)   
英文刊名: [JOURNAL OF CLINICAL PEDIATRIC SURGERY](#)  
年, 卷(期): 2008, 7(1)  
被引用次数: 0次

本文链接: [http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_lcxewkzz200801021.aspx](http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_lcxewkzz200801021.aspx)

授权使用: 黔南民族师范学院(gnnzsfxy), 授权号: 201c95a3-657b-4b16-85e6-9ed30126c9e4

下载时间: 2011年4月28日