维普资讯 http://www.cqvip.com

生,形成结节[1,2]。但本组病人长期生活在沿海地区,属于高碘饮食环境,大多数病人发病前无明显的弥漫性甲状腺肿表现。术前检查血TSH未见明显升高。这些与上述病因学不一致,但与近年报道的高碘性甲状腺肿病因相附。因此本组病人可能属于高碘性甲状腺肿发展而来。高碘饮食环境下发生的甲状腺肿可能为机体碘代谢障碍所致。其确切原因有待进一步研究。

二、结节性甲状腺肿的治疗

地方性甲状腺肿的内科治疗主要是补充碘剂和甲状腺制剂,结节性甲状腺肿已是甲状腺肿的后期阶段,结节形成后难以逆转,当结节出现坏死、出血、囊性变或纤维化后,药物治疗更难以奏效。由于结节性甲状腺有癌变可能,曹金锋[3]报道甲状腺结节中单发性结节癌变率为8%~20%,多发性结节约为5%。因此,目前认为,结节性甲状腺肿的手术适应证应适当放宽,尤其是触及结节不光滑、质较硬、固定或单发实质性结节,应及早手术治疗。本组病87例均行外科治疗,临床近期效果满意,其治疗时间短,治愈率高,并发症少,优于药物治疗。

三、结节性甲状腺肿的术式选择与手术并发症的防治

对于结节性甲状腺肿的术式选择,各家观点不一[4,5]。为了减少由于腺体切除过少,残留结节而致术后"假性复发"和由于腺体切除过多而致术后甲状腺功能减退等并发症的增加,本组采用结节切除加腺体局部切除的方法治疗87例结节性甲状腺肿,在术中进行彻底检查,逐一切除所有结节或对结节较小数目较多且集中于腺体局部者行腺体局部切除,且术后无严重并发症的发生,术后复发率仅为1.1%,说明本组的手术方式是安全、可靠的。为避免喉上、喉返神经损伤或误切甲状旁腺[6],作者采取了如下措施:采用颈丛麻醉,不常规暴露神经;对于多发性结节采用近基底部结节逐个剔除的方法,而对于结节相对集中的腺体局部采用不规则甲状腺切除法,一方面可达到切除全部结节的目的,另一方面可保留正常甲状腺腺组织,避免术后甲状腺机能减退,或由于累及腺叶背侧而致甲状旁腺、喉返神经受损等并发症的发生,取得了良好的效果。有报道结节性甲状腺肿可能伴有癌变或合并甲亢,本组术后病理检查均未发现癌变者。因此,本文认为术前无甲亢症状,B超、ECT基本可排除癌变者可采取此法以减少甲状腺次全切除手术所引起的并发症。术后给予碘剂和适量甲状腺激素治疗,对于消除一些微小结节和防止复发很有必要。如有甲亢症状、疑有或确有癌变者应按相应方法处理。

参 考 文 献

1.吴阶平,裘法祖,黄家驷. 外科学. 人民卫生出版社,1992.870-871.
2.陈国玉,刘训良,张祖荀.结节性甲状腺肿外科临床有关问题.南京医学院学报,1988,8:76.
3.苏斌儒,陈建强.结节性甲状腺肿236例外科治疗.实用医学杂志,1998,(7):482-483.
4.金锋.甲状腺结节的处理,北京医学,1991,(5):300.
5.姜彪,王璞.结节性甲状腺肿手术方法的改进.黑龙江医学,2001,(1):34.
6.徐成钧,孙同富,牟淑珍,等. 甲状腺单发结节的诊断及术式选择. 实用肿瘤学杂志,1994,(1):30-32.
7.孙学军,黄凤瑞. 结节性甲状腺肿36例术后复发原因和预防.临床医学杂志,2001,(12):31-32.

(收稿日期:2002-12-26)

·个案与短篇·

腹直肌鞘内血肿一例误诊报告

刘仕勇*

腹直肌外伤包括腹直肌自发性破裂、腹直肌鞘内血肿。临床少见,尤以这种下腹隐痛、腹穿抽出不凝血为症状、体征的女性病例,更易误诊。作者就此例腹直肌鞘内血肿误诊问题报告如下。

一、临床资料

病例,女性,18岁,新兵,于2002年1月14日以左下腹隐痛4 d加重1 d入住普外科。5 d前,军事训练做俯卧撑运动后感左下腹隐痛。以后运动加重,休息后好转。末次月经为2001年12月20日。查体:血压110/70 mmHg。腹部脂肪厚,左下腹

(下转15页)

* 作者单位:614000 四川省乐山市77156部队医院外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

实 Mirizzi 括约肌并不存在。组织学检查肝总管只是一纤维组织结构管道，含少量平滑肌细胞，Hayes 通过胆道造影及解剖发现 20% ~ 30% 的胆囊管与肝总管平等低位汇入，胆囊管与肝总管之间仅一层薄膜，结石嵌顿后，很容易导致肝总管受压变窄。因此，Mirizzi 解剖学基础是胆囊管与肝总管平行，病理学基础是胆囊结石颈部嵌顿，及反复发作胆管炎。以后，Csendes[2] 进行统一分型：Ⅰ型胆囊管或胆囊颈结石嵌顿，压迫胆总管；Ⅱ型胆囊胆管瘘形成，瘘口口径小于胆总管周径的 1/3；Ⅲ型瘘管口径超过胆总管周径 2/3；Ⅳ型胆囊胆管瘘完全破坏了胆总管壁。Mc Sherry 提出两型分类法：Ⅰ型：胆囊管或胆囊颈结石嵌顿压迫肝总管；Ⅱ型：结石破入肝总管，形成胆囊胆管瘘。

二、提高术前诊断水平

既往诊断主要依据 B 超检查，因其无创伤，低价，列为首选。B 超显示特点是：(1)胆囊结石颈部嵌顿。(2)肝总管以上胆管扩张。(3)胆总管下端不扩张。但 B 超对肝总管结石，肝内肝管结石的敏感性低，同时受胃肠道气体、视野、操作者经验影响，加上反复发作的胆绞痛，胆管炎，导致胆囊壁增厚，胆囊三角粘连成块，典型的三管征不多见，不能完全依靠 B 超。CT 检查与 B 超相似，除肝门部肿物及肝内转移胆道肿瘤有鉴别以外，CT 只能进行轴位扫描，虽可显示胰胆管扩张，不能显示胆道病理解剖结构的改变，对胆囊胆管瘘也不能显示，胆囊颈或胆囊管的结石常误诊为胆总管结石。90 年代 PTC 及 ERCP 技术用于术前诊断，无疑提高了 Mirizzi 综合征术前诊断。PTC 显示梗阻以上部位肝总管和肝内胆管扩张，但 PTC 对胆囊管、肝总管梗阻以下胆管显示不清。ERCR 不能显示肝总管梗阻以上胆管。虽然两者结合使用提高了术前诊断率，但是给病人带来了痛苦和一些并发症。MRCP 是一种无创的非介入性检查方法，对 PTC 或 ERCP 术中造影剂无法到达的胆道也可显示清晰，而且形成胰管胆树的三维立体图像，对除外胰胆系肿瘤鉴别作用明显，对胆系结石大小、形态，数目及所在部位，能提供清晰的胆管分支解剖图，本院使用 MRCP 诊断 B 超可疑 Mirizzi 综合征 5 例，均能术前明确诊断。但 MRCP 不是万能的，它有不足之处，如对胆管结石、肿瘤组织及流空效应气体所致异常信号无特异性，无法鉴别，不能用作活检定性及介入治疗，但 MRCP 优势有助于广泛采用。

三、Mirizzi 综合征的治疗

根据术前、术中发现具体情况，采用不同手术方式。总的原则是切除胆囊，取出结石，解除梗阻，修复胆道。对于Ⅰ型患者根据病人炎性粘连具体情况，采用顺逆结合胆囊切除术。如果胆囊三角关系辨认不清，切开胆囊病部取石，胆囊大部切除术。对Ⅱ型患者在切除胆囊过程中，注意留有余地，保留部分胆囊瓣做为胆管瘘口的修补，并放置“T”管引流三个月。Ⅲ型、Ⅳ型病人因坏死组织范围大，不易行胆管修补，以免引起胆管狭窄，一般在胆囊切除术后，宜选择肝总管空肠 Roux - en - Y 吻合术，对于一般不能耐受手术的病人，可用内镜行乳头切开，激光碎石、取石，使胆管引流通畅，术后支架管扩张。

参 考 文 献

1. Redaelli CA, Buchier T, King W, et al. High Coincidence of Mirizzi syndrome and gallbladder carcinoma. Surgery, 1997, 121(7): 60.
2. Joseph S, Carvajal S, Odwin C, et al. Sonographic diaghosis of Mirizzi's syndrome. J Clin Ultrasound, 1985, 13(3): 199 - 201.

(收稿日期：2003 - 01 - 01)

(上接 13 页)

稍隆起，扪及 10 cm × 8.0 cm 大的包块，质硬，边界欠清，压痛，反跳痛。左下腹穿抽出鲜红色的不凝血。辅助检查：①尿妊娠试验(-)。②血常规示：WBC 11.3×10^9/L、Hb 95 g/L。拟诊腹腔出血：①宫外孕，②腹腔肿瘤出血。在持硬麻下行急诊剖腹探查，术中见：①腹直肌前鞘与肌肉间血凝块约 50 g。②部份腹直肌撕裂，有活动性出血灶。③腹膜广泛性瘀血。④腹腔内无血液，未发现腹腔脏器异常。给予清除血凝块、止血、缝合撕裂的腹直肌。术后住院 20 d 康复出院。

二、讨论

1.新兵军事训练伤甚为多见：①软组织损伤；②创伤性关节滑囊炎；③疲劳性骨折；④肌肉拉伤与断裂。本病好发于跨越 2 个关节，含有较多纤维的肌肉，如肩外展和旋转活动时冈上肌拉伤，支撑运动时肱三头肌拉伤，跳跃和劲踢时股四头肌拉伤，快速奔跑时腘肌拉伤，球类运动时股内收肌拉伤等。腹直肌撕裂伤鞘内血肿的病例少见报告，临床易误诊。

2.腹直肌鞘包绕腹直肌，腹直肌撕裂端活动性出血，致腹壁增厚，腹直肌后鞘的血液经腹膜脱纤维作用后，不含有纤维蛋白，穿刺抽出为不凝鲜血，则误认为是抽出了腹腔不凝血。侧重临床病史、体征资料，缺乏深入的分析和辅助检查的证实，导致了误诊。

3.新兵中，“学生兵”占很大的比例。入伍前未经过高强度的体能锻炼，训练中缺乏吃苦耐劳的思想，缺乏动作协调的经验等。这样，增加了训练伤的发生率，增加了少见的训练伤发生。

(收稿日期：2002 - 12 - 29)