维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 2 期总第 22 期

74 例腹膜后间隙与其原发性肿瘤的手术和病理分析

黑龙江省佳木斯医学院第一附属医院外科 李义强 张 霞 曹秋利
黑龙江省饶河县人民医院外科 杨阿欠
黑龙江省萝北县医院外科 张兆军
（黑龙江佳木斯，邮政编码 154002）

原发性腹膜后肿瘤（Primary retroperitoneal turmors）主要来自腹膜后间隙（Spatium retroperitoneal）的脂肪组织，疏松结缔组织、筋膜肌肉、血管神经、淋巴组织和胚胎残留组织。鉴于其种类繁多、诊断困难，手术复杂，我们在此对 74 例原发性腹膜后肿瘤的手术及病理资料进行回顾性分析，结合腹膜后间隙的局部解剖复习探讨其诊治规律。

手术病理资料

本组 74 例原发性腹膜后肿瘤（以下简称腹膜后肿瘤）为我院 1978 年～1996 年间所收治，占同期普瘤住院病人的 1.1%。男 31 例，女 43 例。年龄 42 天～72 岁，以 1～10 岁、51～60 岁两个年龄组患病人数最为集中。病程 10 天～20 年不等。最早出现的单一临床症状为腹部肿块（67.3%）、腹痛（21.8%）、胃肠道症状（5.4%）、下肢痛（3.6%）、直肠刺激症状（1.8%）。入院时的症状（表 1）。其中 1 例以肠穿孔，急腹症入院。入院时的体征（表 2）。术前拟诊为腹膜后肿瘤 48 例（64.86%）。以腹部肿物剖腹探查后诊断 10 例（13.51%）。误诊 16 例（21.62%），误诊的病种为胰腺囊肿、结肠癌、肠系膜肿瘤、腹腔结核等。本组手术率 86.49%（64/74）。手术切除率 71.88%（46/64），其中行联合脏器切除 11 例（23.91%），切除的脏器为胰腺体尾部、肝左外叶、脾脏、小肠、升结肠和肾脏。因切除肿瘤而行肠系膜上动脉部分切除并吻合成功 1 例。

本组病人的病理诊断及分类（表 3）。74 例中良性肿瘤 25 例，恶性肿瘤 49 例，二者之比为 1∶1.96。除 1 例淋巴血管瘤和 1 例纤维瘤为多发外，余者均为单发肿瘤。良性肿瘤以畸胎瘤最多见，恶性者以平滑肌肉瘤最多见。切除肿瘤标本最大为 30cm×30cm×25cm，该患病程 20 年，组织学诊断为腺癌。

表 1 74 例原发性腹膜后肿瘤入院时症状

症状	良性（25 例）		恶性（49 例）	
	例数	%	例数	%
腹部肿块	22	88	40	81.63
腹痛	4	16	30	61.22
胃肠症状	2	8	17	34.69
腰背疼痛	—	—	10	20.41
直肠症状	3	12	4	8.16
泌尿系症状	4	16	4	8.16
会阴坠重	—	—	2	4.08
下肢痛	—	—	3	6.12
消瘦	3	12	18	36.73
发热	2	8	8	16.33
乏力	2	8	17	34.69
食欲减退	4	16	18	36.73
呼吸困难	—	—	3	6.12

表 2 74 例原发性腹膜后肿瘤病人体征

体征	良性（25 例）		恶性（49 例）	
	例数	%	例数	%
肿块	22	88	44	89.8
压痛	—	—	14	28.59
肌紧张	2	8	3	6.12
腹水	—	—	8	16.33
下肢肿胀	—	—	2	4.08
腹壁静脉曲张	—	—	1	2.04
感染	—	—	2	4.08
肠梗阻	2	8	5	10.2

讨 论

腹膜后间隙为疏松组织的大间隙，其范围上界为横膈；下界为盆膈；侧界为双侧十二肋尖端至髂嵴的垂直线；前界为壁层腹膜，右肝裸区，十二指肠，升、降结肠以及直肠的腹膜后部分；后界为腰大肌、腰方肌；肠系膜根部两层腹膜间也可视为间隙的延伸。原发于该间隙的肿瘤是一组比较少见的病种，目前文献中对发病率及肿瘤具体发生部位尚缺乏详细记载，本

维普资讯 http://www.cqvip.com

表 3　74 例原发性腹膜后肿瘤的病理诊断及分类

组织来源	良性	(例)	恶性	(例)
一、来源于间叶组织	粘液脂肪瘤	1	脂肪肉瘤	4
	平滑肌瘤	1	平滑肌肉瘤	8
	纤维瘤（多发 1 例）	3	纤维肉瘤	2
	淋巴血管瘤（多发性）	1	淋巴及网状细胞肉瘤	10
	淋巴管瘤	1	血管外皮细胞肉瘤	2
	淋巴管囊肿	2	血管内皮细胞肉瘤	1
			间皮细胞肉瘤	2
			恶性间胚叶肿瘤	1
二、来源于神经组织	神经鞘瘤	3	恶性神经鞘瘤	1
			神经母细胞瘤	1
			恶性非嗜铬性副神经节瘤	1
三、来源于胚胎残留组织	畸胎瘤	7	恶性畸胎瘤	3
	皮样囊肿	1	恶性卵黄囊瘤	1
			胚胎癌	1
四、来源不明、不能分类肿瘤、囊肿	单纯囊肿	3	低恶性肉瘤	3
	腺瘤	1	腺癌	3
	粘液囊腺瘤	1	恶性肿瘤	5
合　计		25		49

组 74 例占我院同期住院病人总数的 1/2678。其肿瘤发生部位以间隙的左上区为最常见，此外依次为右上区、左下区和右下区。腹膜后肿瘤的病理特点有：①组织来源多，几乎所有腹膜后间隙的组织均可发生。②来源于间叶组织的肿瘤占 2/3。本组占 55.41%，低于前述比例，这可能和地区差异及样本不够有关。③肿瘤无论性质如何，均以腹膜后上区为好发部位。本组 74.6%的肿瘤病例发生该部位。④除纤维瘤、平滑肌瘤、腺瘤等几种良性肿瘤外，其它囊性肿瘤多为良性、恶性肿瘤均为实性。⑤肿瘤剖面肉眼观察良恶性质的判定常困难。⑥单发性肿瘤多见。⑦来源于间叶组织的肿瘤及大部分神经源的肿瘤往往病程长、瘤体大，转移少，切除后易复发，且每复发一次恶性程度多高于前次。⑧腹膜后来源不明或不能分类的肿瘤多为恶性肿瘤且病程短，转移早、预后极差。

除外嗜铬细胞瘤等几种具有分泌功能的肿瘤，多数腹膜后肿瘤无特异的临床表现，仅当瘤体增长较大后，才出现占位、压迫和全身症状，因而临床诊断困难，需借助 X 线造影、B 超、CT 及穿刺细胞学检查才能提高诊断率。即使如此，其误诊率仍很高，本组为 21.62%。我们体会：①对于腹部比较固定的较大肿瘤应考虑到腹膜后肿瘤的可能。②不能用病史的长短作为鉴别肿瘤性质的依据。③由于位置关系肿瘤相对固定不说明已失去切除机会。④病人消瘦、发热不等于肿瘤恶性程度很高或已属末期，常和肿瘤巨大体积有关。有时仍可切除。⑤应对手术的复杂性做好充分的估计。由于肿瘤体积大，部位深，术前切口的设计是手术成功的重要步骤。⑥基于腹膜后恶性肿瘤也可有包膜或假包膜且亦较易剥离，因此不能据此来判定肿瘤的良恶性质。⑦由于腹膜后间隙较大血管集中存在且术式不定型，术中止血应确实，一但发生难以控制的大出血，在可能的情况下应尽快切除巨大肿瘤，然后止血，并应有修补血管或吻合血管之准备。⑧手术力争全部切除肿瘤，切除不彻底是复发的根源，必要时可行联合脏器切除术。⑨如肿瘤确实不能彻底切除，亦应尽量大部分切除，为以后治疗打下基础，可在瘤床上置银夹以便术后放疗时定位。⑩由于手术创面大渗出多，关腹前留置腹腔引流实属必要。⑪文献报告肿瘤切除后复发率高达 37～50%，且大部分肿瘤对放疗、化疗反应均差，因此对于复发肿瘤病例治疗上手术仍做为重选择。⑫姑息性切除术也可酌情多次反复进行，本组 1 例低恶性粘液腺瘤病人先后 3 次姑息性切除，带瘤生存长达 10 年 3 个月之久。

（收稿日期：1996—12—10）