

· 病例报告 ·

外伤性水银异物肉芽肿 1 例

周显军 段于河 张 虹 董 蓓



异物肉芽肿临床较常见,水银异物肉芽肿相对较少见,近期我们收治 1 例,现报道如下:

患儿,男,11 岁。因右手背部异物 40 d 入院。患儿 40 d 前其母甩体温表时碰到其手背体温表断裂并刺破右侧手掌第 2、3 掌骨间皮肤,伤口周围出现直径 2 cm 范围红肿,未予治疗。1 周后伤口愈合,周围红肿消退,在原伤口处逐渐出现黄豆大小肿物,无疼痛,局部未见红肿破溃,此后肿物稍增大,无其它不适。体查:右侧手掌第 2、3 掌骨间可触及一直径约 1 cm 大小肿块,无明显压痛,表面光滑,边界尚清,质地韧,无活动度。入院后手部 CT 检查提示右侧手掌第 2、3 掌骨间异物及软组织挫伤表现(图 1)。在全身麻醉下行右手背部软组织异物切开取出术,术中见肿物呈肉芽肿样,有假包膜,肌腱及指骨均正常,完整切除肿块。剖开肿块,见其内有银灰色散在水银颗粒,接触后相互融合。病理检查见肉芽肿中央处有一圆形空隙,并可见黑色球形异物(图 3),病理诊断为掌指关节间异物肉芽肿。根据病理检查结果、病史及术中所见,诊断为右侧手掌第 2、3 掌骨间水银异物肉芽肿。

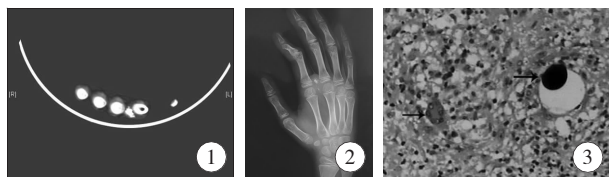


图 1 CT 平扫提示右侧手掌第 2、3 掌骨间软组织内水银珠存留; 图 2 X 线片显示右侧手掌第 2、3 掌骨间软组织内散在水银珠; 图 3 肉芽组织增生,箭头从左至右所示为异物巨细胞及肉芽肿圆形空洞期有一黑色水银小球

讨论 水银化学名称为汞,在常温下呈液态,比重为 13.595,易蒸发到空气中对人体引起危害,空气流动时蒸发

doi:10.3969/j.issn.1671-6353.2015.03.026

作者单位:青岛大学附属医院小儿外科(山东省青岛市,266000),通讯作者:董蓓,E-mail:13165052269@163.com

(上接第 249 页)

要求术者对胸腔、纵膈的解剖关系熟悉,空间感要强。最后,瘰管的结扎可有多种方法,Rothenberg 采取 clip 夹关闭瘰管的方法,也可以选择缝扎或单纯结扎^[6]。因为瘰管较短小,在剪断瘰管时容易同时剪损结扎线,所以我们选择 Hemolock 夹结扎瘰管。

参考文献

- 侯大为,郭卫红,李樱子,等.单纯性气管食管瘘的早期诊断及治疗[J].中华小儿外科杂志,2013,34(8):567-569.
- 任红霞,陈兰萍,陈淑芸,等.胸腔镜治疗小儿 H-型食管气管瘘一例[J].中华小儿外科杂志,2010,31(10):802-803.
- Kirk JM, Dicks-Mireaux C. Difficulties in diagnosis of con-

更快,若皮肤上有污染,可对人体造成伤害^[1]。汞可以在生物体内长期积累,易被皮肤、呼吸道以及消化道吸收,存在于软组织内可引起组织损伤形成异物肉芽肿,长期慢性接触可导致肌肉震颤及精神异常等。外源性异物反应可分为非变应性和变应性两种。非变应性异物反应在异物侵入软组织后首先出现中性粒细胞浸润,继而围绕异物出现巨噬细胞、巨细胞,并伴有浆细胞、淋巴细胞及少量上皮细胞,形成肉芽肿。变应性异物反应表现为变应性肉芽肿,主要组成为上皮样细胞,伴有浆细胞及淋巴细胞,有或无干酪样坏死^[2]。在医学上,水银常存在于体温计和血压计内,由其制成的体温计或血压计破裂后,刺伤人体而进入人体组织,称为外伤性汞植入^[3]。进入软组织内的汞使机体对其产生炎症反应,后经纤维化包裹形成异物肉芽肿。汞在软组织中为大小不一的黑色小球,在取活检或制作标本时,汞球可离开原来位置,在组织切片中便留下圆形空隙。由于汞的比重相对较大,进入人体后易导致清洗不尽,且由于重力作用发生游走,导致皮损向远端蔓延,使皮损扩大^[4]。因此,接触汞的伤口应及时充分冲洗,对于已形成肉芽肿的应尽早完整手术切除,术后摄片确认有无水银残留。水银作为异物导致软组织肉芽肿较罕见,临床诊断过程中应详细询问病史,结合临床表现及影像学资料,以免忽略外伤性汞植入病史引起误诊误治。

参考文献

- 于爱华,毕小英,张建平,等.防止血压计、体温计的汞污染[J].中华医院感染学杂志,2006,16(2):223.
- 陈锡堂,刘季和,邱丙森,等.实用皮肤组织病理学[M].第 1 版,广州:广东科技出版社,1994:138-142.
- 姚春红,曾学思.外伤性汞植入致异物肉芽肿 1 例[J].临床皮肤科杂志,2001,30(3):203-203.
- Ackerman AB, Jacobson M, Vitale PA. Clues to Diagnosis in Dermatopathology II[M]. 1st ed. Chicago: ASCP, 1992. 381-384.
- genital H-type tracheo-oesophageal fistulae[J]. Clin Radiol, 1989,40(2):150-153.
- Sahnoun L, Aloui S, Nouri S, et al. Isolated congenital tracheo-esophageal fistula[J]. Arch Pediatr, 2013,20(2):186-191.
- Allal H, Montes-Tapia F, Andina G, et al. Thoracoscopic repair of H-type tracheoesophageal fistula in the newborn: a technical case report[J]. J Pediatr Surg, 2004,39(10):1568-1570.
- Rothenberg SS. Thoracoscopic repair of esophageal atresia and tracheoesophageal fistula in neonates: evolution of a technique[J]. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2012,22(2):195-199.