

文章编号:1005-6947(2007)04-0406-02

· 临床报道 ·

# 腹膜后副神经节瘤 8 例报告

张智勇, 刘昌, 吕毅

(西安交通大学医学院第一附属医院 肝胆外科, 陕西 西安 710061)

**摘要:**笔者回顾性分析 11 年间收治的 8 例腹膜后副神经节瘤患者的临床资料。其中男女各 4 例。平均年龄 44.4 岁。均行手术治疗。术中见肿瘤多有完整包膜, 血供丰富, 与腹主动脉、下腔静脉、肾静脉等关系密切。肿瘤最大直径 20 cm, 最小 3 cm。5 例手术完全切除, 1 例手术部分切除, 2 例手术活检。6 例随访患者中 1 例锁骨上淋巴结活检者术后 11 个月死于肿瘤复发转移, 5 例手术完全切除肿瘤者均无瘤生存。提示该病一期手术完全切除肿瘤是重要的治疗方法。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(4): 406-407]

**关键词:** 腹膜后肿瘤; 副神经节瘤

**中图分类号:** R 656.5

**文献标识码:** B

腹膜后副神经节瘤临床上罕见, 其临床表现无特异性, 容易误诊。近年有资料<sup>[1]</sup>统计: 本病占原发性腹膜后神经源性肿瘤的 21.5% (20/93), 占同期腹膜后肿瘤的 4.4% (20/452)。1994 年 5 月—2005 年 8 月本院肝胆外科手术治疗腹膜后副神经节瘤 8 例, 均经病理检查证实, 现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男女各 4 例; 年龄 15~65 (平均 44.4) 岁。病程 (17.0 ± 20.1) 月。肿瘤位于腹主动脉右侧 6 例, 腹主动脉左侧 2 例。

### 1.2 临床表现

上腹疼痛 3 例, 无痛性腹部肿块 3 例; 有高血压症状 2 例, 其中 1 例血压曾高达 210/160 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 伴心悸、多汗、烦躁等症状。

### 1.3 影像学诊断

8 例 B 超和 CT 检查结果示腹膜后实性或囊性占位病变, 最大为 18 cm × 11 cm, 最小为 3 cm × 2 cm。肿块紧靠腹主动脉、下腔静脉及肾静脉。其中 1 例发现肝脏转移及锁骨上淋巴结转移。

### 1.4 治疗及手术所见

8 例患者均行手术治疗。其中 2 例术前有窦性心动过速及高血压症状, 予 β-受体阻滞剂倍他乐克控制心律, 扩容治疗, 采用 α-受体阻滞剂酚妥拉明控制血压后手术。7 例取患侧腹部切口, 1 例取锁骨上切口活检。开腹手术中见肿瘤均与腹主动脉、下腔静脉、肾静脉紧密粘连。术中充分显露后从瘤体周边向内逐渐解剖分离, 直视下处理与

瘤体粘连的大血管。分离过程中瘤体出血较多, 约 500~1500 mL (平均 750 mL)。3 例术中挤压肿瘤时血压波动明显, 最高达 210/120 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 最低至 70/40 mmHg。予 α-受体阻滞剂酚妥拉明及拟交感胺药新福林控制血压平稳。

## 2 结果

### 2.1 治疗结果

5 例手术完全切除的肿瘤均有完整包膜, 未见侵及重要血管。其中 3 例肿瘤呈实性, 直径 3~8 cm; 2 例肿瘤呈囊性, 直径 12~20 cm, 囊内积血。2 例术中探查见肿瘤侵及腹主动脉及下腔静脉, 其中 1 例行肿瘤大部切除, 1 例肿瘤取活检。1 例因肝脏及锁骨上淋巴结转移行锁骨上淋巴结活检。手术完全切除肿瘤的 5 例术后自觉症状消失。术前有高血压史, 术后血压下降至正常范围。随访 6 例, 随访时间 5~54 个月。锁骨上淋巴结活检者 1 例术后 11 个月死于肿瘤转移; 手术完全切除肿瘤者 5 例均无瘤生存。

### 2.2 病理诊断

肉眼观察: 肿瘤多有包膜, 质软或中等硬度; 切面呈灰红色, 可见出血及坏死组织。光镜检查: 2 例见肿瘤血管浸润, 1 例肿瘤侵及小肠壁黏膜下层, 余 5 例未见周围组织浸润。瘤细胞卵圆形或多边形, 呈巢团状排列, 胞浆丰富, 嗜伊红或细颗粒状, 胞界不清; 核圆形或椭圆形, 可见畸形核、巨核或多核瘤细胞。

## 3 讨论

副神经节瘤是一类起源于神经嵴细胞的肿瘤, 主要分布在头、颈、纵隔、肾上腺及腹膜后有副神经节聚集的部位。腹膜后副神经节瘤是一种少见的肿瘤, 除功能性副神经节瘤外, 早期无临床症状<sup>[2]</sup>。本病行 B 超及 CT 检查容易发现, 但难以确诊, 以致术前准备不足及麻醉过程不平稳。

**收稿日期:** 2006-01-20; **修订日期:** 2006-12-28。

**作者简介:** 张智勇, 男, 陕西洋县人, 西安交通大学医学院第一附属医院硕士研究生, 主要从事肝移植方面的研究。

**通讯作者:** 吕毅 E-mail: luyi169@sina.com

文章编号:1005-6947(2007)04-0407-02

· 临床报道 ·

# 胸腹联合伤 48 例诊治体会

彭立

(湖南省澧县人民医院 普通外科, 湖南 澧县 415500)

**摘要:** 回顾性分析 1992 年 1 月—2006 年 8 月收治的 48 例胸腹联合伤患者的临床资料, 其中车祸伤 16 例, 刀刺伤 10 例, 击打伤 8 例, 坠落伤 6 例, 挤压伤 5 例, 枪击伤 3 例。形成创伤性膈疝 16 例。合并有血、气胸者 38 例, 休克 20 例, 创伤性湿肺 11 例。术前确诊 41 例, 误诊 7 例, 误诊率 14.6%。45 例行手术治疗, 其中经左胸切口 24 例, 经右胸切口 7 例, 经腹、胸分别切口 5 例, 经胸腹联合切口 2 例, 经腹部切口 4 例, 经双侧胸切口 3 例。治愈 43 例, 死亡 5 例, 病死率为 10.4%。失血性休克是死亡的主要原因。胸腹联合伤病情复杂严重, 易误诊, 病死率高, 临床应根据病史、体检、X 线检查及穿刺引流等做出综合判断, 对确诊及高度可疑病例应积极行手术治疗。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(4): 407-408]

**关键词:** 创伤和损伤/外科学; 胸腹联合伤/诊断; 胸腹联合伤/治疗

**中图分类号:** R641

**文献标识码:** B

胸腹联合伤是一种严重威胁伤者生命的外伤, 需及时诊断及处理。我院 1992 年 1 月—2006 年 8 月收治 48 例胸腹联合伤, 报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男 36 例, 女 12 例; 年龄 12 至 66 (平均 46.6) 岁。

**收稿日期:** 2007-02-19; **修订日期:** 2007-03-11。

**作者简介:** 彭立, 男, 湖南澧县人, 湖南省澧县人民医院副主任医师, 主要从事普通外科临床方面的研究。

**通讯作者:** 彭立 E-mail: oym3399@yahoo.com.cn

闭合性损伤 35 例, 其中车祸伤 16 例, 击打伤 8 例, 坠落伤 6 例, 挤压伤 5 例; 开放性损伤 13 例, 其中刀刺伤 10 例, 枪击伤 3 例, 受伤后至就诊时约 30 min 至 5 h。

### 1.2 损伤情况

左侧膈肌破裂 31 例, 右侧 9 例, 双侧 2 例, 形成创伤性膈疝 18 例; 合并有血、气胸者 32 例; 入院时合并休克 20 例, 创伤性湿肺 11 例。心脏破裂 4 例, 主支气管断裂 2 例, 肝破裂 4 例, 肝脏贯通伤 1 例, 脾破裂 6 例, 胃穿孔 5 例, 肠穿孔 4 例; 肾挫裂伤 3 例, 膀胱破裂 1 例, 尿道断裂 1 例。肋骨骨折 21 例, 四肢骨折 9 例, 骨盆骨折 5 例, 颅骨骨折 4 例, 胸椎骨折 2 例, 腰椎骨折 2 例。

因此对有腹痛、腹部肿块伴有高血压、糖尿病、影像学检查提示腹腔大血管旁实性或囊性肿块者, 要警惕本病。副神经节瘤对放疗、化疗均不敏感。一期手术完全切除肿瘤是首选治疗方法<sup>[3]</sup>, 而术前准备和围手术期处理是手术成功的关键。术前应充分考虑到手术切除时可能遇到的困难, 备血要充足, 准备血管吻合器械、特殊缝线、人工血管等。对于有高血压症状、疑为功能性副神经节瘤者, 术前在予  $\alpha$ -受体阻滞剂降压的同时, 还应扩充血容量, 应用  $\beta$ -受体阻滞剂控制心律。术中按层次从周边向内逐渐解剖剥离瘤体, 保护大血管。术中为维持生命体征平稳, 应特别注意: 切除肿瘤时尽可能避免挤压, 以免瘤体释放儿茶酚胺诱发高血压危象; 切除肿瘤后注意低血压出现。单凭组织形态难以区分腹膜后副神经节瘤的良恶性。病理传统的良恶性诊断标准, 如肿瘤细胞的异型性、局部浸润等, 在本病良恶性判断中并不可靠, 故不宜单纯根据病理形态将

其分为良性或恶性两类, 而应视之为潜在恶性或低度恶性的肿瘤<sup>[4]</sup>。但病理形态学上, 本病多数为良性, 少数为恶性。术后复发病例可再次行手术切除<sup>[3]</sup>。

## 参考文献:

- [1] 杜晓辉, 李荣, 宋少柏. 原发性腹膜后神经源性肿瘤 93 例分析[J]. 中国普通外科杂志, 2004, 13(12): 915-917.
- [2] Sclafani LM, Woodruff JM, Brennan MF. Extraadrenal retroperitoneal paragangliomas: natural history and response to treatment[J]. Surgery, 1990, 108(6): 1124-1129.
- [3] Somasundar P, Krouse R, Hostetter R, et al. Paragangliomas—a decade of clinical experience [J]. J Surg Oncol, 2000, 74(4): 286-290.
- [4] 范娜娣. 王德延肿瘤病理诊断学[M]. 第 2 版. 天津: 天津科学技术出版社, 1999. 1605-1611.