

## · 新技术 · 新方法 ·

## 手助腹腔镜腹膜后肿瘤切除 1 例报告

杨缓冲 王秋生<sup>①</sup> 王 毅

武警北京总队第二医院外一科(北京 100037)

中图分类号 R735.4

文献标识码 B

文章编号 1009-6604(2004)03-0243-02

## 临床资料

患者男 44 岁,因脚趾麻痛、口渴、全身乏力于 2003 年 11 月 10 日就诊于社区医院,化验血糖高达 26 mmol/L。随后出现“胃脘”痛、左下腹痛并向腰骶部放射,伴恶心、呕吐、纳差于 2003 年 11 月 13 日在北京大学人民医院急诊就医。既往患糖尿病 4 年,出现严重症状时才服用消渴丸等药物,症状缓解后自行停药。近 1 年来视力有所下降。查体:左、右上肢血压分别为 170/95、180/105 mmHg。急诊 B 超见左肾下极 5.7 cm × 5.4 cm × 5.0 cm 低回声实性肿块,有包膜,边界清,紧邻左肾;内部回声不均匀,未见明确血流信号,提示腹膜后实性肿物。急诊化验尿常规:比重 > 1.030(1.015 ~ 1.025),尿糖 14 mmol/L,酮体 > 7.8 mmol/L, pH 5.0(5.5 ~ 6.5),胆红素少量,蛋白 1.0 g/L,血化验:尿素氮 8.4 mmol/L(1.8 ~ 7.1 mmol/L),葡萄糖 13.58 mmol/L(3.3 ~ 6.1 mmol/L),钠 129.6 mmol/L(135 ~ 145 mmol/L),氯 90.7 mmol/L(98 ~ 106 mmol/L);血气分析:pH 7.349, PCO<sub>2</sub> 6.8, BEb 8.6 mm。初步诊断为腹痛待查、后腹膜肿物、2 型糖尿病、糖尿病酮症酸中毒,当日急诊住我院内三科。入院查体:T 36.6℃, P 81 次/分, R 18 次/分, BP 140/90 mmHg。尿常规:尿糖 3+, 酮体 3+, pH 5.0, 蛋白 3+; 血生化检查:Na<sup>+</sup> 131 mmol/L, CO<sub>2</sub> 11.5 mmol/L(24 ~ 32 mmol/L); GGT 72 U/L(0 ~ 50 U/L), LDH 267 U/L(0 ~ 250 U/L), GLU 17.5 mmol/L(3.61 ~ 6.11 mmol/L), CHO 14.36 mmol/L(2.60 ~ 5.17 mmol/L), TG 9.33 mmol/L(0.45 ~ 2.26 mmol/L), HDL-C 4.35 mmol/L(0.90 ~ 2.20 mmol/L), LDL-C 5.8 mmol/L(2.1 ~ 3.1 mmol/L), ApoA<sub>1</sub> 2.81 g/L(1.0 ~ 1.6 g/L), ApoB 1.89 g/L(0.6 ~ 1.1 g/L)。ECG 示窦性心律,心脏逆时针转位, T 波改变。腹部 CT 示腹膜后左肾前间隙 5.7 cm × 5.5 cm 边缘光整的类圆形低密度肿块,内有小斑片状高密度影(图 1),增强后见肿块边缘薄层强化(示包膜完整)。考虑为左侧后腹膜腔囊实性占位,良性肿瘤可能性大。

在内科给予静脉点滴胰岛素灭酮降糖治疗 1 周后经外科会诊转入外一科。

转入外科后加大灭酮降糖力度、继续纠正电解质紊乱,2003 年 11 月 26 日测尿酮体(-),血电解质正常,空腹血糖 11.6 mmol/L。2003 年 11 月 28 日在全身麻醉下进行腹腔镜探查,拟行腹膜后肿瘤切除术。先取平卧位,脐下缘 1.0 cm 纵切口,两把巾钳提起脐周筋膜用气腹针常规造气腹。腹内压达到设定的 12 mmHg 后同一戳口置入 10 mm 穿刺套管和腹腔镜。探查全腹腔后在腹腔镜直视下分别于剑突下、左中腹腋前线、左侧腹锁骨中线上戳口置入 2 个 5 mm 和 1 个 10 mm 穿刺套管,分别插入腹腔镜器械和超声刀头,并将左侧体位抬高。直接探查发现肿物位于肠系膜根部、左肾前下方,直径约 7 cm,较为固定(图 2)。超声刀打开肿物表面的后腹膜进入腹膜后间隙,见肿物周围血管较为丰富,结合 CT 提示肿物与腹主动脉关系紧密,为安全起见决定改行手助腹腔镜切除腹膜后肿物。将剑突下 5 mm 纵戳口向下延长 6 cm 至脐上缘,直接伸入术者左手,手腕周围塞入湿纱布以防漏气。重新造气腹,在脐下缘和左侧腹 10 mm 套管间根据手术需要变换插入腹腔镜。用超声刀在左手的强有力辅助下靠近肿物被膜予以分离,遇有血管较为丰富的周围组织用钛夹夹闭后再用超声刀离断。分离过程中发现左侧输尿管紧贴肿物后外侧,肿物后内侧与腹主动脉关系紧密,肿物上方紧邻肾门血管。在术者左手仔细牵拉引导下,对重要组织结构进行保护分离,最后贯穿缝扎两道处理宽大的肿瘤基底。完整切除的肿瘤标本装入用医用手套制作的标本袋经手助口直接取出(图 3),大体标本见图 4。在手术野内放入 2 块纱布,仔细冲洗检查清理,确认创面无活动性渗血后放置腹腔引流管并经左侧腹戳口引出固定。逐层缝合手助切口后覆纱包扎,戳口用创可贴覆盖。手术过程顺利,时间 2.5 h,出血量约 50 ml。术后解剖检查标本见肿瘤包膜完整,切面如牛肉色,靠近肿瘤被膜下可见两个小囊腔,直径 1 ~ 2 cm(图 4)。术后第 1 ~ 5 天,每日腹引量为 30 ~ 60 ml,空腹血糖控制在

① 北京大学人民医院微创外科(北京 100044)

10 mmol/L 左右。术后第 5 天二次更换伤口敷料时发现手助口上下两端脂肪液化,拆除缝线各 1 针使之充分引流,同时将静点胰岛素改为皮下注射,空腹血糖稳定控制在 9 mmol/L 左右。术后第 7 天拔除

腹引管,第 12 天出院。术后第 18 天,伤口痊愈。术后 3 个月随访,病人一般状况良好,仅服用糖适平可使空腹血糖控制在 7 mmol/L 左右,复查腹部 B 超未见复发。

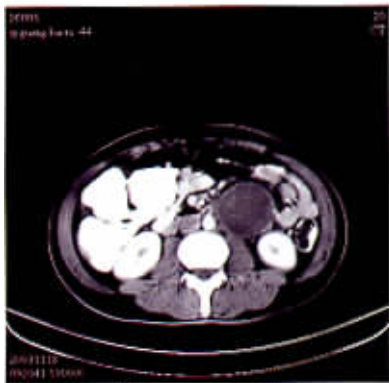


图 1 CT 示腹膜后 5.7 cm × 5.5 cm 实性占位

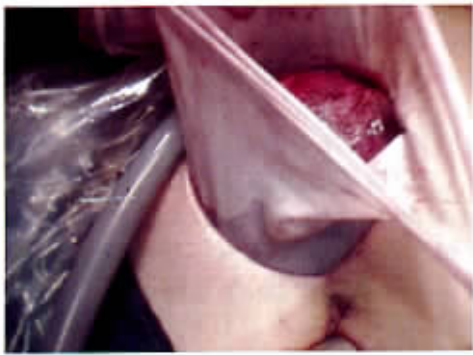


图 2 腹腔镜下见后腹膜肿物

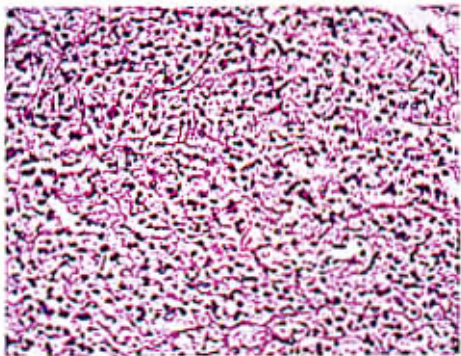


图 3 装入标本袋内的肿物经手助切口完整取出



图 4 标本大体观包膜完整,剖面见两个小囊腔

讨 论

副节瘤又称化学感受器瘤,多发生在颈动脉体(80%),其次在迷走神经和主动脉体,发生在腹膜后较少见,占腹膜后肿瘤的 1% ~ 3%。成人多见,小儿少见。副节瘤根据其内分泌特点又可分为功能性和非功能性,功能性副节瘤具有分泌儿茶酚胺的能力,临床上部分病人可伴有高血压,糖尿病等症状。良恶性不易区分,关键看远期是否复发、转移,如有则视为恶性。早期无明显临床症状,诊断困难,多在体检或产生压迫症状时被发现,肿瘤呈慢性进行性增大。

腹膜后副节瘤大多对放、化疗不敏感,手术切除是其根治性疗法。检索国内文献尚未见应用腹腔镜技术切除腹膜后肿瘤的报道。针对此例以严重糖尿病为主要表现的后腹膜肿瘤病人,我们进行了充分的术前准备,全麻下先采用腹腔镜探查,然后适时转为手助腹腔镜切除,既保证了手术治疗的安全性,又最大限度地减轻了病人的创伤,使病人术后较快康复。

( 收稿日期 2004 - 02 - 20 )

( 修回日期 2004 - 03 - 15 )

病理检查(图 5)示左中腹腹膜后副节瘤,8 cm × 6 cm × 5 cm 大小,包膜完整,瘤组织大部分出血坏死。免疫组化:NSE( + + + ),Syn( + + ),CgA( + + ),PGP9.5( + + + ),CK( - ),CD34( - ),CD99( - ),CD56( + + + ),Vin( - )。