维普资讯 http://www.cqvip.com

1.临床资料和方法:26例,其中男20例,女6例,年龄25～26岁。胃癌12例、肝癌10例、结肠癌4例,均为病理学诊断。随机分为辛洛尔组16例,化疗组10例。

2.方法:(1)辛洛尔组 腹腔穿刺尽量抽尽腹水,腹部注入辛洛尔剂量为(30～50万u/ml)每周1～2次,同时腹腔注入地塞米松10mg,嘱患者变换体位,利于药物分布于腹腔表面。治疗2周,观察无不良反应。(2)化疗组 方法同上,用5—Fu500～1000mg,腹腔注入,治疗2周。

二、结果

附表 辛洛尔治疗腹腔积液治疗结果

	例数	CR	PR	NC	CR+PR
辛洛尔	16	2	9	7	11
5—Fu	10	2	4	4	6

按照WHO癌性溶液(胸腹水)疗效判定标准。完全缓解(CR):每周放腹水及腹腔注入辛洛尔1～2次,2周后,腹水减少50%以上或消失,症状缓解,持续4周以上者。部分缓解(PR):每周放腹水及给药1～2次,2周后腹水减少25～50%,症状缓解,持续4周以上者。无效(NC):按以上方法抽水及给药,2周后腹水减少不足25%或症状加重者。关于付作用的问题,辛洛尔对血象、肝肾功能无影响,无脱发现象,有2例出现Ⅰ度恶心呕吐,3例出现轻度腹痒,1例发烧,体温38℃,经对症处理,症状缓解。化疗组有7例出现Ⅰ～Ⅱ度的恶心呕吐,2例出现骨髓抑制,2例Ⅰ度脱发。

总之,恶性腹腔积液可见于多种恶性肿瘤,本文所观察辛洛尔治疗恶性腹腔积液,总疗效与5—Fu相似。但辛洛尔的毒付作用比5—Fu轻,对肝肾功能无影响,仅有轻度恶心、腹痛、发热。我们在临床上观察到许多恶性腹腔积液的病人,其肝肾功能均有损害。应用化疗药物受限、腹水未得到控制。而辛洛尔仍能适用,可改善症状、提高生存质量。

(收稿:1998—08—02)

三、讨论:

连续硬膜外麻醉后手触脉搏发现频发早搏一例

杨 虎* 李昭晖 刘爱萍*

一、临床资料:患者男,61岁,于96年6月25日以尿频、尿急、尿痛、尿流中断伴血尿反复发作4年入院。入院诊断膀胱结石,查血压、脉搏、心电图、血常规及肝肾功能正常。拟定7月5日上午择期手术,术前半小时肌注苯巴比妥钠0.1g,进入手术室后,用江苏常熟智能仪器厂生产的SMT—903C型生命体征监护仪测血压、脉搏正常,择腰2～3椎间隙正中行硬膜外腔穿刺成功,注入实验量1%利多卡因5ml,观察5分钟无异常,头向置入硬膜外导管4cm顺利,首次注入1%利多卡因及0.375%布比卡因合剂10ml,约5分钟左右,用生命体征监护仪测血压正常、脉搏缓慢(55次/分),麻醉平面约在T_9,用手触脉搏以作比较生命体征监护仪有否差异,发现心律不齐,频发早搏,患者无任何不适感,否认既往有冠心病史。经心电监测报告:1.窦性心动过速。2.频发室性早搏:a.呈多源性。b.呈三联律,四联律或成对出现,经静注安定10mg、1%利多卡因75mg,观察30分钟无好转,停手术,送回病房。7月8日,查心电图:1.窦性心律不齐,2.频发室性早搏。7月11日,长期医嘱给心律平150mg,每日三次口服,5%葡萄糖250ml+10%氯化钾,10ml+25%硫酸镁20ml,静滴,每天一次,7月12日,病人急于要求手术,再次准备手术,进入手术室经心监测仍为频发室性早搏,故停手术送回病房,继续治疗。7月16日,查动态心电图报告:1.窦性心律。2.偶发房性早搏和持续性早搏。3.最快最慢心律不正常。7月18日,复查心电图:1.窦性心律。2.右房负荷重。3.心肌劳累。7月23日,上述治疗不变,在连硬麻醉下行膀胱取石术,术中顺利,无频发室性早搏出现,术毕安返。

二、讨论:患者既往无任何不适体征,否认有冠心病史,入院时查心电图正常,但并不能否认无冠心病,

* 作者单位:833200 新疆奎屯兵团奎屯医院麻醉科

维普资讯 http://www.cqvip.com

在病人入院后，由于环境的改变，可能休息不好，加之病人急于手术、忧虑、紧张等情绪有关，使病情加重，出现顿发早搏，经过11天的住院治疗及病人情绪逐渐稳定，才使早搏消失。

随着现代医疗设备的更新，人工测试血压、脉搏等逐步被电子自动生命体征监护仪所取代，生命体征监护仪虽然省时省力，但对早搏病人不能报警显示，所以在麻醉前后及术中，在无心电监护的情况下，既是病人术前心电图正常，也应当经常用手测试病人的脉搏，以便及时发现及时处理，以防不测。

（收稿：1998－07－02）

掌骨致密性骨瘤一例报告

张岩峰* 石东文**

一、临床资料：男性，20岁，因右手背无痛性包块一年收住院。患者于一年前无意中发现右手背侧有一“杏仁”大小的包块，局部皮肤无红肿及不适感，当时未引起足够的重视，此后包块逐渐增大，自感酸胀不适，随来我院就诊，经门诊以“右手掌骨瘤性质待定”收入院。入院查体：一般状况良好，心、肺、腹无异常，右手第Ⅱ掌骨背侧有一个1.5cm×2.0cm大小的骨性突起，质硬、表面光滑，边界清楚，轻度压痛，无移动度，右手指活动自如，无麻木感，末梢小循环良好。治疗经过：入院后经积极的术前准备，在臂丛麻醉下行右手掌骨骨瘤切除术，术中见第Ⅱ掌骨背侧隆起约1.0cm×1.5cm，骨结构完整，沿包块基底部切除，骨蜡止血，关闭伤口，术后抗炎治疗，十二天拆线，切口一期愈合出院。病理学检查：切片高倍镜下见为较致密的骨组织和纤维组织，骨小梁大小不匀，细胞排列较紊乱，部分纤维细胞增生较活跃，但无明显的异型细胞，病理学确诊为：掌骨致密性骨瘤。

术后两月，发现掌骨背侧又出现突起，渐进性增大，约五个月后，增至1.0cm×1.5cm大小，伴局部酸胀不适，故再次收住入院，经研究分析，再次行骨瘤部分切除，敞露伤口，于切除面辅以同位素激光辐照30—60分钟/日，七天后关闭伤口，十二天拆线，切口甲级愈合，术后随访一年未见复发。

二、结果和讨论：致密性骨瘤是瘤细胞侵犯致密的骨组织所引起的良性肿瘤，虽然其好发部位较多，但发生在掌骨的致密性骨瘤较少见，因侵犯的是致密性骨组织尤其是掌骨等细小的管状骨，给手术带来很大的局限性，完全切除损伤较大，易造成骨缺损、骨不连，甚至人为的病理性骨折。鉴于此因，故切除的不彻底性是造成本例术后复发的主要原因。术后复发快是因为骨瘤切除不彻底，造成骨瘤部分创面新鲜，刺激细胞增生活跃，异常增生。二次术后，采用骨瘤部分切除，同位素激光创面辐照，有效地防止了因手术不能完全切除可能导致的复发，疗效较好。因本种病例临床较少见，其临床诊断及治疗还需进一步探讨。

（收稿：1998－05－06）

* 作者单位：831200 新疆呼图壁解放军第十五中心医院骨科

** 兰州医学高等专科学校呼图壁分校形态学教研室

食管胃双原发癌三例

金家宝* 钱才友*

食管和胃同时原发癌少见，术前诊断较困难，我院在过去对食管、胃肿瘤诊断中曾遇到三例，现报告如下。

一、临床资料：例一，患者男，76岁。进食梗阻感两

* 作者单位：244000 安徽省铜陵市有色金属公司职工总医院