

# 肾上腺外嗜铬细胞瘤 9 例诊治体会

丁华山 王建勋

(兴化市人民医院, 兴化, 225700)

肾上腺外嗜铬细胞瘤临床上较少见, 术前常易误诊, 现将我院收治的 9 例肾上腺外嗜铬细胞瘤诊治体会报告如下。

## 1 临床资料

本组 9 例, 男 5 例, 女 4 例, 年龄 20~57 岁, 均经手术及病理证实为嗜铬细胞瘤。肿瘤位于腹主动脉旁 3 例, 左肾门处 1 例, 腹膜后脊柱旁 2 例, 左颈部 1 例, 腹膜后肠系膜根部 1 例, 膀胱 1 例。

本组 4 例术前有高血压, 伴头痛、头昏, 1 例伴有心肌损害, 其中 2 例在体检时按摸肿块诱发阵发性高血压, 1 例为肾门处肿块, 患者下蹲时, 因挤压肿瘤, 血压骤升, 头昏而晕倒。另 1 例为左颈部肿块, 挤压肿块时, 患者血压骤升, 头痛。5 例术前无明显高血压及其它临床表现, 拟“腹部肿瘤”作剖腹探查, 1 例膀胱嗜铬细胞瘤, 以血尿为主诉, 膀胱镜检查发现肿块。本组 7 例术中分离切除肿瘤时, 血压升高, 心率加快, 8 例为良性嗜铬细胞瘤, 1 例为恶性嗜铬细胞瘤。10 例术前均行 B 超检查, 3 例作 CT 检查, 均能明确肿瘤部位, 2 例作 24h 尿 VMA 检查为阳性。

结果: 本组 10 例均手术切除, 治愈 8 例, 死亡 1 例。

## 2 讨论

嗜铬细胞瘤主要发生在肾上腺髓质, 但交感神经系统其它部位亦可发生, 如颈动脉体, 主动脉旁的交感神经节、嗜铬体等, 亦偶在膀胱壁、脾脏等处见到。一般认为嗜铬细胞瘤 90% 在肾上腺内形成, 但我国资料表明 28% 在肾上腺外<sup>[1]</sup>。肾上腺外嗜铬细胞瘤临床表现多样, 临床上可见各个年龄组多见于青壮年。肿瘤可位于

颅底亦可位于盆腔, 范围较为广泛, 患者可表现为持续性或阵发性高血压引起的症候群, 少数患者表现为心律失常、糖尿病、腹痛、精神症状等<sup>[1]</sup>。大部分患者以体表或体腔肿块而就诊。因此, 体表和体腔内实质性肿块伴有高血压或按压后出现一过性高血压, 临床应考虑为肾上腺外嗜铬细胞瘤存在。

嗜铬细胞瘤 90% 为良性, 可分泌大量去甲肾上腺素和少量肾上腺素, 进入血流, 引起高血压、心悸等症状, 当肿块受到挤压时, 进入血流中的儿茶酚胺类物质一过性增加, 临床上可出现一过性高血压, 可持续数分钟, 亦可长达数小时, 本组有 2 例, 术前体检时, 按压肿块诱发血压升高、心悸、心跳加快、头痛等症状。本组 9 例在手术分离肿块过程中出现血压升高、心率加快 7 例, 另外 2 例术中血压无明显波动。2 例术前考虑为嗜铬细胞瘤、使用  $\alpha$  受体阻滞剂术前准备, 手术分离肿块时血压仍有不同程度升高, 但无血压骤升, 可能与肿瘤的分泌功能活跃程度、瘤体内酶活性, 以及机体对儿茶酚胺产生耐受性有关<sup>[2]</sup>。

手术切除是治疗肾上腺外嗜铬细胞瘤有效的方法, 肾上腺外嗜铬细胞瘤摘除有时相当困难, 甚至产生危象, 因为肿瘤具有内分泌功能, 肿瘤常与重要器官特别是大血管紧密粘连, 血运丰富, 肿块不易显露。

手术成功的首要因素是完善的术前准备。术前服用  $\alpha$  受体阻滞剂 (如苯苄胺, 哌唑嗪) 降低血压, 心率加快者加服心得安, 降压效果不满意者可加用钙离子阻滞剂, 有心律失常或心肌受损者, 辅用营养心肌药物, 术前补充血容量, 输少量新鲜血, 加强营养, 休息等。

术中探查肿块或分离切除肿块时, 如血压骤升, 应考虑为嗜铬细胞瘤, 应保持镇定, 暂缓手

(下转 259 页)

以內，粘膜正常肌层稀疏排列紊乱伴胶原纤维增生。

先天性巨输尿管症主要病变在输尿管末段的功能性梗阻，病因不明，目前多认为在输尿管与膀胱交界处副交感神经节细胞减少缺乏或发育不良所致，或认为与输尿管壁肌肉排列紊乱，纵肌缺乏，功能性梗阻段肌束与胶原纤维间的比例失调有关；陈春光等认为功能性梗阻段少量胶原纤维增生，纵肌稀疏不整<sup>[5]</sup>，本组病例手术后病检末胶原纤维增生，亦有平滑肌稀疏不整现象。

治疗：目前认为先天性巨输尿管症约 40% 的病例需手术治疗<sup>[6]</sup>，其目的是：①解除功能性梗阻引起的输尿管进一步扩张；②缓解尿流反压造成的肾功能损害；③控制反复或持续的尿路感染等并发症，并根据肾皮质厚度、肾功能情况，输尿管扩张程度和收缩能力等情况拟定手术方案。成年型先天性巨输尿管症病变相对稳定，病情进展慢，如无临床症状或症状轻微，肾积水较轻、功能尚好的，宜定期随访观察；但如输尿管扩张明显，进行性肾积水或伴有感染结石，宜手术治疗；而儿童型先天性巨输尿管症因病情进展快，并发症多应早期手术，本组采取了目前认为疗效较好的输尿管裁剪整形与抗逆流乳头的输尿管膀胱再植术，1 例术后 6 个月再次行患肾输尿管切除术；术后随访 3 月~3 年，行 WP、B

超复查两侧彩色多普勒检查，疗效满意，基本达到由 Mclanghlin 提出的疗效判断标准<sup>[7]</sup>。为了提高手术效果，需注意以下几点：①充分切除末段无张力输尿管约 2.0~3.0cm；②合理设计全长输尿管扩张段的裁剪；③游离输尿管时注意保护其外膜与供应血管，并在血管缘的对侧壁裁剪；④输尿管再植时采用粘膜下隧道形成抗返流；⑤修复输尿管时需注意保持管腔均匀、无张力、不扭曲；⑥肾重度积水，肾皮质 < 0.5cm，功能极差或合并脓肾时须果断地在对肾功能正常下行患肾输尿管全长切除，以免影响手术效果。

参考文献

- 1 江鱼主编. 输尿管外科. 北京: 人民卫生出版社, 1983: 36
- 2 富京山编著. 实用腹部超声诊断图谱. 北京医科大学. 中国协和医科大学联合出版社, 1997; 8: 63
- 3 吴阶平主编. 泌尿外科. 山东科学技术出版社, 1993: 159
- 4 葛宏友, 李慎勤主编. 泌尿外科疾病诊断和鉴别诊断. 人民卫生出版社, 1996: 135
- 5 陈春先, 林国泰. 先天性巨输尿管 19 例报告. 临床泌尿外科杂志, 1994; 9 (3): 150
- 5 龚仁杰, 韩明, 等. 输尿管裁剪整形再植术治疗先天性巨输尿管症. 临床泌尿外科杂志, 1994; 9 (4): 221
- 7 Mclanghlin III Ap, Pfister RC, Leadbetter WF, et al. the pathophysiology of primary Megaloureter J wrol, 1973; 109: 805

(收稿日期: 1998-12-14)

(上接 257 页)

术操作。在血压明显升高时，及时使用酚妥拉明、硝普钠控制血压。肿瘤切除后，如血压偏低应快速补充血容量，心要时静滴去甲肾上腺素<sup>[2]</sup>。超量输液对纠正低血压是相当有效的措施，同时应输血 400~600ml。手术操作应避免对肿瘤挤压和牵引，及早控制肿瘤血供，先对肿瘤周围血管结扎或缝扎，减少血管活动物质释放入血流，然后在肿瘤包膜外细心分离，如肿瘤与周围血管、脏器粘连严重时，采用囊内剝出术。

术后患者心血管调节功能有一逐渐恢复的过

程。心衰和低血压是最常见的死因。本组 1 例，因术后低血压而死亡。患者术后 72h 乃至更长时间内应连续监护，注意输液量和速度，监测血压、中心静脉压、尿量，血容量补足时，血压仍不稳定，应使用血管活性药物维持血压。

参考文献

- 1 吴阶平, 裘法祖. 黄家驷外科学. 北京: 人民卫生出版社, 1992: 1934
- 2 戴宇平, 郑克立, 董焱鑫. 嗜铬细胞瘤的手术治疗. 中华泌尿外科杂志, 1997; 18: 262

(收稿日期: 1998-11-14)