

A: HE; B: NSE; C: Syn; D: Vimentin.

图 2 腹膜后肿瘤组织 HE 及免疫组织化学染色结果

2 讨论

非嗜铬性副节瘤可发生在任何有副神经节组织的部位,常见于头颈部。颈动脉体瘤、颈静脉球体瘤及迷走神经副神经节瘤占 98%。较少发生在腹膜后、喉、鼻腔、眼眶、主动脉^[3]。副节瘤的良恶性一般以有无局部侵袭、组织学恶性表现、复发和转移等特征来确定。恶性副节瘤多表现为对周围正常组织器官的侵犯和术后复发,极少发生远处转移。腹膜后副节瘤临床表现为腹部包块,包块可有切迹、分叶、结节或不规则边缘。瘤组织可伴有出血、坏死、囊性变,术前诊断十分困难。超声、CT、MRI、尿儿茶酚胺、VMA 测定及 131-间碘苄胍(131-MIBG)和血管造影有助于诊断,最后确诊有赖于病理诊断^[4]。神经内分泌标志物的检测有助于病理诊断。

本例患者发生在腹膜后的副节瘤,其病变体积大,侵犯范围广泛,累及下腔静脉、胰腺,并向左延伸至腹腔干,难以分离,局部呈典型的恶性肿瘤表现,结合活检病理报告诊断恶性腹膜后副节瘤明确。文献报道恶性非嗜铬性副节瘤多表现为局部浸润生长,侵犯周围组织器官,极少发生远处转移。国内文献报道仅见胸椎转移 1 例,尚未见肺转移病例报道^[5]。该例患者不仅出现左肺转移,转移病灶与腹膜后原发灶具有相同的影像学特征。而且其转移部位位于左肺门位置,不同于其他肺转移

恶性肿瘤常见于肺叶外带。该现象是否与肺门存在副神经节有关,有待于进一步地研究。

参考文献:

- [1] Renard J, Clerici T, Licker M, et al. Pheochromocytoma and abdominal paraganglioma[J]. J Visc Surg, 2011, 148(6): e409-416.
- [2] Harari A, Inabnet WB 3rd. Malignant pheochromocytoma: a review[J]. Am J Surg, 2011, 201(5): 700-708.
- [3] Papaspyrou K, Mewes T, Rossmann H, et al. Head and neck paragangliomas: report of 175 patients (1989-2010) [J]. Head Neck, 2012, 34(5): 632-637.
- [4] Wen J, Li HZ, Ji ZG, et al. A decade of clinical experience with extra-adrenal paragangliomas of retroperitoneum: report of 67 cases and a literature review [J]. Urol Ann, 2010, 2(1): 12-16.
- [5] 姚建华, 时述山, 胥少汀, 等. 后纵隔恶性副节瘤胸椎转移致瘫一例[J]. 中华肿瘤杂志, 2000, 22(6): 456.

(收稿日期: 2013-01-08 修回日期: 2013-03-21)

瓣膜置换术后急性血栓致上腔静脉综合征 1 例报道

余 惠, 范景秀[△]

(四川大学华西医院心血管外科, 成都 610041)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.20.056

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2013)20-2439-02

上腔静脉综合征(superior vena cava syndrome, SVCS)是由于上腔静脉回流受阻而引起的一系列典型症状^[1]。病因主要包括肿瘤因素(占 80%~98%),以及非肿瘤因素(感染为主,少数为医源性因素,如植入物、止血药物使用不当等)^[2-3]。本文现报道 1 例罕见的心脏瓣膜术后急性血栓所致上腔静脉综合征及相应处理,现报道如下。

1 临床资料

患者,女,60 岁,因“风湿性心脏病,二尖瓣重度狭窄,三尖瓣轻度反流”,诊断明确后于 2011 年 11 月 7 日在全麻下体外循环下行“二尖瓣置换 三尖瓣成形”术,手术顺利。术后回心外监护室,即刻测得患者中心静脉压高,22~25 mm Hg,血压低,60~80 mm Hg,血管活性药物用量大,肾上腺素 0.5 $\mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$,快速补充容量可提升血压,但血压升高后不能维持。术后 12 h 床旁经胸心脏超声图像质量差,仅见心脏收

缩好,无心包积液。于床旁安置脉搏指示持续心输出量监测仪(PICCO)显示:心功能差,前负荷低。术后 48 h,患者头面部肿胀,球结膜水肿明显,血压低,中心静脉压高。行食道超声发现:上腔静脉近心段至右房内均可见附壁血栓形成(图 1),上腔静脉开口处内径偏小,血流速度约 6 mm, $V_{\text{max}}=1.8 \text{ m/s}$,右锁骨下静脉内导管壁上可见附壁血栓形成(图 2),左心耳可见附壁血栓形成,余左锁骨下静脉及下腔静脉未见明显异常。立即再次手术,术中见:上腔静脉内新鲜条索状血栓形成,包绕中心静脉导管;右房内血凝块形成,与上腔静脉口及其内血凝块连续。取出血栓,患者中心静脉压(CVP)由术前的 26 mm Hg 迅速降至 18 mm Hg,血压上升,逐步停用血管活性药物。二次术后患者出现意识障碍及肾功能不全,予对症支持治疗后恢复,顺利转出监护室,复查心脏超声无明显异常。术后 3 个月随访,患者心功能恢复好,无其他器官功能异常。

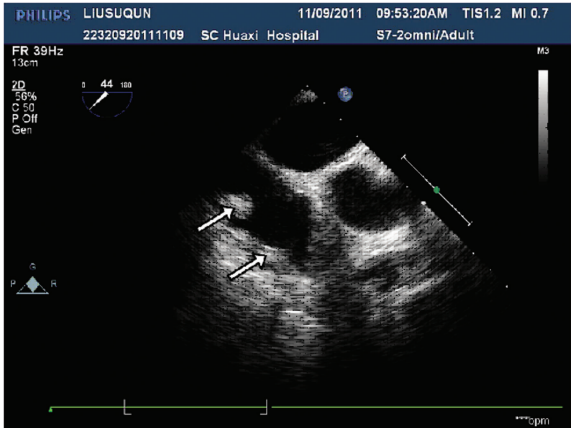


图 1 右房内附壁血栓

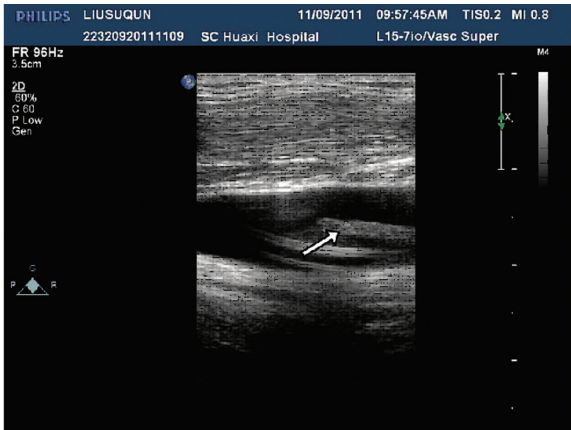


图 2 右锁骨下静脉内导管壁上附壁血栓

2 讨 论

SVCS 的发生原因很多,其中之一即是由于血管内皮受到静脉插管刺激和药物刺激受损,诱发血栓形成而致梗阻。1946 年,Virchow 提出了深静脉血栓形成的三大因素:血液改变、血管受损和血液淤滞。心脏术前留置中心静脉导管,术中体外循环行上腔静脉插管,术后使用止血药物等因素都可能诱发血栓形成。有资料提示,中心静脉置管后 24 h 内可形成纤维鞘,而后可能进一步发展形成血栓,但一般多发生于置管后 8~30 d^[4]。该例患者发生在瓣膜置换术后早期,极为罕见,至今国内未见报道。

SVCS 的表现较典型,结合临床症状及影像学资料即可诊

断。该例患者术后 CVP 高,头面部肿胀,球结膜水肿,循环功能不稳定等均符合该病的临床表现,但同时心脏术后患者普遍的心脏功能下降,循环容量不足等问题也掩盖了该病变。经胸超声是确诊该病变的方法之一,且有助于明确 SVCS 的阻塞部位和程度^[5],但心脏术后患者早期普遍图像质量差,增加了诊断的难度,必要时可行经食道超声检查。经静脉血管造影(DSA)检查可以明确诊断^[6],但由于费用高,创伤较大,临床应用存在一定的局限性,不作为首选。

该病的治疗有溶栓治疗及手术取栓两种,手术取栓也可采取外科直视下手术或介入治疗等^[7-8]。该患者病变范围广,程度重,已严重影响血流动力学,且手术创面大,不具备溶栓的条件和时机。确诊病变后第一时间行手术取栓,疗效好,患者循环功能迅速恢复,为后续的恢复治疗赢得了时间,最终患者恢复佳,顺利康复出院。

参考文献:

[1] Dempke W, Behrmann C, Schober C, et al. Diagnostic and therapeutic management of the superior vena cava syndrome[J]. Med Klin, 1999, 94(12): 681-684.

[2] 宫亮, 阮志华, 杨和平. 上腔静脉综合征: 病因和治疗分析[J]. 中国新医药, 2003, 2(11): 19-20.

[3] 鞠进, 王连华. 上腔静脉综合征的诊治现状[J]. 中国新医药, 1998, 6(3): 29-30.

[4] Chan A, Lannucci A, Dager WE, et al. Systematic anticoagulant prophylaxis for central catheter-associated venous thrombosis in cancer patients [J]. Ann Pharmacotherapy, 2007, 41(4): 635-641.

[5] 段云友, 吕发勤, 曹铁生, 等. 上腔静脉综合征的超声诊断[J]. 中华超声影像学杂志, 2001, 10(11): 671-674.

[6] 陈天武, 谢晓东, 邓开鸿. 上腔静脉综合征 CT 诊断[J]. 华西医学, 2005, 20(1): 184-185.

[7] 刘振邦, 董兵, 陈东红, 等. 上腔静脉综合征的诊断与外科治疗(附 27 例报告) [J]. 临床外科杂志, 2005, 13(4): 26-28.

[8] Guan YS, Wang XZ, Huang ML, et al. Superior vena cava syndrome: a therapy by intra-vascular stenting[J]. The Chinese-German Journal of Clinical Oncology, 2003, 2(1): 42-44.

(收稿日期: 2013-01-01 修回日期: 2013-03-21)

(上接第 2434 页)

如何形成一套科学、合理、规范的教学质量评估体系; 如何提高教师素质等方面, 还需要广大医学教育工作者不懈地研究和探索。

参考文献:

[1] Distlehorst LH, Dawson E, Robbs RS, et al. Problem-based learning outcomes: the glass half-full[J]. Acad Med, 2005, 80(3): 294-299.

[2] 刘利平, 方定志. PBL 教学方法的调查和探索[J]. 医学教育探索, 2006, 5(1): 95-96.

[3] 于波, 王雅洁, 李阳, 等. PBL 教学法在我国医学教育应用中存在的问题[J]. 医学教育探索, 2009, 8(1): 61-63.

[4] Price A, Price B. Problem-based learning in clinical prac-

tice facilitating critical thinking[J]. J Nurses Staff Dev, 2000, 16(6): 257-264.

[5] 张闻熙, 陈锋. PBL 在医学教育中的应用[J]. 西南军医, 2008, 10(5): 144-145.

[6] Hartling L, Spooner C, Tjosvold L, et al. Problem-based learning in pre-clinical medical education: 22 years of outcome research[J]. Med Teach, 2010, 32(1): 28-35.

[7] 于述伟, 王玉孝. LBL、PBL、TBL 教学法在医学教学中的综合应用[J]. 中国高等医学教育, 2011, (5): 100-102.

[8] 张丽, 单鸣秋, 包贝华, 等. 基于 PBL 与 LBL 相结合的教学法在中药分析课程中的教学实践与探索[J]. 安徽医药, 2010, 14(7): 867-868.

(收稿日期: 2013-01-18 修回日期: 2013-03-22)