

(632.25 ± 287.41) ml, 均明显少于对照组 ($P < 0.05$)。本组结果还显示, 观察组术后总并发症发生率为 11.11%, 明显低于对照组的 35.56%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明 B-Lynch 缝合术相较于传统的治疗方法, 能在一定程度上降低并发症的发生率, 获得更佳的治疗效果。

综上所述, 使用 B-Lynch 缝合术对宫缩乏力导致产后出血患者进行治疗, 能收到快速止血的效果, 降低并发症的发生率, 有助于产妇产后的恢复, 值得临床进一步推广和应用。

参考文献

- 王玉英. 改良 B-Lynch 缝合术在剖宫产术宫缩乏力性产后出血中的应用[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(15): 2371-2372.
- 周艳. 宫缩乏力性产后出血采用改良 B-Lynch 缝合术治疗的疗效分析[J]. 实用妇科内分泌杂志(电子版), 2016, 3(2): 159-160.

- 吕伟霞, 谭霞, 杨琦. 剖宫产产后出血应用改良式 B-lynch 缝合术的临床探析[J]. 实用妇科内分泌杂志(电子版), 2016, 3(13): 69-70.
- 范巧丽, 纪立平. 改良 B-lynch 缝合术用于剖宫产宫缩乏力性产后出血的疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(5): 532-533.
- 姜群英, 苏雪梅, 司马玲, 等. 简易子宫压迫缝合术在防治剖宫产术中宫缩乏力性出血中的临床应用[J]. 中华妇幼临床医学杂志(电子版), 2014, 10(1): 67-70.
- Gezginç K, Yazıcı F, Koyuncu T, et al. Bilateral uterine and ovarian artery ligation in addition to B-lynch suture may be an alternative to hysterectomy for uterine atonic hemorrhage[J]. Clin Exp Obstet Gynecol, 2012, 39(2): 168-170.
- 陈小尼. 改良 B-Lynch 缝合术治疗剖宫产术宫缩乏力性产后出血的临床效果分析[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(13): 68-70.
- 刘海, 张颖. 评价 B-Lynch 缝合术对宫缩乏力导致产后出血的疗效[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(59): 40-41.

[收稿日期 2017-12-22][本文编辑 韦所苏 刘京虹]

原发性肝脏鳞状细胞癌一例

· 病例报告 ·

余宇潇, 石明涛, 谭瑞, 石荣书

作者单位: 563000 贵州, 遵义医学院附属医院介入科

作者简介: 余宇潇(1994-), 男, 在读硕士研究生, 研究方向: 介入放射学。E-mail: 18300925597@163.com

通讯作者: 石荣书(1968-), 男, 大学本科, 学士学位, 主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 介入放射学。E-mail: shirongshujiu@163.com

[关键词] 肝脏恶性肿瘤; 鳞状细胞癌; 介入治疗

[中图分类号] R 735 [文章编号] 1674-3806(2019)04-0441-03

doi: 10.3969/j.issn.1674-3806.2019.04.24

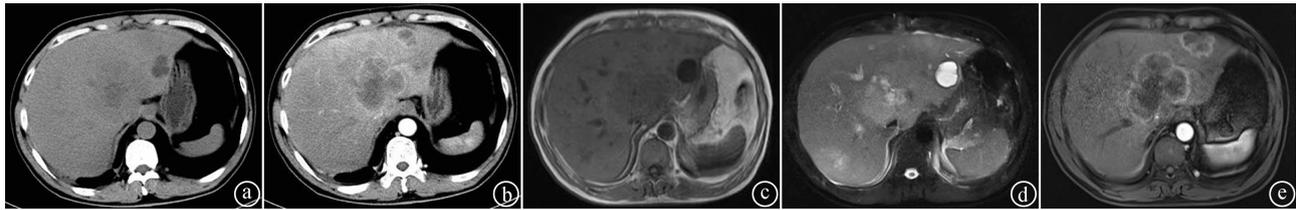
1 病例介绍

患者, 男, 59岁, 因“腹痛、腹胀伴发热 1月”入院。既往发现肝囊肿 10多年, 无乙肝病史。体格检查: 慢性病容, 全身皮肤、巩膜无黄染, 腹部膨隆, 右上腹部压痛及扣痛, 双下肢无水肿。实验室检查: 癌胚抗原(CEA) 1.40 μg/L, 甲胎蛋白(AFP) 1.54 ng/ml, 糖类抗原 19-9(CA19-9) 1 025.34 U/ml, 糖类抗原 125(CA125) 17.9 U/ml, 铁蛋白 687.8 μg/L, 乙肝表面抗原(HBsAg) 阴性, 乙肝表面抗体(HBsAb) 阳性, 天冬氨酸氨基转移酶(AST) 30 U/L, 丙氨酸氨基转移酶(ALT) 59 U/L, 碱性磷酸酶(ALP) 735 U/L, 总胆红素 18.8 μmol/L, 白蛋白 27.6 g/L, 前白蛋白 39 ng/L, 白细胞 18.83 × 10⁹/L, 血红蛋白 93 g/L, 血小板 357 × 10⁹/L。

影像学检查, CT: (1) 考虑肝脏恶性肿瘤, 转移瘤可能性大, 不排除原发性肝癌并肝内转移; (2) 门静脉左支瘤栓; (3) 肝左叶囊肿, 少量腹腔积液。见图 1(a)(b)。MRI: (1) 肝脏恶性肿瘤并肝内多发转移; (2) 肝左叶囊肿; (3) 少量腹腔积液。见图 1(c)~(e)。穿刺活检病理: 肝脏鳞状细胞癌。见图 2。免疫组化: 肿瘤 CK(+++), CK5/6(+++), CK7(+++), CK8(+++), p63(+++), Villin(+/-), CK20(+/-), CD56(-), Hepatocyte(-), Vimentin(-)。完善胸部、鼻咽、食道、结直肠等部位相关检查后未发现肿块, 排除来源于其他部位转移性鳞癌后诊断为原发性肝脏鳞状细胞癌(primary squamous cell carcinoma of the liver, PSCCL), 但患者已丧失外科手术机会, 为积极治疗,

行一程选择性肝动脉灌注化疗栓塞术(见图3,4),化疗药为奥沙利铂、吡柔比星及替加氟,栓塞剂为碘

化油及明胶海绵颗粒,术后患者症状较术前无明显改善并于术后1个月因多器官功能衰竭死亡。



①②CT:肝脏见多发类圆形低密度影,密度不均,边界不清,增强扫描呈环状强化;③~⑤MRI:肝脏见多发大小不等稍长 T1 长 T2 信号结节和团块,增强扫描呈不规则环状强化

图1 影像学检查所见



图2 肿瘤组织病理图(HE×200) 图3 肝动脉造影所见 图4 肝脏鳞癌介入术后CT所见

2 讨论

2.1 PSCCL 是临床极为罕见的肝脏疾病,预后极差,无明显性别差异,发病年龄主要为 50~70 岁,多数病例在治疗后 6 个月内死亡。国内外目前仍无大宗病例报道,绝大多数为个案报告。PSCCL 的发病机制目前尚不明确,患者往往有潜在的相关疾病,如胆道慢性炎症、先天性胆管囊肿、肝囊肿、胆道结石及肝脏畸胎瘤等。大多数 PSCCL 的发生被认为是胆道系统或囊肿在慢性炎症刺激作用下,被覆的上皮细胞先发生鳞状上皮化生,继而再发展成不典型增生,最后发展为原位鳞癌至浸润性鳞状细胞癌。少数 PSCCL 没有这些基础情况,可能是因为肝脏的多潜能干细胞在致癌因素的作用下转化为含有鳞状细胞、肝细胞和胆管上皮细胞成分的癌组织^[1,2]。国内外病例报道发现多数患者有多年肝内胆管结石或肝囊肿病史。

2.2 PSCCL 的临床表现缺乏特异性,大多表现为发热、纳差、肝区不适、腹部胀满、贫血、黄疸、乏力、消瘦等,B 超、CT、MRI 等影像学检查也缺乏特异性。有文献^[3,4]报道 CA19-9、CA125 及鳞状细胞癌相关抗原(SCC-Ag)升高有一定的临床意义。本病目前临床诊断困难,明确诊断主要依赖于病理学及免疫组织化学检查;而鳞状细胞癌通常存在于肺部、鼻咽、皮肤、直肠、颈部或腹股沟淋巴结。由于本病罕见,当肝肿瘤的组织学特征显示鳞状细胞特征时必须考虑转移性鳞状细胞癌,并作彻底检查,以发现其他可能的原发病灶^[5]。对于 PSCCL,外科手术的可

切除性和可操作性是决定预后最重要的因素之一,但大多数患者的 PSCCL 被发现时,外科已丧失手术切除机会。PSCCL 恶性程度高,预后极差,易发生肝外转移,目前的治疗方法有手术切除、肝移植、全身化疗、放疗以及肝动脉灌注化疗栓塞等,但多数患者生存期<6 个月^[6]。

2.3 由于 PSCCL 发病率极低,临床表现及相关辅助检查均缺乏特异性,术前明确诊断困难,加之临床医师对该病认识不足,故易出现误诊、误治,导致可早期行外科手术的患者耽误最佳治疗时机,多数患者确诊时已为肿瘤晚期,丧失了手术机会。且本病放、化疗效果均不佳,本病例虽经积极治疗及处理,但仍无法阻止肿瘤复发和转移,预后极差。多个病例报告显示曾误诊为肝脓肿^[7,8],在临床工作中,对于类似肝脓肿的患者,当反复抗感染治疗无效时,应尽早行病理学检查,警惕肝脏恶性肿瘤可能。

参考文献

- 1 刘 军,余宏宇,何 金,等. 肝原发性鳞状细胞癌 1 例报告[J]. 第二军医大学学报, 2009, 30(1):108-110.
- 2 Zhang XF, Du ZQ, Liu XM, et al. Primary Squamous Cell Carcinoma of Liver: Case Series and Review of Literatures [J]. Medicine (Baltimore), 2015, 94(28):e868.
- 3 Naik S, Waris W, Carosino L, et al. Primary squamous cell carcinoma of the liver[J]. J Gastrointest Liver Dis, 2009, 18(4):487-489.
- 4 Lee HL, Liu YY, Yeh CN, et al. Primary squamous cell carcinoma of the liver: a successful surgically treated case[J]. World J Gastroenterol, 2006, 12(33):5419-5421.
- 5 Iimuro Y, Asano Y, Suzumura K, et al. Primary squamous cell carcinoma of the liver: an uncommon finding in contrast-enhanced ultrasonography imaging[J]. Case Rep Gastroenterol, 2011, 5(3):628-635.
- 6 张晓辉,王锦波. 肝脏原发性鳞状细胞癌的诊断及治疗:附 23 例报告并文献复习[J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(1):121-126.

7 莫伟钊,尚晓静,阳宇.原发性肝脏鳞状细胞癌1例误诊分析并文献复习[J].中国临床医学影像杂志,2012,23(9):682-683.

德医学院学报,2014,31(1):77-78.

[收稿日期 2018-09-29][本文编辑 刘京虹 潘洪平]

8 苏宝连,黄泽辉,陈晖,等.肝鳞癌误诊为肝脓肿1例[J].承

气管肿瘤切除术加巨大气管造口重建术一例的麻醉体会

· 病例报告 ·

林青, 林秋里, 辛志军, 王彬彬, 孙立丽, 蒋丽云

作者单位: 264000 山东,烟台芝罘医院麻醉科

作者简介: 林青(1965-),女,大学本科,医学学士,副主任医师,研究方向:临床麻醉。E-mail:yantailingqing@163.com

通讯作者: 辛志军(1986-),男,医学硕士,主治医师,研究方向:临床麻醉。E-mail:zhijun1711@126.com

[关键词] 气管肿瘤; 巨大气管造口重建; 麻醉选择; 呼吸管理

[中图分类号] R 614 [文章编号] 1674-3806(2019)04-0443-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2019.04.25

气管-支气管肿瘤的发病率较低,早期缺乏特异性的症状,给诊断和治疗带来极大的挑战^[1]。外科手术切除并气管重建是治疗气管肿瘤的主要手段。气管肿瘤切除、气管重建术的麻醉管理非常复杂,需要麻醉医师和手术医师的密切配合,以保证足够的氧气供应。而对麻醉方案的制订也应因病、因人而异,并且应充分估计气管阻塞的部位和程度、瘤体的活动度、造口位置、出血倾向以及心肺功能的代偿能力等^[2]。本文就1例甲状腺乳头状癌术后复发气管肿瘤患者四次手术的麻醉管理体会进行总结及分析。

1 病例介绍

患者,女,54岁,身高165 cm,体重90 kg,体重指数(BMI)35 kg/m²,既往无高血压、糖尿病病史,有甲状腺癌手术史、气管前壁部分切除重建手术史。患者首次就诊于2017-06-08,因“甲状腺癌术后11年,憋气、咳嗽1月,咳血2周”第一次入院。查体:气管居中,前壁气管软骨缺失,触软,颈部见长约10 cm瘢痕,锁骨上窝见血管性波动。纤维喉镜检查见气管肿物位于环状软骨及第1、2气管环平面,贴近胸骨上缘,气管前壁见红色肿物。患者为甲状腺癌术后,11年前甲状腺癌侵犯气管,术中气管前侧部分切除区由皮肤、皮下组织成形。但是此处非常敏感,冷空气或触摸都会引起剧烈咳嗽。由于肿瘤位置在环状软骨及以下平面,手术难点是在胸骨上最低位切开气管,并且是紧贴肿瘤,这样使气道管理难度更大,

麻醉管理风险亦大。患者第一次手术于2017-06-12在静脉复合+局麻+气管插管全身麻醉下行气管切开+气管前壁肿物切除术。入室血压(BP)180/110 mmHg,心率(HR)86次/min,血氧饱和度(SpO₂)97%。麻醉开始时先给予甲强龙40 mg静滴,然后依次给予咪达唑仑2 mg、地佐辛5 mg,10 min后再次给予地佐辛5 mg。患者BP降至140/96 mmHg,自主呼吸平稳,SpO₂95%~99%。充分局麻后开始手术,经面罩给氧,在肿瘤下方切开气管后,立即静脉给予舒芬太尼25 μg、罗库溴胺50 mg、丙泊酚110 mg,患者自主呼吸停止,各种反射消失。术者从气管切开处插入6号气管导管接麻醉机控制呼吸,术中持续泵入瑞芬太尼4 μg/(kg·h)、丙泊酚2 mg/(kg·h)维持麻醉,手术历时65 min。术中依据HR和BP情况调整瑞芬太尼3~5 μg/(kg·h)、丙泊酚1.5~3 mg/(kg·h),每隔30 min追加顺阿曲库铵4 mg,麻醉平稳。术后BP130~140/80~90 mmHg,HR60~76次/min。带管送入ICU,1 d后改为气管套管。患者于2017-09-16第二次入院,因气管造口需要封闭在气管插管全身麻醉下行舌骨部分切除+气管左侧壁重建术,麻醉给予咪达唑仑1 mg、诺杨1 mg、舒芬太尼25 μg、丙泊酚100 mg、顺式阿曲库铵14 mg依次静推,由术者在气管造口处插入6号气管导管。全身麻醉下进行手术,术后仍带气管套管送返病房。患者于2017-12-11第三次因气管造瘘口需要封闭在静脉复合麻醉下行