

皮质醇增多症的外科治疗

附属第一医院泌尿外科 魏克湘 张志根

肾上腺皮质束状带的增生或肿瘤,多使皮质类固醇激素分泌过多而出现皮质醇增多症症状。本文就1964~1984年经手术治疗并病理证实的69例皮质醇增多症进行分析。

临床资料

一、一般资料 本组男性19例,女性50例,女性为男性的2.6倍。年龄8~54岁,其中20~40岁56例,占81%。

二、手术方式 本组除1例腺瘤经腹切口探查外,均经11肋间腹膜外切口。32例行肿瘤切除术,2例行双侧肾上腺全切除术,24例行右侧腺体全切、对侧腺体次全切除,11例仅作一侧腺体全切除术。

术后病理切片证实为皮质腺瘤27例,腺癌5例,增生37例,属于肿瘤的32例中,双侧单发性腺瘤1例,其余26例为单侧单发性腺瘤,5例为腺癌。肿瘤位于左侧22例,右侧9例,左侧为右侧的2.4倍。直径26例为2~8.5cm,重7.5~24.5g,1例为9cm,重189.3g。腺癌直径为8~14cm,重305~1,000g。

随访结果

本组69例,术后随访60例,随访率为87%。随访时间1~17.9年。随访腺瘤24例中23例治愈而恢复正常工作,1例(术时行患侧腺瘤切除加对侧肾上腺次全切除)需口服激素。腺癌3例,1例症状消失,生存已满1年,2例术后1、5个月死于心衰及脑血管意外。随访增生33例中,2例(双侧腺体全切)需激素替代,其中1例术后10个月

死于肺炎。20例一侧腺体全切、对侧腺体次全切除,12例症状消失,其中10例逾6年,但3例7~10年间出现Nelson's症。6例术后3~7年症状复发,2例术后分别于8个月、6年死亡(前者死因不明,后者死于肝癌)。11例单侧腺体全切除,术后4例症状改善,部分恢复工作。7例无效,其中3例术后8个月、11个月、9年分别死于脑血管意外及心肌梗塞。

讨论

一、拟诊肿瘤病变的切口选择 宜选择经11肋间切口,该切口不经腹腔,并发症较少,且为泌尿外科医师熟练径路。客观条件受限而不能定位诊断者,宜先探查左侧,本组左侧为右侧的2.4倍,肿瘤似以左侧发生率较高。若探查时无肿瘤、无腺体的明显增大或萎缩,应作快速病理切片,待病理诊断后再决定手术方式,不应盲目切除腺体。

二、增生腺体的术式 本组以右侧腺体全切,同期或分期对侧腺体次全切除为基本术式,疗效尚满意。次全切除侧腺体,要注意保存腺体内上方属下动脉的分支,以保证残留腺体的血液供应,腺体残留部分约10%,以维持正常生理需要。

双侧腺体的全切除术,宜同时采用自体肾上腺组织移植,如能成活,可避免终身激素替代,即使症状复发,再次手术也较易施行^[1]。

一侧增生腺体全切后,必须择期作对侧腺体次全切除术,以免病人发生不测。

增生腺体仅作肾上腺 (下转第201页)

前5s内诱发增压反应的差异(表2),其原因除压力感受性反射本身可引起减压影响外,还可能与刺激早期发生的心律失常(有时在第2~3s即有心律失常)影响增压幅度有关。至于在迷走神经完整时下丘脑刺激前5s所测得的心率增加则以右侧为显著,这与切断迷走神经后的结果一致。后者与文献报道相同。

三、激素参与。由于本实验未摘除肾上腺,刺激时间长达30s,而且左、右侧下丘脑诱发期前收缩的平均潜伏期均大于6s。Houssay等认为潜伏期大于6s时可能有激素机制参与。故不能排除肾上腺髓质激素分泌的影响。本实验中切断迷走神经后刺激左、右侧下丘脑所诱发的增压反应及心率增加仅在前5s有显著差异,在30s内的增值无显著差异,可能与刺激中、后期继发性分泌肾上腺髓质激素所致的增压反应、心率增快作用¹³加入有关。由于迷走神经完整时刺激左、右侧下丘脑所诱发的增压反应无明显差异,左、右侧下丘脑诱发心律失常的差异可能主要是左、右交感神经作用的差异所致。本实验中,两侧PV无论在诱发期前收缩、增压反应及心率增加方面的差异($P>0.05$)均不及两侧LHA($P<0.05$)明显。其原因,除PV有主要沿同侧下行的单突触脊髓投射外,在下丘脑水平还接受对侧PV部分纤维的传入¹⁴,而两侧LHA则无这种交互投射¹⁵。这就可能在刺激一侧PV时,对侧

PV也部分激活,从而使两侧PV诱发心血管反应的差异变小。

看来,在两侧下丘脑兴奋诱发神经源性心律失常中以左侧下丘脑占较主要的地位;在电刺激下丘脑诱发心律失常的实验研究中,可刺激左侧下丘脑以增加频发性心律失常的诱发。

参 考 文 献

1. Evans DE and Gillis RA. *Am J Physiol* 1978;234: H199.
2. 张荣宝,等. *中国药理学报* 1982; 3: 226.
3. 金观源,等. *生理学报* 1983;35(4): 440.
4. 金观源,等. *生理学报* 1986;38(2): 166.
5. 金观源. *浙江医科大学学报* 1984;13(2): 1: 95.
6. Melille KI, et al. *Am J Cardiol* 1963; 12: 781.
7. Hoff EC, et al. *Physiol Rev* 1963;43: 68.
8. Yanowitz FJB, et al. *Circ Res* 1966;18: 416.
9. Abildskov JA and Vincent GM, In "Neural Regulation of the Heart" (edited by Randall WC) Oxford Univ Press, Inc, New York 1977: 411.
10. Fang HS and Wang SC. *Am J Physiol* 1962; 203: 147.
11. Porter JP and Brody MJ. *Fed Proc* 1983; 42: 584.
12. Manning JW, et al. *Am J Physiol* 1960; 198: 366.
13. Eferckeya A and Bunag RD. *Am J Physiol* 1974;227(1): 114.
14. Silverman AJ, et al. *Brain Res Bull* 1981; 6(1): 74.
15. Saper CB, et al. *J Comp Neur* 1979; 183: 689.

(紧接第225页)手术治疗还存在不少问题,本组术后未作常规垂体放疗应是不足之处。

三、激素应用的有关问题皮质醇增多症一般主张术前、术中及术后常规补充糖皮质激素,以免术后激素骤降而造成皮质功能低下危象。我们体会,激素静脉给药作用迅速,只要术中根据情况静脉给药,术后常

规补充,不致产生皮质功能低下危象。本组一般术前不预先补充激素,增生病例仅先作一侧腺体全切时,术中、术后不补充激素,未见皮质功能低下危象。肿瘤切除术后,均早期应用ACTH同时减用糖皮质激素,以促进对侧萎缩腺体恢复功能。