维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 3 期总第 19 期

皮质醇症肾上腺皮质腺瘤的手术治疗体会

延安医学院局解教研组 **韩振奎**

（陕西延安，邮政编码 716000）

肾上腺皮质腺瘤是引起皮质醇增多症的常见病因之一，仅次于垂体依赖性肾上腺皮质增生。增生者与垂体微腺瘤或异位 ACTH 过多有关系，在三大肾上腺外科疾患（皮质醇症、原发性醛固酮增多症、嗜铬细胞瘤）中，皮质醇症是发病最多的，虽然文献上尚无详尽的统计资料，但肾上腺皮质腺瘤在肾上腺疾患中并不少见，随着实验室检测和影像诊断技术的发展，其检出率相应提高。

一、诊断与鉴别诊断：凡是有高血压、向心性肥胖、满月脸，多血质外貌、多毛、头晕、疲乏等症状者，应当考虑皮质醇增多症。进一步需测定 24h 尿 17—羟类固醇、17—酮类固醇排出量及血尿游离皮质醇浓度和地塞米松抑制试验。24h 尿 17—羟类固醇排出量增多及小剂量地塞米松试验不被抑制即可诊断为皮质醇增多症。此病确诊后，区别是肾上腺皮质增生还是腺瘤，对治疗方法的选择很关键，生化的鉴别主要依靠大剂量地塞米松抑制试验。一般增生型能抑制，而腺瘤或腺癌不被抑制。但是结节型增生少数也不被抑制，而较小的腺瘤也可被大剂量所抑制，此则需要其它检查来区别。垂体摄片、颅脑 CT 可以检查垂体肿瘤型皮质醇症，但难以排除垂体微腺瘤，全面系统地检查有助于排除异位 ACTH 过多而致皮质醇增多症的原发病性。腺瘤多为单侧、单发，有完整包膜，而增生型或结节增生型多为双侧多发，故借助 B 超、CT、MAR 就不难作出肿瘤或增生的鉴别和定位诊断。

二、高血压：三大肾上腺外科疾患均伴有不同程度的高血压，特别是原醛症，往往以高血压症状就诊，因此，高血压患者未排除继发性高血压外，不能满足于原发性高血压的诊断。高血压患者若伴有向心性肥胖、满月脸、多毛、痤疮、紫纹、性机能改变、月经失调等症状者，应考虑皮质醇增多症的可能；若伴有疲乏、多饮、多尿，烦渴等症状者，应想到原醛症之可能；高血压呈阵发性，伴植物神经功能紊乱者，应警惕嗜铬细胞瘤。因此，内科医师采集高血压患者病史时，应详细询问其伴发症状，以排除继发性高血压，对所轻的高血压患者必要时可做有关实验室和影像学检查。

三、低血钾：肾上腺皮质腺瘤患者血钾浓度常处于正常低限水平。引起低钾的原因是腺瘤具有自主分泌的功能，产生过多的糖皮质激素，作用于肾小球及肾小管造成钠水潴留，钾的被动排出增多，糖皮质激素对水与电解质的作用，虽类似于醛固酮，但作用远较其弱，故腺瘤患者血钾水平不会很低。而醛固酮增多症常伴有明显的低血钾。

四、术前准备：肾上腺血供丰富、位置深、毗邻复杂，术中出血较多，术前应配备足够的全血。由于腺瘤具有自主性分泌功能，产生过多的糖皮质激素，不仅影响糖、脂、蛋白和水电解质代谢，也使机体的防御机能降低，故术前术后应注意纠正机体代谢紊乱，并使用高效广谱抗生素是必要的。尤其是控制和预防感染极其重要。术前一日和术前 2 小时要肌注醋酸可的松 100mg，以补充摘除腺瘤后血浆皮质激素的不足。

五、手术切口选择：切口的选择要使术野显露充分，便于操作，创伤小有利于愈合。肾上腺解剖位置深，毗邻结构复杂，前方入路因距病灶远、经过层次结构多，很难获满意的显露效果，故不宜采用。肾上腺手术我们多采用后方经腰腹部斜切口入路简捷且显露充分，即经第 11 肋间、切除部分十二肋的胸膜外切口，向前下斜行延伸至髂前上棘上方 5cm 处，表约 25cm 为宜。

六、术中注意事项：①术中显露时，必需确切地在第 12 肋而不是第 11 肋处分离胸膜返折，在第 11 肋处造成气胸的危险性大。应在骨膜下切除肋骨，上面的骨膜应由内向外剥离，下面则相反，以免撕破深面的胸膜，一旦撕破应及时修补。②出血　肾上腺血供极其丰富，主要有 3 条来源：肾上腺上动脉以 6～8 条起于膈下动脉；肾上腺中动脉直接起自主动脉腹部；肾上腺下动脉来自肾动脉或副肾动脉、肾动脉上极支。由于这些动脉直接或间接来自主动脉腹部，压力大，故术中损伤后出血多，应注意止血，必要时输全血。③损伤　左右肾上腺毗邻不同，术前应熟悉掌握肾上腺的局部毗邻关系。因解剖不清，操作方法不当，右肾上腺手

维普资讯 http://www.cqvip.com

术容易损伤肾上极动脉、下腔静脉、肝静脉、肝、胆、肾、十二指肠等结构，亦可能把副肾动脉或肾上极动脉误认为肾上腺下动脉结扎。右侧较大的腺瘤向上可突入肝与膈之间，在分离过程中勿损伤下腔静脉和肝静脉。④保护正常腺组　腺瘤有完整包膜，沿包膜钝性分离既可将瘤体完整分离下来，又能保护正常腺组织，减少了副损伤，以免术后发生肾上腺皮质功能低下。

七、术后处理：肾上腺疾病手术后的病人，一定要长期观察心率、呼吸、血压，严防术后发生肾上腺危象（特别是术后 48h 内）。应酌使用激素类药物，若有肾上腺皮质功能低下，应加大激素用量。如有条件应在用激素时测定血液中含量投药为好。同时应用强有效抗生素以预防切口感染。出院后定期测量血压及做有关实验室检查，病人常于半年左右恢复体型、血压及实验室检查结果也转为正常。

参 考 文 献 略

（收稿日期：1996－01－23）

急性坏死性胰腺炎引流术后胰肠瘘 1 例

中国华冶矿建第二工程公司职工医院　**刘利钊　刘悦文**

（河北沙河，邮政编码 054100）

患者男，46 岁，干部，因急性出血性坏死性胰腺炎（ANP）在上级医院手术引流后 2 个月回本院治疗。查体：神清，慢性病容，表性痛苦，贫血貌。体质极度消瘦。被动体位，皮肤粘膜无黄染，四肢远端浮肿，表浅淋巴结未触及肿大。心肺正常。腹胀，叩呈鼓音，肠鸣音弱。上腹部正中及左上腹部各有胶管引流 1 条。双管引流出灰白色液，微稠微臭。24 小时引流量约 150～200ml，内时混有大小不等黑色组织块。引流液镜检脓细胞满视野，细菌培养为葡萄球菌、假单胞菌。病程近 3 个月时双管引流液突然明显减少，24 小时约 30～50ml，但大便时排出灰白色似引流液样稀便，时混有黄色稀便，日约 2～4 次。双引流管冲洗时（原多次冲洗，入出量几乎相等）入出量不等，约 5～7 分钟即从肛门排出混有灰白色之冲洗液。冲洗液量多便次即增多，如冲洗液为 1000ml，即可便 7～8 次之多，引流管仅能引出混合液 70～80ml，经观察患者无腹部不适，但冲洗液输注过快时觉轻微胀痛。患者无梗阻性黄疸，所经肛门排出之灰白色液非白陶土便，考虑为胰肠瘘形成，从引流管注入染色剂经肛门排出，证实肠瘘存在。

讨论：此例因 ANP 术后持续外引流，引流液为灰白色，微稠微臭，镜检脓细胞大量，细菌培养有葡萄球菌生长。引流量日约 150～200ml，其量虽多，但无炎性液刺激而致腹部不适或腹膜炎体征。经一侧引流管进液冲洗另管引出时，入出量几乎相等，考虑为胰腺脓肿、胰瘘、包裹腔形成。胰腺脓肿是 ANP 在不同治疗过程中所产生的并发症，代表胰腺坏死感染已被四周组织包裹。此类脓肿作为一种"酶性脓肿"所致其并发症是多种的，如消化道瘘，腹腔出血和多器官功能衰竭（MOF）等。此例病程近 3 个月时突发双管引流量减少，日约 70～80ml，排便时为灰白色引流液样便，经引流管冲洗时便次亦增多，当考虑有肠腔瘘形成。经引流管注入染色剂并能经肛门排除证实肠腔瘘。ANP 术后并发胰肠瘘较少见，可因胰腺坏死组织清除后损伤外露的胰腺管不能愈合，胰腺周围渗液增多、潴留、腐蚀周围组织，其渗液中的胰蛋白酶激活磷脂酶，释放出溶血卵磷脂而使组织坏死，渐形成肠瘘。亦可因 ANP 引起的胰腺内、外组织坏死是渐进性的，是其"自我消化"的病理过程。在酶性渗液的影响下极易招致感染。由于酶性渗液的作用，邻近肠襻（如横结肠）常发生肠壁充血水肿，甚或引起肠壁出血、坏死、穿孔等。此例脓肿壁穿透横结肠形成肠腔瘘，脓液及冲洗液亦可经肠腔内瘘、肛门排出是少见的。

参 考 文 献

1. 张圣道，等. 急性胰腺炎所致胰腺假性囊肿、脓肿，无菌性脓肿的鉴别诊断及临床意义. 中国实用外科杂志　1994；8：461.
2. 武佩振，等. 重症急性胰腺炎术后并胰肠瘘 1 例，实用外科杂志　1991；2：71.
3. 马优钢，等. 从死因分析谈重型胰腺炎的处理要点. 实用外科杂志　1991；2：80.
4. 杨森华，刘敦永等. 出血坏死性胰腺炎术后多器官衰竭有关因素分析. 实用外科杂志　1992；9：463.

（收稿日期：1995－09－19）