

文章编号:1005-6947(2007)06-0523-03

· 血管外科专题研究 ·

# 腹主动脉瘤的外科治疗:附46例报告

李介秋<sup>1</sup>, 夏洪志<sup>1</sup>, 陈学明<sup>2</sup>, 李汉军<sup>1</sup>, 谢小丰<sup>1</sup>, 刘飞<sup>1</sup>, 葛健君<sup>1</sup>, 彭浩<sup>1</sup>, 孔屏<sup>1</sup>

(1. 解放军第一六三中心医院 普通外科, 湖南 长沙 410003; 2. 首都医科大学北京友谊医院 血管外科, 北京 100981)

**摘要:**目的 探讨并提高腹主动脉瘤(AAA)手术安全的方法。方法 笔者两所医院近3年余收治的46例腹主动脉瘤患者均行腹主动脉瘤切除人工血管移植。病变仅累及腹主动脉20例,累及腹主动脉及一侧髂总、内、外动脉瘤8例,累及两侧髂总、内、外动脉瘤16例,累及肾动脉者2例。3例施行急诊手术。结果 1例死亡(病死率2.2%),余45例均治愈,无手术并发症。结论 外科治疗是治疗AAA最可靠的方法。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(6): 523-525]

**关键词:** 主动脉瘤, 腹/外科学; 人工血管

**中图分类号:** R654.31 **文献标识码:** A

## Surgical treatment for abdominal aortic aneurysm in 46 cases

LI Jie-qiu<sup>1</sup>, XIA Hong-zhi<sup>1</sup>, CHEN Xue-ming<sup>2</sup>, LI Han-jun<sup>1</sup>, XIE Xiao-feng<sup>1</sup>, LIU Fei<sup>1</sup>, GE Jian-jun<sup>1</sup>, PENG Hao<sup>1</sup>, KONG Ping<sup>1</sup>

(1. Department of General Surgery, The 163rd PLA Hospital, Changsha 410003, China; 2. Department of Vascular Surgery, Beijing Friendship Hospital, the Capital University of Medical Science, Beijing 100981, China)

**Abstract: Objective** To study how to improve the safety of the operation for abdominal aortic aneurysm (AAA). **Methods** Forty-six cases of AAA received resection of AAA plus artificial blood vessel transplantation in recent three and a half years in our 2 hospitals. The lesions involved only the abdominal aorta in 20 cases, and extended to unilateral common iliac and internal and external iliac arteries in 8 cases, to bilateral common iliac and external and internal iliac arteries in 16 cases, and involved the renal artery in 2 cases. Emergency operation was done in 3 cases. **Results** In these 46 cases, 45 were cured and 1 died, and no operative complications occurred. **Conclusions** Surgical operation is the best way to treatment AAA.

[Chinese Journal of General Surgery, 2007, 16(6): 523-525]

**Key words:** Aortic Aneurysm, Abdominal/surg; Blood Vessel Prosthesis

**CLC number:** R654.31 **Document code:** A

随着生活水平的提高和人口的日趋老龄化,动脉粥样硬化、高血压病患病率增加使腹主动脉瘤(abdominal aortic aneurysm AAA)发病率呈上升趋势。AAA是一种危及中老年人生命的血管疾病,是中老年猝死的常见原因之一。笔者所在两医院2003年8月—2007年1月手术治疗46例AAA取得良好效果,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组46例,男34例,女12例;年龄40~75(平均64.5)岁。合并糖尿病21例,高血压病42例,冠心病38例,慢支肺气肿16例。主诉腹部均有搏动性包块,并出现中腹痛,体查42例腹部可扪及搏动性包块,术前行彩超检查45例,行螺旋CT动脉成像(CTA)45例,行数字减影动脉造影(DSA)45例均确诊为AAA。腹主动脉瘤直径5~11.5cm,平均6.8cm;单纯腹主动脉瘤20例,AAA伴一侧髂总、内、外动脉瘤8例,两侧髂总、内、外动脉瘤16例,AAA累及左肾动脉的2例。

收稿日期:2007-03-05; 修订日期:2007-03-19。

**作者简介:**李介秋,男,湖南桃江人,解放军第一六三中心医院外科副教授,主要从事血管外科方面的研究。

**通讯作者:**李介秋

14例合并有腹主动脉瘤内血栓形成。3例突然出现中腹痛伴撕裂样痛,体查发现出现休克样表现及腹膜炎体征,其中2例经CTA和DSA确诊为AAA破裂,1例因血压为0未做特殊检查。

## 1.2 手术方法

3例破裂者行急诊手术,43例行择期手术。均在气管插管、静脉复合麻醉下手术,术中同时行颈内静脉、桡动脉置管,连续监测中心静脉压和桡动脉压。患者取平卧位,取腹正中绕脐切口。手术方式:行腹主动脉瘤切除及人工血管移植,用Gore-Tex公司生产PTFE血管直型(20例)或分叉型(26例)人工血管完成腹主动脉瘤及髂总、内、外动脉瘤的切除和重建,其中2例累及左肾动脉,1例行左肾动脉-腹主动脉搭桥;1例将左肾动脉开口在腹主动脉瘤颈,将瘤颈剪成斜口状,未切断左肾动脉而行人工血管腹主动脉斜行吻合。

## 2 结果

### 2.1 手术并发症

术后40例合并低热,体温波动在38℃左右,经对症治疗而缓解,1例手术后10d死于急性心肌梗死外(病死率2.2%),余未发生其它严重并发症。45例治愈,治愈率97.8%。

### 2.2 随访

45例均获随访1~2年,每半年门诊检查1次,经彩超检查吻合口均通畅,原瘤腔消失。

## 3 讨论

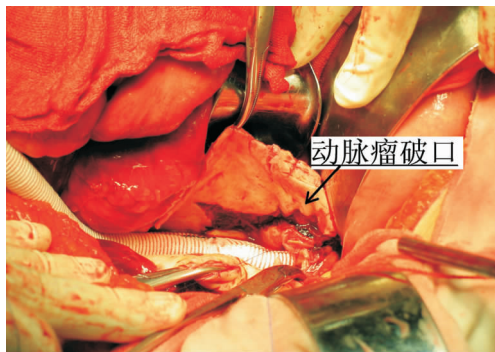
腹主动瘤是人体最常见的主动脉瘤,腹主动脉瘤临床诊断较易,病史、体征加彩色多普勒,CTA,DSA就可确诊。而腹痛加剧常是破裂的征兆,临床表现有腹膜炎体征和失血性休克的表现。本组有3例术前均诊断为腹主动脉瘤破裂。一旦破裂,病死率可高达40%~70%,而择期手术的病死率5%<sup>[1-2]</sup>,本组病死率为2.2%,主要是病例选择有关。年龄大于75岁以上的高危病人选择腔内治疗,未归入本组病例。

腹主动脉瘤手术指征需综合考虑,不能单纯凭瘤大小,应结合瘤体直径及瘤体累及大血管和患者的心肺肾功能等具体情况而定。其手术指征如下:(1)瘤体直径>5cm;(2)瘤体年增长>0.5cm/年;(3)无论瘤体大小,已有破裂的高危因素(心肺疾患),或有破裂的征象;(4)高危患者(>75岁)可选腔内支架置入。

AAA的手术方式是腹主动脉瘤切除及人工血管移植。择期手术要求术前对心肺功能评估,合并有冠心病、高血压、慢性阻塞性肺应对症处理,使心肺在术前达至理想水平;腹主动脉瘤的显露只要打开瘤前壁,避免过多的解剖,以免增加副损伤和增加因肝素化后创面渗血的危险;缝合均采用

“降落伞”法连续缝合。腰动脉和肠系膜下动脉均需缝扎。若术中出现乙状结肠缺血,则行肠系膜下动脉-腹主动脉搭桥。若AAA累及肾动脉,可使手术难度增加。有作者<sup>[3]</sup>认为若肾动脉开口于瘤颈,则尽量不要切断肾动脉,可留一小块肾动脉开口的动脉壁前成斜口状而行吻合,以缩短肾缺血时间,减小缺血-再灌注损伤。而髂内动脉的重建,原则上要保留一侧以上,以保证盆腔血供。特别是男性病人如果没有髂内动脉的血供便出现阳痿等性功能障碍。

腹主动脉瘤破裂非手术禁忌证。本组有3例术前诊断为AAA破裂,均急诊手术治愈。其中1例入病房时血压为0,未行特殊检查而开腹手术得救(附图)。在破口上方阻断腹主动脉,维持血容量的稳定,吻合好血管,防止血凝块冲入远端动脉是避免出现并发症的关键。



附图 腹主动脉瘤破裂之破口

近年来,腔内治疗AAA发展较快,以创伤小、出血少、住院时间短为优点,但笔者认为有如下缺点:(1)医疗费用增加3~5倍,一般患者难于承受;(2)内漏发生率10%~44%<sup>[4]</sup>,且需多次CTA和DSA复查和再次腔内修补,更有甚者需再手术根治;(3)远端血管需通畅,腹主动脉瘤颈本身成角和双髂动脉狭窄、扭曲对腔内治疗影响颇大;(4)支架的移位、塌陷等远期并发症。笔者曾处理2例,由于支架的移位、塌陷,使手术的难度明显增加,出血较多。但如为高危病人、心肺不能耐受开腹手术者,腔内治疗不失为治疗AAA的一种方法。

总之,手术治疗AAA疗效好,并发症少,无复发。由于血管外科技术的成熟,现在AAA手术时间2~3h可完成,大部分病人可不输血。随手术操作技术的改进,手术治疗AAA是目前临床主要方法,腔内治疗为高危患者开创了一条治疗途径。

### 参考文献:

- [1] Matsumoto M, Hata T, Tsushima Y, et al. Minimally invasive vascular Surgery for repair of infrarenal abdominal aortic aneurysm with iliac involvement [J]. J Vasc Surg, 2002, 35 (4): 654-660.

- [2] Upchurch GR Jr, Proctor MC, Henke Pk, *et al.* Predictors of Severe Morbidity and death after elective abdominal aortic aneurysmectomy in patients with chronic obstructive pulmonary disease [J]. *J Vasc Surg*, 2003, 37(3): 594 - 599.
- [3] 舒畅, 吕新生. 腹主动脉瘤的治疗[J]. 中国普通外科

- 杂志, 2003, 12(6): 435 - 438.
- [4] Arko FR, Hill BB, Olcon C. *et al.* Endovascular repair reduces early and late morbidity compared to open surgery for abdominal aortic aneurysm [J]. *J Endovasc Ther*, 2002, 9(6): 711 - 718.

文章编号: 1005 - 6947(2007)06 - 0525 - 01

· 病案报告 ·

## 少见甲状旁腺腺瘤 2 例

于国志, 许元鸿, 张浩, 郭仁宣

(中国医科大学附属第一医院 普外二科, 辽宁 沈阳 110001)

关键词: 甲状旁腺肿瘤; 甲状旁腺功能亢进症/继发性; 甲状旁腺, 异位; 病例报告

中图分类号: R736.2

文献标识码: D

### 1 病例报告

例1 男, 31岁。以“双下肢无力, 起立困难1年, 骨痛2个月, 加重1个月”为主诉入院。体查: 神清; 左侧颈部可触及一约3cm × 2cm结节, 质中等, 触痛(-)随吞咽上下移动, 未闻及血管鸣音。辅助检查: 血PTH > 263 pmol/L, 血钙4.51 mmol/L, 血磷0.29 mmol/L, TSH 1.4385 mIU/L, FT<sub>4</sub> 6.02 pmol/L, FT<sub>3</sub> 4.55 pmol/L, Anti-Tg 0.50 IU/mL, Anti-TPO 0.14 IU/mL, 血BUN 5.47 mmol/L, Cr 74 μmol/L。B超示: 结石, 钙化; 甲状腺增生结节, 甲状腺左叶下极占位性病变不除外来源于甲状旁腺。颈部CT: 左侧甲状腺占位病变, 可疑甲状旁腺占位病变, 所见部分骨质有粗糙疏松等改变符合甲状旁腺改变。全身骨核素扫描: 全身骨显像剂摄取增浓, 双肾未显影。甲状旁腺ECT: 甲状旁腺显像呈阳性改变。X线片: 颈部软组织影, 双手及头颅、骨盆及腰椎骨质密度减低, 可疑骨质异常, 考虑全身性疾病。诊断: 原发性甲状旁腺功能亢进症, 结节性甲状腺肿。于2006年11月16日全麻下行甲状旁腺腺瘤切除, 左叶甲状腺大部切除, 右叶甲状腺部切除术。术中见甲状腺左叶下极约4cm × 3cm × 3cm肿物,

左叶中部约0.5cm × 0.4cm × 0.4cm肿物, 右叶下极0.5cm × 0.4cm × 0.4cm肿物。切除左叶下极肿物送冷冻病理检查, 报告: 甲状旁腺腺瘤, 浸润被膜。左叶中部及右叶下极肿物切除后送冷冻, 病理报告: 结节性甲状腺肿。决定行左叶甲状腺大部切除, 左侧淋巴结清扫, 右叶甲状腺部分切除术。术后石蜡切片报告: 左侧甲状旁腺腺瘤恶变(腺癌), 右叶结节性甲状腺肿。

例2 女, 40岁。以“骨痛, 行走困难6年, 加重2个月”为主诉入院。1998年右小腿轻微外伤骨折于当地医院曾诊断为“骨囊肿, 骨异常增殖症”先后手术3次。2000年就诊于我院诊断为“原发性甲状旁腺功能亢进症”。经手术探查, 未找到甲状旁腺。体查: 甲状腺未触及结节, 甲状腺区未闻及血管杂音。辅助检查: 血钙3.87 mmol/L, PTH 160 pmol/L。甲状腺彩超示: 左叶下方锁骨上窝处混合性占位性病变不除外甲状旁腺腺瘤囊性变。CT示: 甲状腺下方与主动脉弓之间层面胸锁乳突肌内侧, 气管左前方可见一类圆形软组织密度影, 边界清楚, 约2.4cm × 2.1cm; 左侧甲状腺下方气管前类圆形结节。胸椎及肋骨改变怀疑棕色瘤。甲状腺ECT: 甲状旁腺显像呈阳性改变。全身核素扫描: 不除外代谢骨疾病。胫腓骨胸部颅骨正侧位片: 符合高血钙症, 双肺外带圆形高密度增高影。腹部超声: 胆囊结石, 双肾囊肿, 左肾结石。初步诊断: 原发性甲状旁腺功能亢进症, 异位甲状旁腺腺瘤。于2006年11月25日于全麻下行甲状旁腺腺瘤切除术。术中

见: 左锁骨上窝处一约2.0cm × 2.0cm肿物, 切除后送冷冻病理, 报告为甲状旁腺腺瘤。术后石蜡病理报告与冷冻病理报告相同。

### 2 讨论

甲状旁腺腺瘤亦可恶变, 但十分少见, 恶变不能用时间衡量, 如本文例1仅发病1年已经恶变。甲状旁腺瘤一般发生在甲状腺叶下极, 也有发生在异常位置的, 即异位甲状旁腺腺瘤, 其中约占异位甲状旁腺腺瘤10%。胚胎发育过程中上甲状旁腺由第四咽囊的背翼上皮发生, 下甲状旁腺由第三咽囊的背翼上皮分化而来, 与胸腺一起下降, 下降过程中发生停顿形成异位甲状旁腺, 异位位置可为纵隔, 颈动脉鞘, 气管旁沟, 锁骨上窝, 胸腺内等。本文例2即异位于锁骨上窝处。甲状旁腺腺瘤, 绝大多数以甲状旁腺功能亢进症的表现而被发现。本文例2曾以“骨囊肿, 骨异常增生症”为诊断被误诊治3次, 可见尽早及时明确诊断的难度及其尽早治疗的必要性。就病史而言, 慢性骨病, 反复发作的泌尿系结石应作为可疑患者, 血钙检查应视为常规, 血钙和血PTH可为定性诊断提供依据, 超声和ECT结合可作为首选定位诊断方法, 99mTc-MIBI双时相显像简单敏感也是定位诊断的好方法。其治疗主要通过手术治疗, 有报道不能耐受手术者可自愿选择腺瘤酒精注射坏死疗法, 此法在欧美有报道, 国内尚未见报告, 对于胸骨后异位甲状旁腺腺瘤有采用腹腔镜切除的报道可避免开胸手术。

收稿日期: 2007-01-04。

作者简介: 于国志, 男, 黑龙江大庆人, 中国医科大学第一临床医学院硕士研究生, 主要从事胆囊癌及胰腺癌的诊疗与治疗方面的研究。

通讯作者: 许元鸿 E-mail: yuanhongxu@hotmail.com