

并发症。可能与脾梗死后引起胸膜反应、疼痛限制呼吸运动和支气管引流不畅有关。故在行 PSE 的时应尽量避开上极动脉,术后应有效控制疼痛,保持支气管引流畅通。

脾脓肿是 PSE 后最为严重的并发症,为导管和栓塞材料消毒不严格及 PSE 后其血流减慢肠道厌氧菌逆行性感染所致。我们的预防经验是除术前应用抗生素外,术中严格无菌操作,尽量实施超选,术后加大抗炎力度。

#### 4. 对于肝癌伴脾功能亢进的处理

肝癌伴脾功能亢进且术前白细胞、血小板均很低者,如在行肝 TAI 加 TAE 的同时,再行 PSE 术,势必会导致脾亢的进一步加重,也可能会增加上消化道出血的概率。因此,对于这种病例先用超液化碘化油行肝 TAE,用丝线微粒、明胶海绵颗粒行 PSE。待脾功能亢进得到纠正后再按常规行肝 TAI 加 TAE,效果会更好。

另外,为了取得 PSE 的最佳疗效,除了合理掌握栓塞面积和正确选用栓塞材料外,笔者认为,对于那些肝硬化程度较重且伴严重肝功能不全者,有关生化指标术前应经临床调整到相对安全范围内,方可实施 PSE。

总之,应用丝线、明胶海绵与对比剂混合物作为栓塞材料治疗脾功能亢进,经济实用,疗效显著,值得推广应用,但其长期效果有待于进一步追踪观察。

#### 参考文献:

- [1] 陈星荣,林贵,夏宝枢,等. 介入放射学[M]. 上海:上海医科大学出版社,1989. 52-56.
- [2] 单鸿,罗鹏飞,李彦豪. 临床介入诊疗学[M]. 广州:广东科技出版社,1997. 213-218.
- [3] 李麟荪,李彦豪,张金山,等. 临床介入治疗学[M]. 江苏:科学技术出版社,1994. 345.
- [4] 杨熙章,吴纪瑞,杨永岩,等. 部分脾栓塞术的临床应用[J]. 介入放射学杂志,2001,4(1):90.
- [5] 张金山,张雪哲,欧阳塘,等. 现代腹部介入放射学[M]. 北京:科学出版社,2000. 232.
- [6] 梅崔林,李彦豪,陈勇,等. 部分脾栓塞术的质量控制[J]. 中华放射学杂志,1998,32(11):776-779.
- [7] 吴驰,王建华,颜志平,等. 脾动脉栓塞术治疗肝癌合并脾亢的应用观察[J]. 介入放射学杂志,1994,(1):48-49.
- [8] 李麟荪,李彦豪,张金山,等. 临床介入放射学[M]. 江苏:科学技术出版社,1990. 18.
- [9] 陈根生,孙慧玲,金春贤,等. 丝线加明胶海绵脾栓塞治疗脾功能亢进[J]. 介入放射学杂志,2000,2(1):16-17.

(收稿日期:2004-01-06 修回日期:2004-02-19)

## • 病例报道 •

# 十二指肠平滑肌肉瘤一例

查广盛

【中图分类号】R814.42; R735.31 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2004)11-0846-01

**病例资料** 患者,男,57岁,右上腹疼痛伴黑便3d。体检:右上腹部可扪及约15 cm×15 cm 大小包块,质中等,表面光滑,活动性差,有压痛。B超:右上腹部巨大实质性占位,内部回声不均。

**CT表现:**平扫示肝右叶下缘内侧胰腺外侧一不规则软组织肿块,大小约12 cm×15 cm,肿块与十二指肠相通,内有对比剂充盈,邻近肝脏、胃及胰腺受推移(图1)。

**手术及病理:**术中见右上腹肝下十二指肠前包块,约15 cm×15 cm×16 cm 大小,包块侵犯结肠肝曲、胆囊及肝胃韧带,基底部宽,壁厚约3 cm,表面有出血、坏死组织,且与十二指肠相通。病理诊断:十二指肠平滑肌肉瘤。

**讨论** 十二指肠平滑肌肉瘤较少见,

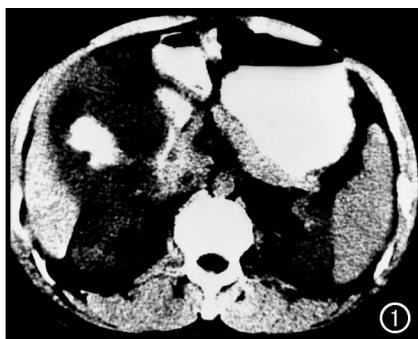


图1 肝右叶下缘内侧胰腺外侧有一不规则软组织肿块与十二指肠相通。

占十二指肠恶性肿瘤的10%~33%,70%~80%的十二指肠平滑肌肉瘤发生于40岁以上,男女发病率几乎相等,一半

以上起源于十二指肠的降部,其次依次为水平部、上部、升部,63%~70%为外生性,19%~23%向腔内生长,6%~14%为腔内、外生长。十二指肠平滑肌肉瘤的特点是瘤体巨大,其直径常超过15 cm,由于瘤体较大,生长较快,中心易于发生坏死。临床表现为腹痛、腹部肿块和出血,亦可有肠套叠、肠梗阻或肠穿孔。一般以为此肿瘤有腹部包块、黑便、腹痛三大特征。CT表现:①腹腔内巨大的软组织肿块,呈类圆形或不规则形,与十二指肠关系密切,但常向肠腔外生长;②肿块中心坏死液化,呈低密度,当穿孔与肠道相通时,其内有对比剂及气体充盈;③肿块境界不清,可侵犯周围组织。鉴别诊断:十二指肠淋巴瘤或癌的瘤体一般较小,与十二指肠相通少见。