维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 3 期总第 23 期

颈动脉体瘤外科治疗及术后并发症的预防探讨

兰州军区总医院口腔颌面外科 李晓峰 张宫厚

（甘肃兰州，邮政编码 730050）

颈动脉体瘤属少见的化学感受器肿瘤，源于颈总动脉分叉后内侧外膜部的颈动脉体，大体形态可分为局限型和包裹型两种。无论哪种形态均与颈总动脉分叉关系密切，术中常需暂时阻断供应一侧大脑的颈内动脉血流。鉴于这种特殊性，笔者结合临床治疗的 5 例颈动脉体瘤病例与同行们进行探讨。

一般资料

本组 5 例，男 2 例，女 3 例，年龄 10～52 岁之间，平均 31 岁。其中左侧 4 例，右侧 1 例，均为单侧，行颈动脉体瘤剥脱术 1 例，瘤体连同颈动脉分叉切除加颈动脉结扎术 1 例，瘤体连同颈外动脉切除术 1 例，瘤体连同颈动脉分叉切除加血管移植术 2 例，手术效果均满意，术后随访 1～5 年无 1 例复发。

讨 论

关于颈动脉体瘤的诊断以往也有报道[1～3]，主要根据患者下颌角下方颈动脉三角区有实质性、无痛性肿块，左右可移动，上下移动较差，伴有搏动、震颤或血管杂音以及部分患者可出现声音嘶哑、Horner 综合征等特点，并结合 B 超及颈动脉造影便可诊断，尚需与颈动脉瘤，神经纤维瘤等疾病相鉴别。

一、颈动脉造影的价值　颈动脉造影可与颈部其他性质的疾病相鉴别。典型病例的颈动脉造影的 X 线征有：①颈内外动脉间距加宽，displaced 正常的颈内外动脉夹角应在 30°以内）；②颈内或颈外动脉受压变窄；③分叉部有来自颈外动脉的肿瘤血管丛，呈"血管瘤样"改变。由于瘤体位于血管间隙内生长，使得血管位置关系改变，显示出肿瘤与血管的关系或瘤体围绕整个颈动脉而获确诊，同时对于手术术式的选择很有帮助。凡造影显示病变规则，局限在颈动脉分叉而颈动脉外侧正常者均提示瘤体可以切除无需动脉重建；凡造影显示瘤体已超过向外移位的颈内、外动脉的边界者均揭示瘤体包绕颈动脉，瘤体切除时多数需切除动脉分叉，术前应做好动脉重建的准备。另外颈动脉造影对于了解颅底大脑前、中动脉，基底动脉环血供情况，估计手术困难程度以及手术的安全和预后也十分重要。

二、Matas 试验的意义　颈动脉系一侧大脑的主要血供来源。颈动脉体瘤死亡率为 30～50%[4]，致死原因是阻断一侧颈动脉血流后患侧与健侧 Wiuis 血管弓没有建立良好的侧支循环，血供不能代偿，导致患侧脑细胞缺氧、坏死，病人死亡。故术前 Matas 试验，颈动脉造影及头颅多普勒超声血流检查，了解供血动脉、侧支循环以及 Willis 环侧支循环的功能状况是决定手术是否安全的关键。Matas 试验压迫简便，是无创性脑底动脉血流动力学的检查法。本组 5 例均经 Matas 压迫试验后做颈动脉造影，其中 3 例大脑前、中动脉及分支显影，大脑后动脉及其分支大小形态正常，侧支循环建立良好。2 例侧支循环建立较差，手术方式选择了血管移植。全部病例均采用了 Matas 压迫试验后的经颅多普勒超声血流检查，为手术成功提供了可靠的科学依据。

三、颈动脉体瘤的手术治疗　颈动脉体瘤切除术并非轻而易举。据 Rosen 统计本病的手术本身的死亡率为 5～13%[5]，故应慎重。麻醉多采用全麻或低温全麻，低温全麻虽可提高大脑耐受缺血的时间，但并非必需[6]。切口采用平行胸锁乳突肌的皮肤直切口，手术方式分为①保留颈总、颈内、颈外动脉的完整性瘤体剥脱术；②结扎颈外动脉，包括部分颈外动脉在内的瘤体切除术；③瘤体与颈总动脉分叉一并切除，颈总动脉结扎术；④瘤体与颈总动脉分叉一并切除，颈总与颈内动脉血管移植或颈内、外动脉断端吻合术。常规步骤为切开皮肤、皮下组织后视情况切断胸锁乳突肌及结扎颈内静脉显露颈总动脉下端，放置螺旋血管夹控制出血以利于手术中剥离，并保持视野清晰。根据具体情况采用不同的术式切除肿瘤，分层缝合放置引流。本组 5 例经仔细分析后，采用了 4 种不同的术式，均获得成功。

四、并发症的预防　颈动脉体瘤术后并发症高达 45%[4]，除 Willis 环交通支血供不佳，导致患侧大脑细胞坏死，引起偏瘫、失语、甚至死亡外，脑血栓、脑栓塞以及舌下神经、迷走神经损伤，移植血管及吻合口血栓形成、吻合口破裂均为主要并发症，这就要求我们术前应做精心的准备。Matas 试验、颈动脉造影、头颅多普勒超声血流检查必不可少。术中操作仔细、避免损伤神经，结扎颈外动脉时应尽量选在甲状腺上动脉平面以上，以减少结扎处可能形成的血栓向颈内动脉脱落。行血管移植时，术中血管内可使用适量肝素，术后少用止血药，适量使用低分子右旋糖酐预防术后血栓形成。本组 1 例因术中损伤舌下神经及迷走神经，术后出现声音嘶哑及患侧舌运动障碍，经治疗后逐渐恢复功能。

参 考 文 献

1. 朱预，等. 颈动脉体瘤 14 例诊治经验，中华外科杂志

维普资讯 http://www.cqvip.com

1980;18(3):255.
2. 林勇杰,等.颈动脉体瘤的外科治疗,中华外科杂志 1988;26(3):162.
3. 杨永沛,等.颈动脉体瘤诊治的几个问题,华西口腔医学杂志 1995;13(2):114.
4. 郑家伟.国外医学口腔分册 1990;6:325.
5. 李树珍,等.颈动脉体瘤 13 例手术治疗经验,天津医药肿瘤附刊 1978;5(2):55.
6. Rutherford RB. Vascular surgery ed2 Philadel phia, saunders 1984;1286.

(本文承蒙兰州医学院局解手术学教研室叶光华教授的指导,在此一并致谢) (收稿日期:1997-03-05)

婴儿巨大脑脓肿 1 例

四川省乐山市人民医院神经外科 熊献尧 郑念东 李 庆

(四川乐山,邮政编码 614000)

患儿,男性,8 月。因发育迟缓 4 月,咳嗽 4 天,于 1996 年 11 月来我院儿科治疗。查体:T36.8℃,发育迟缓,呼吸急促,头大,双眼呈落日征,双肺呼吸音粗,闻及干鸣,左上下肢肌力Ⅱ级,NS(-)。诊断:①急性支气管炎,②先天性脑积水?入院后经头颅 CT 检查右侧大脑半球内巨大囊性占位(11.6×10×10cm),考虑胚胎性表皮样囊肿,转我科追问病史,发现患儿 4 月前出现左上下肢活动减少,左手握物无力。查体:嗜睡,双瞳约 0.2cm,光反射迟钝,前囟饱满,头皮静脉怒张,根据临床表现和 CT 检查诊断右侧额顶巨大占位(肿瘤?脓肿?)。

术中所见:见右额顶 10×10×10cm 囊性占位,囊壁有弹性,大脑半球推向健侧,穿刺抽得白色较稀薄无臭液体约 100ml,用庆大霉素生理盐水反复冲洗囊腔,置 8 号引流管于囊内作持续引流。术毕患儿麻醉未醒,双瞳等大等圆约 0.2cm,光反射迟钝,入 ICU 病房监护,给予输血、补液、抗感染对症治疗。术后 5 小时患儿出现抽搐双瞳约 0.5cm,光反射迟钝,$SPO_2$70%,HR90 次/分。立即加快补液,气管插管呼吸机辅助呼吸等对症治疗无好转,心率逐步减慢,经抢救无效死亡。脓液涂片脓球(++++);培养无细菌生长;病检见大量中性粒细胞及脓球,另见坏死无结构组织,诊断符合脑脓肿。

讨论:在基层医院婴幼儿脑脓肿较常见,但如此巨大实属罕见。该病例原发感染灶不明显,无明显发热,症状不典型,属隐源性脑脓肿,对婴幼儿该类病例诊断要详细询问病史,查体时要注意头围大小,有无脑局灶性定位体征,头颅 CT 检查有重要诊断意义。手术可采取脓肿壁切除术或导管持续引流术。该患儿行导管持续引流术,术后继抽搐急剧致呼吸循环紊乱,进而恶化死亡,推测与脑移位有关。提示:对于巨大脑脓肿要注意控制引流量和速度。 (收稿日期:1997-02-28)

空肠多发憩室穿孔 1 例

江苏省武进市中医院外科 刘玉泉

(江苏武进,邮政编码 213100)

患者男性 68 岁、住院号 962597,因持续性上腹痛阵发性加剧 1 天伴呕吐入院。近 6 年有上腹隐痛反复发作史,饱餐后上腹满胀感,腹痛口服制酸剂无效,无黑便史。查体:神清,痛苦貌,T38.5℃,R21 次/分,P105 次/分,BP17/10KPa,头颈心肺无异常,肺肝界存在,腹平坦,全腹压痛以脐上为主,硬如板状,有反跳痛,无移动性浊音,肠鸣音消失。右下腹穿刺抽出 0.2ml 脓汁,肝胆脾胰 B 超未见异常,胸腹部透视未见异常,无液平、膈下未见游离气体。血常规 WBC7.8×10^9/L、N0.95、L0.05。尿淀粉酶、血淀粉酶正常,肝功能、肾功能正常。诊断上消化道溃疡穿孔、弥漫性腹膜炎,急诊手术探查。

手术所见:上腹正中切口,腹腔积脓 200ml 灰白混浊脓汁、无臭味。胃十二指肠未见异常。距屈氏韧带 25cm 见长约 70cm 之空肠多发憩室,最大者 5×5×4cm^3、有粪石、大部分憩室沿肠系膜缘分布。憩室穿孔为粪石堵住,口边有脓苔。行空肠憩室段切除、空肠端端吻合。腹腔生理盐水冲洗、术后抗炎、胃肠减压、恢复顺利,住院 14 天痊愈出院。病理报告:空肠多发憩室,有多枚粪石,憩室壁薄由粘膜、粘膜下层和腹膜构成,肌层极薄,多处穿孔,穿孔处粘膜出血坏死。

讨论:空肠憩室没有典型的临床表现,与上消化道溃疡、胆囊炎很难鉴别,其诊断只有依靠胃肠钡餐检查。治疗口服制酸剂无效,只有手术切除憩室才能缓解其症状。本例上腹隐痛,饱餐后上腹胀痛,反复发作,口服制酸剂无效。此次发病憩室穿孔,行憩室切除,痊愈出院,随诊半年上腹隐痛等症消失。

(收稿日期:1997-01-15)