

目前采用的介入方法主要有血管球囊扩张成形术(PTA)、血管内支架置入术、肝静脉开通术、经颈静脉肝内门腔静脉分流术等,其中PTA被公认为是治疗BCS的首选方法<sup>[5,6]</sup>。但有些学者认为PTA术后发生再狭窄的几率较高,认为PTA疗效不佳与选用的球囊直径偏小有关<sup>[7]</sup>。另外,下腔静脉的隔膜厚度不同,膜较薄时球囊扩张可以将膜完全打开,而膜较厚时球囊扩张较费力,而且需要先用小球囊扩张后再换成大球囊多扩几次,即使如此,有时仍然不能将其完全打开,所以膜厚的BCS出现再狭窄率较高。该术对肝大、腹水等临床症状改善较快,并发症少。与手术方法相比,操作简单、安全系数高且费用相对较低廉,患者容易接受,对下腔静脉膜型BCS是一种较好的治疗方法。

参 考 文 献

[1] 许培钦,叶学样,张水军,等. 布一加综合征的外科治疗 - 附 502

例手术经验总结[J]. 普外临床, 1999, 12(2): 87-90.  
[2] 黄大健. 介入治疗在食管、胆管、气管等空腔脏器狭窄阻塞的应用[J]. 广西医学, 2000, 22(1): 93-95.  
[3] 祖茂衡,徐浩,顾玉明,等. 不同类型 Budd-Chairi 综合征的介入治疗(附 200 例分析)[J]. 介入放射学杂志, 1998, 32(20): 118-121.  
[4] 冯留顺,唐哲,陈孝平,等. Budd-Chairi 综合征的介入治疗: 附 355 例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2005, 14(2): 134-137.  
[5] 李彦豪. 关于 Budd-Chairi 综合征介入诊断治疗的再认识[J]. 中华放射学杂志, 1999, 33(5): 348-349.  
[6] 徐克. Budd-Chairi 症候群 PTA[J]. 日本医放会志, 1990, 50: 1547.  
[7] 周胜利,李树芸,张旭,等. 球囊成形术治疗布加氏综合征的疗效观察[J]. 介入放射学杂志, 2003, 12(2): 137-138.

(收稿日期:2009-03-01 修回日期:2009-04-23)

## 后腹膜血管瘤 1 例 CT 表现

章关道

(广西来宾市人民医院放射科, 来宾市 546100)

【关键词】 血管瘤;后腹膜;体层摄影术,X 线计算机

【中图分类号】 R 732.2 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2009)03-0307-02

原发性腹膜后肿瘤十分少见,但是种类繁多,发生于腹膜后腔,不包括腹膜后腔脏器本身的肿瘤。肿瘤可来源于其中的脂肪、结缔组织、筋膜、肌肉、血管、神经、淋巴管或胚胎残留组织等。腹膜后肿瘤以恶性多见,约占 80%。CT 表现缺乏一定特征,鉴别诊断有一定的困难,需要结合肿瘤的好发部位、密度、增强表现及有无钙化等特征以及临床表现综合考虑,方能提示或作出较明确的诊断<sup>[1]</sup>。作者碰到 1 例腹膜后血管瘤,因血管内有大量的血栓形成,增强扫描未见明显强化而误诊,现报告如下。

### 1 病历简介

患者男性,50 岁,右下腹部疼痛 6 d,并触及一拳头大的肿物,无发热,无恶心、呕吐、腹泻、腹胀等消化道症状,无尿频、尿急、尿痛、血尿。体检:右下腹可触及一约 6 cm × 6 cm 的肿块,质软,压痛明显,活动度差。颈部、锁骨上下区及腋下和腹股沟等处浅表淋巴结无肿大,肝脾未触及,心肺无异常表现。实验

室检查:血、尿、粪常规及血生化、肝、肾功能、肿瘤指标(甲胎蛋白、癌胚抗原)均未见异常。影像学检查:CT 示右后腹膜腔肾前间隙胰头下方见一类圆形的软组织肿块影,大小约 9 cm × 10 cm × 6 cm,边缘尚清晰,十二指肠水平段及下腔静脉受压下移;肿块密度不均,高密度呈带状及片状,CT 值约 60 Hu。其间见少许脂肪密度,CT 值约 -40 Hu(图 1);增强扫描,动脉期(图 2)及门脉期(图 3)均未见明显强化。后腹膜主动脉旁未见肿大的淋巴结影,腹膜腔未见积液;肝胆胰腺脾未见明显异常改变。影像学诊断:后腹膜占位,倾向于恶性病变,首先考虑脂肪肉瘤。手术所见:肿块位于横结肠系膜处腹膜后,约 10 cm × 8 cm × 6 cm,表面呈结节样,与大网膜及结肠系膜粘连,基底呈结节状,光滑,压迫十二指肠及腔静脉、右肾静脉。切开肿块,其内见较多的血管,血管内见较多条状的血栓,血管间隙见呈黄色的脂肪。术后诊断:腹膜后肿瘤。病理所见:12 cm × 10 cm × 5.9 cm 肿物,有包膜,切面淡黄,暗红色,见较多血管,如海绵状。见图 4,病理诊断:后腹膜蔓状血管瘤。

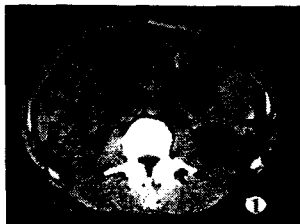


图 1 后腹膜 12 cm × 10 cm × 5.9 cm 软组织肿物块影,其内少许脂肪及密度



图 2 增强扫描动脉期



图 3 增强扫描门脉期;后腹膜肿块均未见明显强化



图 4 蔓状血管瘤

## 2 讨论

本病较多见于四肢,发生在头颈部者多见于枕部及颈部,少见於眼睑及口唇,外观由口径较大、壁厚、扭曲的血管构成,因其较为特征的蔓藤状或蚯蚓状突起,故称为蔓状血管瘤。其内血管可为静脉亦可为动脉,壁厚薄不均,血管常与较大的动脉相连,因此多有动静脉瘘存在<sup>[2]</sup>。腹膜后血管组织来源肿瘤包括血管瘤、血管内皮瘤、血管外皮瘤,均较为罕见,CT增强扫描强化明显。

2.1 鉴别诊断 (1)脂肪瘤:为均匀的脂肪密度,CT值-100 Hu 以下,包膜完整,内有细带状的分隔。(2)脂肪肉瘤:瘤体较大,10 cm 以上,肿瘤多分叶,边缘不清楚,常沿筋膜和组织器官间隙生长。①分化良好的脂肪肉瘤表现为以脂肪密度为主的不均质肿块影,其中亦含有条状、网状、不规则的斑块状或结节状高密度的软组织影。②黏液型的脂肪肉瘤:密度均匀,CT值为-20~20 Hu,接近水样密度,肿瘤内可有软组织密度区,为实性成分。③混合型脂肪肉瘤:病理上以纤维成分为主的实体成分,夹杂着散在的脂肪灶,CT上呈均匀的实性肿块,内常有坏死灶,大多亦可测到脂肪密度的CT值。(3)畸

胎瘤:分囊性畸胎瘤和实性畸胎瘤两种。囊性畸胎瘤多为低密度的肿块影,常为水密度及脂肪密度,可见脂-液平面;实性畸胎瘤表现为软组织肿块,可有脂肪和钙化、骨骼、牙齿<sup>[3]</sup>。

2.2 误诊原因 ①本病比较少见,国内文献报道较少。②对本病的认识不足,从病理标本来看,肿块内有较多的血管,呈蔓状,血管之间有脂肪组织,血管内有较多的血栓形成,以致增强扫描未见明显的强化;诊断中发现肿块内有脂肪组织而肿块较大,容易往脂肪肉瘤考虑。为了在以后的工作中提高对此病的诊断准确性,应该掌握该病的病理特点。表现不典型时,须依靠病理检查诊断。

### 参 考 文 献

- [1] 周康荣. 腹部 CT[M]. 上海:上海医科大学出版社,1993. 261-264.
- [2] 杨复之. 外科病理学[M]. 第2版. 广州:中山大学出版社,1999. 283.
- [3] 卢光明,陈君坤. CT 诊断与鉴别诊断[M]. 南京:东南大学出版社,1999. 427.

(收稿日期:2009-03-04 修回日期:2009-04-25)

· 微创护理 ·

## 内镜黏膜切除术治疗黏膜下肿物的配合与护理<sup>▲</sup>

李晓敏 覃山羽\* 谭至柔 覃晓芬 张劲松 韦宗萍  
(广西医科大学第一附属医院消化内科,南宁市 530021)

【关键词】 黏膜下肿物;内镜;切除术;护理

【中图分类号】 R 443.7 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2009)03-0308-03

内镜下黏膜切除术(endoscopic mucosal resection,EMR)主要用于消化道平坦型和隆起型早期肿瘤的治疗,是近年来发展的一项新技术。其治疗原理为利用高频电刀在内镜直视下将消化道局部黏膜完整连续的切除,由于消化道壁分层结构的特点,在病变局限於黏膜层时可将该处黏膜完整剥离切除,达到和开放外科手术完全切除的效果<sup>[1]</sup>。具有操作简单、并发症少、安全性高、创伤小、患者痛苦少等优点<sup>[2]</sup>。我院进行了该手术切除19例,现将护理情况报告如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组共19例患者,其中男9例,女10例,年龄30~65岁,平均为43.78岁。食管黏膜下肿物9例,胃黏膜下肿物9例,十二指肠上角黏膜下肿物1例。最大肿物直径约20 mm,最小肿物直径约6 mm。肿物表面光滑16例,肿物表面糜烂3例。均经超声胃镜诊断为病变起源于黏膜层、黏膜肌层或黏膜下层。所有病例的PT、ECG均正常。

1.2 操作过程及配合方法 协助病人左侧曲膝卧位,嘱病人咬紧口垫,内镜医师进镜至肿物处,观察肿物的形态、大小后,护士将抽吸好的液体垫(生理盐水10 mL+1%亚甲蓝注射液0.3 mL)的注射器连接在注射针上,排出注射针管内的空气,将注射针送入活检孔道。选择注射点,以肿物基底部近端、远端或两侧为注射点,一般以近端或两侧注射点常用。因食管壁和十二指肠壁较薄,食管和十二指肠的黏膜下肿物注射时先出针再注射;如胃壁较厚,胃黏膜下肿物注射时用注射针头端顶住肿物基底部快速出针注射<sup>[3]</sup>。注射后见肿物被抬举,基底部可见淡蓝色。注射液体垫的目的是使肿物抬离黏膜下层或固有肌层,起到将肿物与正常组织分离和压迫止血的作用,减少出血及穿孔的发生<sup>[4]</sup>。亚甲蓝本身系氧化剂,因其为深蓝色可以让我们观察到切除后伤口的颜色来判断肿物切除的深浅度是否合适,如伤口见为蓝色,切除深浅合适;伤口不见为蓝色,说明切除过深,容易发生穿孔。注射液体垫的量是根据肿物大小来决定,一般为1~5 mL,量少肿物无法抬举,过量肿物基底部明显肿胀,肿物变扁平造成肿物与正常黏膜分界不清,不利于观察和圈套切除。还有,进针深度要控制在黏膜层或黏膜下层,如进针过深到达肌层,及时加大注射量也不

▲基金项目:广西卫生厅重点科研资助项目(合同号:重200830)

\*通讯作者