

肠系膜神经鞘 1 例

张仁毕¹ 吕辅英² 刘洪³

1 文山市人民医院放射科 云南文山 663000

2 文山州州中医医院功能科 云南文山 663000

3 文山州州中医医院放射科 云南文山 663000

【关键词】肠系膜神经鞘瘤体层摄影术；病理学

【中图分类号】R730

【文献标识码】A

【文章编号】1005-4596 (2022) 09-063-02

1 病例介绍

患者男，45 岁，因反复腹痛 6 月，再发加重 1 天。查体未见明显异常。CT 平扫及增强示：胃及第 5、6 组小肠充盈好，左中腹部见一大约 7cm×7cm×5.6cm 椭圆形囊实性占位病变，平扫实性部分 CT 值 40HU (图 1)，边缘欠清，增强扫描动脉期 CT 值 48HU (图 2)，门脉期 CT 值 74HU (图 3)，静脉期 CT 值 82HU (图 4)，病灶实性部分渐进式明显强化，囊性部分囊壁环形强化，病灶偏软，包裹肠系膜上动脉生长致后者受压变窄 (图 5)，周围未见确切增大淋巴结，3、4 组小肠肠袢受压充盈不良，小肠冠矢状重建 (CTE) 显示较为直观。提示：左中腹部富血供囊实性占位，肠系膜上动脉分支血管供血，首先考虑间质瘤 (小肠系膜来源?)，腹内型韧带样型纤维瘤病、IMT 及其它待排。手术：小肠系膜根部近肠系膜上动静脉起始处有一 8cm×6cm×5cm 大小包块，包膜完整光滑，周围被肠系膜上动静脉部分分支包裹，活动度差，包块质硬，无明显感染，无活动性出血，无缺血坏死表现，行包块完全切除。术后病理：(肠系膜包块)神经鞘瘤，肿瘤细胞梭形，束状排列，细胞无明显异型；免疫组化检测显示：S-100 蛋白阳性 (图 6)，DOG-1、CD117、CD34、SMA、Desmin 呈阴性；细胞增殖指数 (Ki-67 染色) 为 1%。

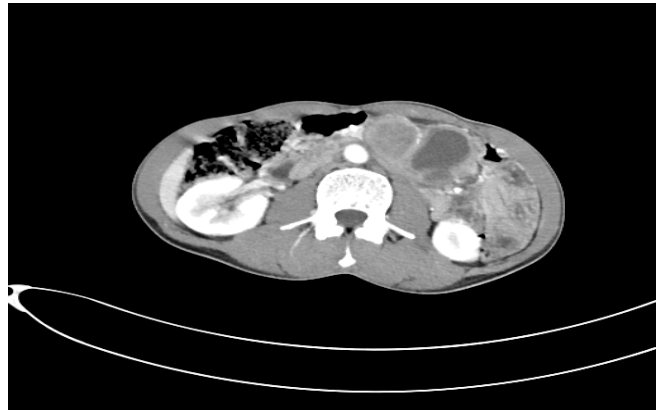


图 3：门脉期 CT 值 74HU

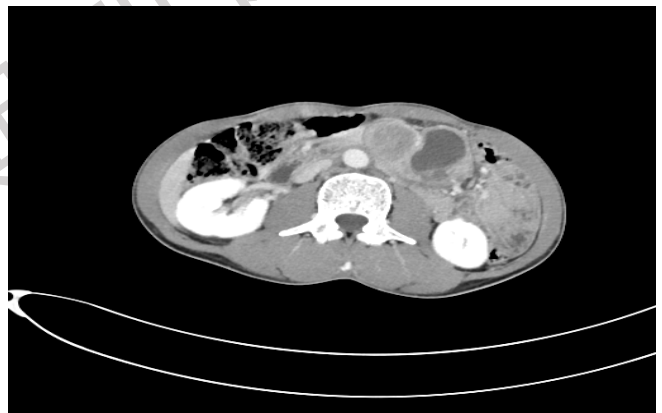


图 4：静脉期 CT 值 82HU

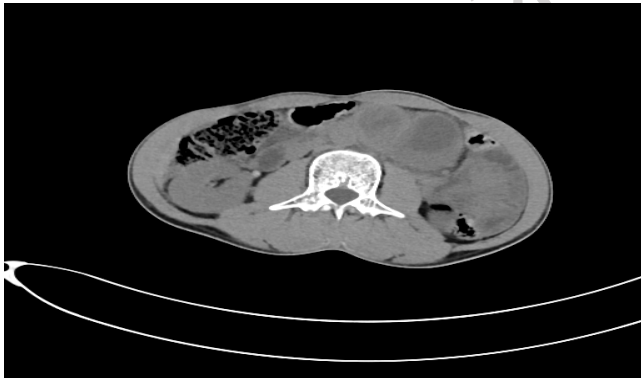


图 1：平扫：实性部分 CT 值 40HU

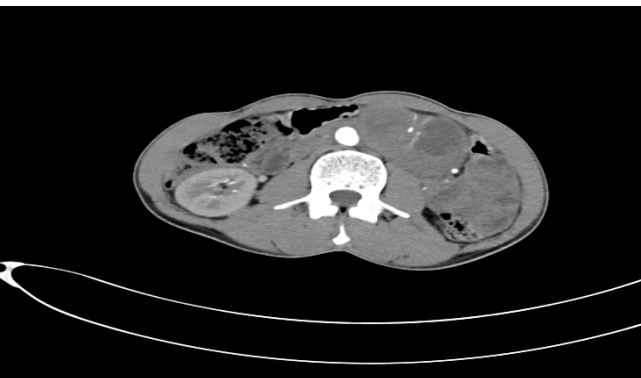


图 2：动脉期 CT 值 48HU

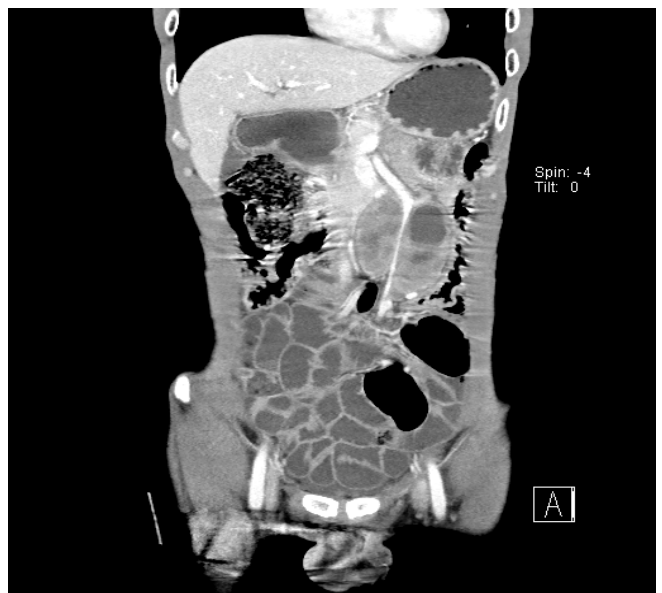


图 5：冠状位肿瘤包裹肠系膜上动脉生长致后者受压变窄

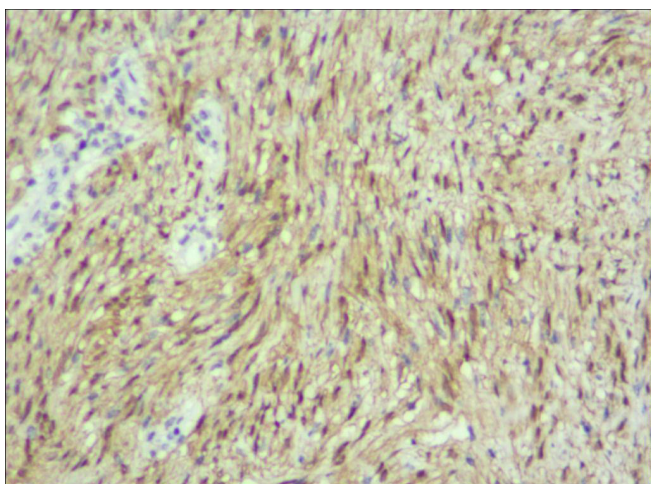


图 6: S-100 蛋白阳性

2 讨论

神经鞘瘤 (schwannoma) 起源于神经鞘膜 Schwann 细胞, 是外周神经系统的常见肿瘤之一, 多发生于神经节和神经干周围, 以头颈部、胸腔、躯干、四肢居多, 消化系统神经鞘瘤相对少见, 仅占全身神经鞘瘤的 0.2%, 消化系统中 90% 为胃神经鞘瘤, 肠系膜神经鞘瘤十分罕见^[1]。患者多见于 20-50 岁, 肿瘤生长缓慢, 绝大多数为良性, 多为类圆形软组织肿块, 有包膜, 内部可发生囊变、坏死及钙化等, 90% 为单发。肠系膜神经鞘瘤可见于腹腔内任何部位, 患者多无临床症状, 体检发现, 肿瘤较大者可对邻近组织、器官压迫, 引起相应症状 (腹胀、肠梗阻等)^[2]。在组织学上, 神经鞘瘤由 Antoni A

区和 Antoni B 区组成, A 区瘤细胞平行排列, 富含纤维, CT 平扫时密度较高, 增强后多表现为渐进性强化; 而 B 区细胞疏松, 易囊变, CT 平扫时多为水样密度, 增强后强化不明显。在影像学中, CT 可以清楚地显示肿块的位置及特征, 增强扫描后动脉期肿块呈轻度强化, 门脉期及延迟期呈渐进性强化^[3]。本病对放射及化学治疗均不敏感, 手术切除是主要治疗方法^[4]。

本病应以下疾病鉴别: (1) 胃肠道间质瘤, 密度多不均匀, 易发生囊变、坏死, 增强后实性部分呈明显强化, 囊性或坏死部分不强化。(2) 平滑肌瘤, 平扫接近肌肉密度, 质地均匀, 增强后呈均匀强化。(3) 腹内型韧带样型纤维瘤病, 平扫多呈等或稍低密度, 病变含黏液基质较多时, 呈低密度, 含胶原纤维较多时呈等密度; 出血、坏死及钙化少见, 增强呈轻-中度不均匀渐进性强化。肠系膜神经鞘瘤是起源于肠系膜神经鞘膜施万细胞的罕见肿瘤, 缺乏特异临床症状以及影像学特征, 确诊依靠病理和免疫组织化学检查, 但影像学检查对术前定位、定性、制定手术方案及术后随访有重要的指导作用。

参考文献

- [1] 孟晓明, 樊利伟, 宋鑫, 李询, 付晓霞, 古彩喆. 肠系膜神经鞘瘤 1 例并文献复习 [J]. 胃肠病学, 2015, (10):639-640.
- [2] 杜恒鑫, 侯阳. 肠系膜神经鞘瘤 1 例 [J]. 中国临床医学影像杂志, 2017, (03):226-227.
- [3] 白延军, 李铁丰, 贺吉, 等. 胃神经鞘瘤 CT、MRI 表现 [J]. 临床放射学杂志, 2018, 37(5):817-821.
- [4] 唐益勇, 施燕芸, 李晓琴. 肠系膜神经鞘瘤 1 例 [J]. 中国医学影像技术, 2020, 36(06):892.

(上接第 61 页)

术后 10d, 患者 24h 尿量为 2780ml, 血钠: 150mmol/L。术后一月, 术后三月复查电解质均在正常值范围内。

3.2 心理护理

住院期间患者垂体瘤术后并发尿崩症及水电解质紊乱, 不仅影响患者术后恢复, 还加重患者心理负担, 易造成夜间多尿而失眠、疲劳以及精神焦虑等情绪。因此, 对患者进行家庭支持疗法的实施, 以保证患者的情绪稳定。建立良好的护患关系是实施家庭支持疗法的基础和保障。首先, 通过健康教育让患者及其家属熟悉病房环境, 消除紧张情绪, 使患者及家属对护理人员产生信任及依赖感, 建立良好的护患关系, 为实施家庭性支持疗法打下坚实的基础。其次, 具备良好的沟通技巧, 让患者及家属接受指导, 建立信心, 为实施家庭支持性疗法提供保障。根据“倾听、支持、保证”的心理支持三原则, 作好心理护理。

3.3 安全护理

患者术后左眼颞上象限视野缺损较前改善, 视力 0.5, 对患者仍存在一定的安全风险。患者左眼颞上象限视野缺损, 平时放置需要随时取用的物品及食物时, 避开视功能盲区, 使患者对眼前事物一目了然, 可随时取用。协助患者下床活动时,

以纱布覆盖患侧眼部的同时带好眼罩, 指导其只以右单眼视物。户外活动时, 避开中午阳光强烈的时候, 出门时患眼覆盖纱布后佩戴墨镜, 避免阳光直射眼部造成损伤。本例患者未发生因视物不清而出现不良事件。患者于术后留置导尿管, 应行二次固定, 告知患者和指导家属在翻身或床上运动时防止导管扭曲、折叠、脱出等。

4 护理体会

垂体肿瘤, 神经血管丰富, 因其特殊的解剖位置, 术后易并发尿崩症及水电解质紊乱。在神经外科专科护理的基础上实施针对性的容量管理、饮食及心理护理, 加快了患者的康复。但该手术为本院开展的新项目, 缺乏相关护理经验, 因此, 加强各学科专科护理知识的学习, 为患者提供同质化的服务, 是我们今后努力的方向。

参考文献

- [1] 李文鹏. 经鼻蝶垂体瘤切除术患者术后一过性低血钾相关危险因素分析 [D]. 吉林大学, 2017.
- [2] 赵斌. 垂体瘤术后尿崩症相关影响因素分析及防治方法探讨 [D]. 大连医科大学, 2017.
- [3] 骆实, 潘军, 漆松涛, 等. 影响颅咽管瘤术后尿崩的因素分析 [J]. 南方医科大学学报, 2022, 29(03):544-547.

(上接第 62 页)

镜下肾部分切除术 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2022, 31(1):28-31.

- [2] 马鑫, 郑涛, 史涛坪, 等. 肾血管低温灌注下后腹腔镜肾部分切除术处理 2 例复杂左侧肾肿瘤 [J]. 微创泌尿外科杂志, 2021, 2(03):222-224.
- [3] 刘新, 马鑫, 张旭. 低温技术在腹腔镜肾部分切除术

中的应用 [J]. 微创泌尿外科杂志, 2022(02).

- [4] 周福德, 刘玉春, 邹万忠, 等. 以肾脏受累为主要表现的恶性高血压临床病理分析 [J]. 中华内科杂志, 2021, 40(3):165-168.
- [5] 李舜伟. 急性脑水肿诊断与治疗的进展 [J]. 中国工业医学杂志, 2022(3):183-186.