

房术后的形态。

本方法以解剖学研究为基础,并经临床实践证明:依靠乳房深部的血供及神经的支配,在保证乳头的血供及感觉的同时使乳房的外形更接近自然形态,所以本组 14 例无一例发生乳头、乳晕坏死及感觉异常,此种方法值得临床推广。

参考文献:

[1] 朱洪荫,张涤生主编.整形外科·手术失误及处理[M].昆明:云南

南科技出版社,2000.159.

[2] 栾杰.乳房深部动脉供应及乳房内部血管构筑的巨微解剖[J].中华整形烧伤外科杂志,1992,8(3):206.

[3] 栾杰,杨佩英,凌治淳,等.乳腺基底蒂乳房缩小整形术[J].中华整形烧伤外科杂志,1995,1(11):22.

[4] 魏奉才,公茂来主编.美容整形外科[M].北京:人民卫生出版社,2002.418.

收稿日期:2004-02-02 修回日期:2004-03-04

本文编辑:李昕

原发性盆腔腹膜后肿瘤的手术治疗*

田兆仑¹,何东生²,王明才²,申耀宗²,于世良³

(1.暨南大学医学院第六附属医院普外科,广东 江门 529000;2.徐州医学院附属医院普外科,江苏 徐州 221002;
3.徐州医学院第二附属医院普外科,江苏 徐州 221006)

摘要:目的 提高原发性盆腔腹膜后肿瘤(PPRT)的手术效果。方法 分析 1981~1999 年经手术治疗及病理证实的 58 例 PPRT 的治疗情况。经腹径路 24 例,经骶部径路 25 例,经腹、骶部或耻部、腹股沟部等联合径路手术 9 例。结果 完整切除 48 例,次全切除 3 例,未切除探查活检 7 例,完整切除率 82.76%,联合器官切除 3 例。手术后死亡 1 例。复发再手术 10 例,其中完整切除 8 例,探查活检 2 例。恶性肿瘤 2、5、10 年生存率分别为 50%、21.43%、14.29%。结论 合理选择手术径路、手术方法是肿瘤完整切除的关键。复发后早期再手术可提高生存率。

关键词:原发性盆腔腹膜后肿瘤;外科手术

中图分类号:R735.4 **文献标识码:**A **文章编号:**1000-2065(2004)02-0141-03

Operative treatment of primary pelvic retroperitoneal tumor (PPRT)

TIAN Zhao-lun, HE Dong-sheng, WANG Ming-cai, et al

(Department of Surgery, The Sixth Affiliated Hospital of Jinan University Medical College, Jiangmen, Guangdong 529000, China)

Abstract: Objective To improve the efficacy of operative treatment of PPRT. **Methods** 58 cases of PPRT confirmed by operation and pathology from 1981 to 1999 were reviewed. Abdominal approach was taken in 24 cases, sacral approach in 25 cases, combined abdominal/sacral/pubic/groin approaches in 9 cases. **Results** Complete resection of tumor was performed in 48 cases, subtotal resection in 3 cases, exploration and biopsy was performed in 7 cases. The rate of complete excision was 82.76%; the tumor with its implicated adjacent organs was completely removed in 3 cases. One patient died after surgery. Ten recurrent tumors were re-operated on, with 8 completely excised and 2 explored. The survival rate of the patients with malignant tumor was 50%, 21.43% and 14.29% for 2, 5 and 10 years, respectively. **Conclusion** Rational surgical approach and adequate procedures are the key to successful total removal of PPRT. Early re-operation can prolong the survival of recurrent patients.

Key words: primary pelvic retroperitoneal tumor (PPRT); surgical operation

原发性盆腔腹膜后肿瘤(primary pelvic retroperitoneal tumor, PPRT)临床上并不多见,占原发性腹膜后肿瘤(PRT)的 30%^[1]。1981~1999 年收治经手术和病理证实的 PRT 146 例,其中 PPRT 58 例,占 39.73%。本文就其手术径路与手术方法、复发再手

术等问题进行讨论。

1 资料和方法

1.1 一般资料 本组 58 例中,男 27 例,女 31 例,其中恶性肿瘤 19 例,良性肿瘤 39 例。年龄最小 15

天,最大76岁,平均22.89岁。病程5天至21年,平均1.8年。肿瘤长径4~30 cm,平均11.62 cm。

1.2 临床表现 腹部肿块17例,直肠压迫症状15例,腹痛或不适8例,腰骶部痛7例,泌尿系压迫症状13例,食欲减退3例,发热4例,消瘦3例,骶部肿块32例,腹胀4例,下肢水肿及下肢放射痛各1例,大、小便失禁1例。体检时腹部触及肿块16例,骶部及肛诊触及肿块23例,肛诊未及肿块8例,直肠狭窄4例,腹水3例。

1.3 诊断 本组入院初步定位诊断45例,占77.59%,肿瘤位于盆腔正中位47例,侧位11例。B超检查33例,阳性30例,占91%。CT检查16例,均作出定位诊断。MRI检查3例,均显示肿瘤大小及其与邻近器官或组织的关系。腹部平片18例,其中15例提示诊断。钡灌肠检查4例,其中2例提示直肠受压。膀胱造影2例,静脉肾盂造影2例,均提示泌尿系受压情况。乙状结肠镜检查3例,其中2例提示直肠受压并狭窄。肿瘤穿刺细胞学检查11例,作出病理诊断9例,占82%。

1.4 病理诊断 本组58例均经手术及病理证实诊断。良性肿瘤39例,其中:畸胎瘤24例,表皮样囊肿4例,神经鞘瘤、神经纤维瘤、淋巴管瘤、平滑肌瘤各2例;单纯囊肿、错构瘤、皮样囊肿各1例。恶性肿瘤19例,其中:恶性畸胎瘤7例,平滑肌肉瘤、脂肪肉瘤、恶性脊索瘤各2例;恶性间皮瘤、恶性血管外皮细胞瘤、恶性纤维组织细胞瘤、神经母细胞瘤、横纹肌肉瘤、不能分类的恶性肿瘤各1例。

1.5 手术径路 本组经腹部径路手术24例,经骶部径路25例,经腹、骶部或耻部、腹股沟部等联合入路9例。

2 结果

2.1 治疗方式 完整切除48例,其中良性肿瘤34例,恶性肿瘤14例,完整切除率82.76%;次全切除3例,其中良性肿瘤2例;未切除探查活检7例,其中恶性4例。未切除加内引流术4例,其中良性3例;恶性肿瘤联合器官切除3例。术后放疗2例,化疗4例。

2.2 并发症 术中大出血10例,其中骶前及盆壁大出血8例,肿瘤床及残面大出血2例。出血量600~3000 ml,平均出血量1000 ml。其中出血1000 ml以下6例,1000~3000 ml 4例,伴轻度出血性休克4例。手术中输血量400~2700 ml,平均输血量1050 ml。左下肢轻度软瘫1例,切口感染7例,填塞后骶

前脓肿1例,术后死亡1例。

2.3 复发后再手术 术后复发再手术10例,共22例次,其中恶性6例,良性4例。复发2次8例(其中良性4例),3次复发再手术2例(均为恶性)。复发再手术完整切除8例,探查内引流2例。

2.4 治疗结果 本组恶性肿瘤的19例随访1~18年,截止1999年底止仍有10例存活,1例术后10天死亡。恶性肿瘤中,2、5、10年生存率分别为42.11%、15.79%、10.53%,中位生存时间为21个月。恶性肿瘤完整切除14例中,2、5、10年生存率分别为50.00%、21.43%、14.29%;次全切除3例中,1例术后2年因剧痛自杀身亡;探查活检4例中,仅1例生存2年。良性肿瘤39例中,1例术后当日死亡;良性肿瘤完整切除34例中,31例无复发,3例复发再手术;次全切除2例中,1例治愈,另1例复发再手术,术后治愈;未切除加内引流2例,术后存活各为4年。

3 讨论

原发性盆腔腹膜后肿瘤由于盆腔结构的解剖特点,肿瘤较小时症状不明显,较大时对周围器官产生压迫,PPRT以手术治疗为主,盆腔狭小使得手术时显露、止血、切除等有一定困难。因此,手术的入路、切口的选择、恰当的止血都关系到手术的成败^[2]。

3.1 手术径路 手术切口及路径选择以良好的术野显露及相对从容的操作空间为基本原则^[3]。手术径路的选择应根据肿瘤的位置及大小来定。

3.1.1 经骶部径路 肿瘤位于骶尾部前方,直肠指诊易于触及,肿块直径小于8 cm时,特别是良性肿瘤,取俯卧屈髋位,肛门后方“V”形或“Y”与“T”形切口,切除尾骨,如尾骨已被肿瘤包裹,应在4、5骶椎处切断,但必须结扎骶中动静脉。为防止损伤直肠,应于术中手指插入直肠内引导,万一损伤及时修补,严重时需作肠外置术。

3.1.2 经腹径路 下腹部触及肿块,直肠扪不到肿块时,可取仰卧位下腹部纵切口。

3.1.3 经腹、骶部径路 下腹部及直肠指诊均触及肿块,取超高截石位或取仰卧位。宜先开腹分离肿块上部,尽量下达至尾骨尖平面,关腹改换体位行骶尾部切口,游离肿块下部,切除肿瘤。本组6例采用腹、骶部径路切除。

3.1.4 经腹骶部或耻部、腹股沟部等多径路切口 适用于盆腔腹膜后巨大的或复发性的恶性肿瘤。肿瘤往往穿过坐骨大孔、闭孔,坐骨直肠窝或腹腔沟切

带等处外生突出,呈哑铃状。本组 3 例采用联合径路切除。

3.2 手术方法 PPRT 手术基本原则:即由易到难,由外到内,先包膜外切除,后包膜内切除,最后处理肿瘤与主要动脉、静脉或器官的关系。①开窗放液切除:本组 2 例囊实性良性肿瘤采用开窗放液缩小肿瘤后完整切除。②包膜内切除:本组 1 例神经纤维瘤,肿瘤巨大,辨不清周边关系,包膜内切除。③分段切除:对哑铃状肿瘤行分段切除,可扩大视野,减少出血和误伤。④先栓塞或术中结扎双侧髂内动脉后切除:本组 1 例恶性纤维组织细胞瘤患者,术前采用 MMC+超液态碘油+明胶海绵栓塞双侧髂内动脉后完整切除;本组中另有 4 例肿瘤巨大或肿瘤侵犯髂血管,术中结扎双侧髂内动脉后肿瘤完整切除。⑤联合器官切除:本组 3 例肿瘤侵犯子宫附件或乙状结肠,一并联合切除。⑥次全切除:对侵犯大血管的良性肿瘤,本组 3 例不强求完整切除,残留包膜电烙、碘酒涂擦等处理后治愈。⑦姑息切除:对无法完整切除的肿瘤,且有直肠、尿道受压症状者作姑息减压切除。对侵犯大血管的恶性肿瘤,无条件血管移植时作姑息切除。⑧分期切除:本组 1 例囊性畸胎瘤有严重的继发感染,先作外引流术,二期完整切除。对无法切除的恶性肿瘤,术中标记银夹,术后

放疗、化疗后二期切除。⑨放弃切除:本组 4 例,肿瘤无法切除,直肠受压梗阻,作乙状结肠造瘘。

3.3 复发后再手术 治疗失败的主要原因是肿瘤局部复发。完全切除术后肿瘤的局部复发率可高达 40%~82%^[4]。复发后只要条件许可,力争早期再手术,完整切除后术后 5 年生存率仍可达 37.5%^[4]。本组复发后再手术 10 例,完整切除 8 例,探查活检内引流 2 例;其中恶性肿瘤 6 例生存 1~10 年,平均 4 年。本组 1 例恶性脊索瘤患者局部复发 3 次均完整切除,术后存活 10 年。

总之,合理选择手术径路、手术方法是 PPRT 完整切除的关键,复发后早期再切除可提高生存率。选择确当的止血方法,可降低手术死亡率,提高切除率。

参考文献:

- [1] 陈守经主编. 普外医师临床指导[M]. 上海:上海科学技术文献出版社, 1995. 220—222.
- [2] 张同琳, 张自顺. 原发性盆腔腹膜后肿瘤的诊断和治疗(附 12 例报告)[J]. 中级医刊, 1993, 28(9): 25—27.
- [3] 刘 鹰, 朱立元, 吴坤胜, 等. 腹膜后肿瘤 28 例临床诊治分析[J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22(12): 732—733.
- [4] 王亚农, 刘守业, 朱祺慰, 等. 腹膜后软组织肉瘤 110 例治疗分析[J]. 中华外科杂志, 1993, 31(11): 666—667.

收稿日期: 2003—10—09 修回日期: 2004—03—03

本文编辑:程春开

经颅入路颅眶沟通肿瘤切除临床报告*

吴 勇, 周炳华, 李 勇, 欧阳林晖

(徐州市第一人民医院神经外科, 江苏 徐州 221002)

摘要:目的 探讨经颅入路切除颅眶沟通肿瘤的途径和疗效。方法 回顾性分析经颅入路颅眶沟通肿瘤手术切除治疗 34 例资料, 并对手术适应范围进行探讨。结果 19 例眶源性肿瘤, 其中 17 例患者手术全切后痊愈, 2 例次全切以保留视力。15 例颅源性肿瘤, 其中 7 例良性肿瘤全切, 术后未复发; 5 例视神经胶质瘤行球后至视交叉前切除, 1 例颅内复发行放疗; 3 例视神经胶质瘤姑息处理, 术后放疗效果差。结论 颅眶沟通肿瘤经颅入路切除可增加治愈率, 减少术后复发, 早期手术可增加肿瘤全切率。

关键词:经颅入路; 颅眶沟通肿瘤; 视神经肿瘤

中图分类号: R739.41; R739.7⁺2

文献标识码: B

文章编号: 1000—2065(2004)02—0143—02

颅眶沟通肿瘤中, 以视神经胶质瘤和脑膜瘤多见, 其他如视神经鞘瘤、泪腺混合瘤、囊肿和炎性假瘤等较少。本组选取近年我科收治的经颅入路手术切除的颅眶沟通肿瘤共 34 例, 其中视神经肿瘤 12

例, 脑膜瘤 3 例, 其他肿瘤 19 例, 共占同期眶部肿瘤和颅眶部肿瘤总数 173 例的 20% 左右。现将本组病例资料与结果报告如下。

* 作者简介: 吴 勇(1965—), 男, 江苏沛县人, 主治医师, 学士。