维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 1 期总第 17 期

外伤性颈动脉破裂的麻醉体会

浙江绍兴第二医院麻醉科 **周金萍**

（浙江绍兴，邮政编码 312000）

患者，男，35 岁，因左颈部被刀刺伤后大出血急送手术室。体检：神志淡漠，面色苍白，脉搏细弱，血压测不到（美国 508 无创监护仪监测）左下颌角下约 3cm 处有一长约 3cm 的横伤口，有纱布压迫，渗血较多。立即建立静脉通道，快速输入 1000ml 平衡液，血压上升至 12/7KPa，P96bpm、R23bpm、$SPO_2$97%。解除压迫，无明显出血。头右侧后于局麻下扩大创口，拟清创缝合，在分离组织时突然大量涌血，即用手指压迫，经 15 分钟不止，改用纱布填塞。心率由 90bpm 骤降至 55bpm，BP 由 15.3/8KPa 降至 10/6KPa，患者燥动不安，呼吸急促、面色转紫，呕出较多胃内容物、急行气管插管。

放正头位，面罩吸氧，缓慢静注氯胺酮 30mg 后患者舌下垂，呼吸阻力明显增大，因纱布填塞颈部肿胀，难以托起下颌，立即静注司可林 60mg 后行气管插管，咽喉镜下发现舌明显肿胀，未能显露出会厌及声门，用 I D8.0 导管试探性盲插未成功，继续面罩控制呼吸，加用芬太尼 0.1mg 后再次盲探插管又未成功，再次面罩控制呼吸，静注司可林 40mg 后换用 I D7.5 导管，偏向右进管盲插成功，插入时阻力较大，整个插管过程共历时半小时，其间因头颈部位置变换，又有较多渗血，术中用西德 Gragen 麻醉机控制呼吸，1%普鲁卡因，0.1%司可林复全液静滴，间断静注芬太尼维持麻醉。

麻醉平稳后向下延长切口，分离出颈总动脉，暂时阻断后探查。发现颈内动脉起始处有一约 0.5cm 的纵形裂口，用丝线缝合后无明显出血，观察 10 分钟后逐层缝合。术中共出血约 3000ml，输血 2500ml，液体 2000ml，术毕呼吸恢复良好，苏醒顺利，拔除气管导管无呼吸困难。13 天后痊愈出院。

讨论：颈动脉破裂一般出血较多，经压迫后虽可止血但因颈部组织疏松，仍渗血不少，并可扩展至整个颈部而引起颈部肿胀，严重时可压迫气管，引起呼吸困难，颈部肿胀和外物压迫还可引起头颈部静脉回流障碍。它的后果之一是导致喉及舌水肿，加重呼吸困难。同时，可增加气管插管难度。颈部大血管旁还有丰富的神经，压迫后可引起严重的不良反应，即使颈动脉本身，压迫颈动脉窦也可导致明显的心率血压等改变，本例患者填塞纱布后出现的症状与此有关，故颈部大血管破裂以气管插管全麻为佳。甚至有人认为，即使不手术治疗，也应预防性气管插管，以主动地控制呼吸道，保持其通畅为妥。本例病例麻醉医生术前曾建议在气管插管全麻下手术，但外科医生估计不足，轻率处理，错过了术前插管的良好机会，待以后不得不插管时已较困难，且冒很大风险，得以教训，引以为鉴。

（收稿日期：1995—01—30）

老年腹股沟疝治疗体会

兰州医学院第一附属医院普外科 **翁伟建**

（甘肃兰州，邮政编码 730000）

老年腹股沟疝为常见外科疾病之一，无论在病情或处理上都比中青年人要复杂得多。我院自 1984 年 7 月至 1994 年 7 月共收治 60 岁以上老人腹股沟疝病例 214 例，现结合其治疗经过谈谈治疗体会。

一、临床资料：本组 214 列，男 196 例

维普资讯 http://www.cqvip.com

(91.6%)，女 18 例 (8.4%)。年龄最大者 82 岁，最小者 60 岁，平均 71 岁。其中腹股沟斜疝 182 例 (85.1%)，直疝 29 例 (13.6%)，斜疝直疝并存 3 例 (1.3%)。斜疝以右侧多见，125 例 (68.7%)。双侧斜疝 6 例 (2.8%)，双侧直疝 4 例 (1.86%)。60 岁以后出现疝者为 114 例 (53.3%)，复发疝 26 例 (12.1%)。

疝嵌顿者 46 例 (21.5%)，其中绞窄性疝 9 例 (19.6%)。斜疝和直疝的嵌顿发生率分别为 24.3%和 6.9%。嵌顿性斜疝和直疝发生绞窄者分别为 20.5%和 0%。

疝合并有慢性支气管炎、支气管扩张症、肺结核者 135 例 (63.1%)，心血管疾病 38 例 (17.8%)，前列腺增生、慢性尿潴留 16 例 (7.5%)，习惯性便秘 9 例 (4.2%)，有腹水者 2 例 (0.94%)。

修补术式以加强腹股沟管后壁为主，计 205 例 (95.8%)。而加强腹股沟管前壁者 9 例 (4.2%)，全部系嵌顿疝合并有绞窄情况者。

治疗结果，择期手术 171 例中，无一例死亡和并发症，急诊手术 43 例有并发症者 3 例，其中 2 例阴囊积液，1 例切口感染。

本组治疗复发疝 26 例，其中疝修补术一次者 20 例，二次者 4 例，三次者 2 例。复发病例全系以往加强腹股沟管前壁者。

二、讨论：老年人疝的发生、局部病理改变及修补方式均有一定的特点，临床上应予具体对待。老年人腹壁肌肉、腱膜和韧带等组织均有不同程度的变薄、松驰、萎缩，加之老年人有不同程度的慢性支气管炎，多伴有慢性咳嗽，前列腺肥大所致的排尿困难以及习惯性便秘等均是发生腹外疝的因素[1]。老年人各器官趋于老化，功能衰退，且多伴有心、肺、肝、肾不同程度的功能不全，应激能力和免疫能力低下，更应引起重视。因此，我们的体会是：①手术尽可能择期进行，以便充分做好术前准备。本组择期手术 171 例 (80.80%)，术后效果好，无并发症。②术式尽量采用修补腹股沟管后壁，以减少复发率。本组 205 例用此术式 (95.8%)，术后无一例复发。③凡嵌顿疝，对疝内容物存活力判断不清时，宜早手术，防止疝内容物缺血坏死。切不可强行手法复位或术中盲目将疝内容物还纳。④对原有的疾病应尽早加以防治。

术中应警惕并存疝的存在。老年疝虽仍以斜疝多见 (本组为 85.1%)，但由于海氏三角薄弱，直疝发生率亦相对较高，且有同侧直疝斜疝并存的可能。文献报告并存率为 4%[2]，本组 3 例 (1.3%)。为了避免遗漏并存疝，横断疝囊后，应常规以食指自疝环伸入腹腔，以确定疝环与腹壁下动脉的关系，探查海氏三角的强度、有无筋膜缺损及隐存的腹膜外突，如证实确有并存疝，可向外牵引已横断的近侧疝囊，使两个疝囊合并成一个疝囊，再作高位结扎。本组 3 例全部采用此种方法，疗效可靠，无复发。

切实修复内环，正确选用某一修补腹股沟管的方法是疝手术的关键。腹横筋膜缺损是疝形成的先决条件，应切实修复。部分老年人，腹横筋膜已极度松驰、菲薄，采用常规的对边或重叠缝合极易撕裂，难以奏效，可将腹横筋膜与腹横肌腱膜一起缝合于腹股沟韧带上。本组 56 例采用这种方法 (26.2%)，收效良好。对老年人大型腹股沟疝 (内环缺损大者) 或二次以上的复发症也可同时作同侧睾丸精索切除，以简化疝的修补，从而完全闭腹股沟管，减少复发机率[3]。在修补腹股沟管时，我们一般均选用加强后壁法，如 Bassini 法、Mavoy 法以及 Halster 法等。后壁修补不但对抵御腹内压、发挥腱膜与韧带的关闭机制更直接，且精索移位亦无不良后果。

对双侧疝的修补应分期进行。本组双侧斜疝 6 例，双侧直疝 4 例，左侧直疝右侧斜疝 1 例。全部分期手术，手术间期 1～2 周。双侧疝一次修补，不但会加大修补张力，影响术后愈合，同时也防碍早期活动。故以分期手术为好。对嵌顿疝及绞窄疝的处理要改时和果断。老年人嵌顿疝手法复位成功率低，本组仅 3 例成功 (6.5%)，所以对老年人腹股沟疝，应不失时机地在发生嵌顿之前施行择期手术。对老年人绞窄疝手术也应持积极态度，本组 9 例绞窄疝全部急诊手术，无一例出现严重并发症。

对老年人腹股沟疝者术后应加强护理，鼓励适当活动。加强深呼吸和适量咳有利于防止肺部并发症。适当活动下肢也有利于预防下肢静脉血栓形成。但应避免腹压增高的因素。

参考文献

1. Nehme AE. AmJ sury 1983; 146: 257.

2. Mevcy CB. Inguind Heinplasty. Common mista—

维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 1 期总第 17 期

大隐静脉曲张症 10 例手术治疗体会

天津大学医院外科 马国平

（天津，邮政编码 300072）

大隐静脉曲张症是一种常见病，在成年人中其发病率约占 9%。本病特征为下肢浅静脉系统呈伸长、扩张而迂曲状态。往往并发小腿慢性溃疡，经久不愈。教师中因长久站立讲课以及伏案久坐备课其发病率更高，因此在大学医院中开展此手术治疗更有重要意义。大隐静脉曲张，近 10 年来由于血管外科的进展，对其研究逐渐深入，已形成一系列新的观点，无论是在发病机制、病理生理、诊断方法，还是治疗原则等方面都有了新的认识和进展。在大学医院中因条件所限，选好手术适应症行大隐静脉高位结扎加剥脱术及筋膜下交通支静脉结扎术，对大多数患者仍不失为简便而有效的治疗方法。尚未开展较复杂的深静脉瓣重建性手术。

一、一般资料：我院外科在 1994 年中共收治 10 例大隐静脉曲张病人，男性 8 例，女性 2 例，最大年龄 62 岁，最小年龄 20 岁，病史最长 40 年，最短 3 年，其中教师 6 例，干部 2 例，学生 2 例。小腿下段出现色素沉着和溃疡者 2 例。

二、提高手术质量改进方法防止并发症：术前在大隐静脉充盈下按其走行用龙胆紫液画好标记，便于术中处理。因平卧后曲张静脉隆起不明显，标记后有利于手术的操作，节省时间，能准确的剥脱或结扎曲张的静脉，减少损伤减少出血。

我们体会到选用股根部斜切口，更为合理，能充分显露大隐静脉汇入股静脉处及其分支，便于解剖分离，但是切口要足够大。大隐静脉位于皮下，避免粗暴盲目深分离或过于牵拉，以免损伤或误伤股静脉导致大出血。

先行结扎处理大隐静脉主干及其所有属支后，再行由近端向远端剥脱大隐静脉为宜，为防止血栓进入股静脉。静脉剥脱器我们做了改进。取 2 根长 45cm 直径分别为 4mm 和 3mm 的紫铜棒，前端为钝圆头，后端打孔可容纳穿过 10 号粗丝线，以剥脱器导入粗丝线后，穿入血管内，即将剥脱之静脉段，在静脉段的近端将粗丝线与静脉端壁缝扎在一起，以粗丝线在远端抽脱。

较粗剥脱器用于大腿静脉，较细剥脱器则用于小腿静脉。此静脉剥脱器使用方便灵活。剥脱器插入静脉时要轻柔，要持续缓慢用力，不要太粗暴，否则容易穿透静脉。遇到阻力处不要强行剥脱，造成静脉撕裂，因为此处有属支或交通支的存在。可在此处行皮肤小切口，将其静脉结扎切断后，再继续完成剥脱静脉术。

在剥脱小腿部大隐静脉时，很容易损伤隐神经。因为这条神经在膝关节平面穿出深筋膜进入皮下组织，它贴近大隐静脉的后侧与之伴行。如将大隐静脉从踝部向上方剥脱抽出时，可因剥脱器的探头被卡在紧贴于大隐静脉的隐神经分叉处，极易造成隐神经的损伤。我们在行此处手术时均由膝部向下方剥脱抽出，同时细心解剖，操作准确，避免了隐神经的损伤。术后无一例有患肢皮肤感觉改变或消失者。小腿部曲张片状静脉团，可取纵形皮瓣式清除并行结扎切断穿过深筋膜的静脉交通支，同时解除深浅交通支瓣膜关闭不全Ⅰ至Ⅱ级者。

高位结扎必须完全扎除大隐静脉主干及其所有属支，血管断端结扎必须牢固。如滑脱可发生出血或血肿，剥脱大隐静脉必须完全彻底，否则术后容易复发。

三、术后处理：术毕用厚层敷料加弹力绷带均匀加压包扎，可减少大隐静脉床渗血、淤血及残留分支静脉段闭锁。弹力绷带包扎范围可从足前部至腹股沟部。时间是 4 周至 6 周。

Res and pittalls. sury clin N Amer 1986; 46 (5): 1088.

3. 刘沼魁，等编译．老年人常见外科问题．第一版，上海：上海科学技术文献出版社．1983：89～95.

（本文承蒙叶光华教授指导，在此一并致谢）

（收稿日期：1995—11—14）

维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 1 期总第 17 期

17 例新生儿急腹症的影像特点与手术体会

鞍山钢铁公司立山医院小儿外科 杨铁成

（辽宁鞍山，邮政编码 114032）

R726.561

新生儿急腹症以先天性消化道畸形多见，一经诊断应积极手术。自 1985 年以来我们收治各种新生儿急腹症 17 例，在诊察中发现其 X 线影像检查具有一定特点，现结合病案分析将新生儿急腹症的影像特点和诊治体会进行报告。

临床资料

一、一般资料：本组病例男性占 9 例，女性占 8 例。日龄：1～3 天，其中发病最早为生后 4 小时，最晚 71 小时，平均住院日为 14.5 天。

二、新生儿各种急腹症的分类及其 X 线影像检查特点，见附表。

附表：新生儿急腹症分类及 x 线影像特点

分类：	胃肠穿孔	膈疝	胎粪性腹膜炎	肠闭锁	肠旋转不良	肠套迭	肛门闭锁
例数：	5	2	1	3	1	1	4
腹部X线影像特点	横贯全腹腔的巨大液平面。	胸腔可见充气肠管呈“蜂窝状”改变	除可见巨大液平面外还有“钙化斑”改变。	左、右上腹出现“双气泡”或“三气泡”征	除可见“双气泡”征外，稀钡灌肠时发现回盲部位于左上腹部。	空气灌肠发现套迭处有“杯口”状改变。	生后 24 小时，倒立位可见气体位于直肠盲端。
占%：	29.4	11.8	5.9	17.6	5.9	5.9	23.5

三、治疗转归：本组病例全部经手术治疗，手术方式包括有胃、肠穿孔修补术，膈疝修补术，闭锁狭窄肠段切除术及肛门成形术等。结果被治愈 13 例，死亡 4 例（占 23.5%），术后经 3 至 10 年随访，治愈小儿生长发育正常。

讨论和体会

一、新生儿各种急腹症的 X 线影像特点问题：新生儿急腹症以先天性消化道畸形为多见。有人做过统计，先天性畸形占小儿外科疾病 50% 以上，而胃肠道畸形竟高达 9%。我们认为导致新生儿急腹症发生的病因主要是由于胎儿期发生的腹腔内脏畸形，其次为腹腔感染。但由于小儿与成人相比较在各系统等方面都存在有一定的差异，所以当发生各种急腹症时表现的症状和体征与成人也很不一样。从本组病案分析看，新生儿发生的一些急腹症在成人组是看不到的。例如胎粪性腹膜炎，先天性肠闭锁，肛门闭锁等等，由于这种特殊性的存在首先，便决定了新生儿急腹症的 X 线影像检查必然要具有一定的特点。此外，我们在工作中还发现既使新生儿与成人同患一种急腹症时，其 X 线影像检查的结果也不相同。例如：胃肠穿孔，当成人进行 X 线立位腹透时往往会发现胃泡消失，膈下有游离气体，腹腔内液平面却很少见。然而新生儿则不同，当进行此项检查时可发现腹腔内有横贯全腹的巨大液平面。又如十二指肠梗阻，新生儿的 X 线影像检查可发现“双气泡症”（左右上腹各有一液气泡改变），而成人却很少见

术后抬高患肢 20 度，24 小时后可下床活动。亦可在床上伸屈膝关节和踝关节活动或下肢肌肉交替抽动活动每日 3～5 次，每次 5～15 分钟，以预防下肢深静脉血栓形成，促进淋巴液及静脉血回流，减少肿胀。要避免下垂小腿不动或持久站立，以免影响回流造成肿胀。

（本文承我院顾问李本澄主任医师指导，特此致谢！）（收稿日期：1995—03—27）

维普资讯 http://www.cqvip.com

到，因此我们体会：新生儿的各种急腹症在进行X线影像检查时都具有一定的特点。如能掌握这些特点将有益于对新生儿急腹症的早期诊断和治疗，有利于提高新生儿的治愈率，降低病死率。

二、新生儿急腹症X线影像特点产生的原因分析：小儿不是成人的缩影，所以不能将一般成人的外科理论简单机械地用于小儿。我们分析新生儿急腹症的X线影像特点产生的原因认为，主要与新生儿的生理解剖特点有关。首先，新生儿的一些急腹症（如各种消化道畸形）在成人组一般是不会发生的，所以这些由消化道畸形所引起的急腹症构成了其X线影像检查的特点。其次，新生儿的某些急腹症在胎儿期就已发生，出生后才表现出症状和体征，如胎粪性腹膜炎（胎儿期发生了肠穿孔继而形成肠粘连），先天性膈疝（本身无疝囊，部分腹腔脏器在生前就长在胸腔），这些急腹症也形成了独有的X线影像特点。再者，新生儿的各个脏器无论在形态结构或生理功能等各方面都还发育不健全，还有一定差异，需要我们认真去鉴别，例如，新生儿的结肠带和脂肪垂都缺如，结肠袋也不明显，当进行X线影像检查很不易区分，往往需靠用灌肠药物的量来判断，由此可见我们不仅要掌握好新生儿急腹症的影像特点，还必须全面了解新生儿的生理解剖特点，这样才会正确诊断，及时治疗。

三、新生儿急腹症的诊治与手术体会：新生儿的防御和代偿机能很差，一旦发生了急腹症容易并发败血症，水电平衡失调和酸中毒，休克等，所以一经诊断应积极手术治疗，我们体会，手术尽量选择时间短，对小儿损伤小的术式，例如对胃肠穿孔，尽可能做修补术而不做胃大部切除或肠段切除术；对肛门闭锁尽量做到一次肛门成形等等，术后要加强护理每日给足够的热卡和氨基酸以保持正氮平衡，选用广谱抗菌素控制感染，预防各种并发症。

我们认为尽管新生儿急腹症的病程比较凶险，死亡率较高，只要做到早期诊断，尽快手术，做好围手术期管理，其疗效还是十分可观的。

参考文献 略

（收稿日期：1996—01—11）

原发性脾脏肿瘤手术治疗4例

南京市第一医院外科 **郑裕隆** **赵乾元**

（江苏南京，邮政编码 210006）

原发性脾脏肿瘤临床罕见，我院曾见4例，特简要报告。

例1. 男，56岁，突然持续腹痛30小时，自上腹延及全腹，伴恶心呕吐、畏寒、心悸、无外伤史。体检：BP13.3/10.7KPa，腹平软，全腹肌紧，压痛，反跳痛，有移动性浊音。腹腔穿刺获不凝血。血化验：Hb70g/L，RBC2×10^{12}/L，WBC12×10^{9}/L，N0.81、L0.19。术中见腹内积血1200ml，脾大12×12×10cm3，膈面不规则碎裂，包膜及实质均破损，作脾切除后愈。病检示脾血管瘤，肿瘤大约5cm，局部血管增多，管腔扩大充血，破裂，出血并炎性反应。

例2. 女，72岁，上腹不适8年，近半月增剧，伴进食阻塞感，腹胀，纳差。体检左上腹轻压痛，未扪及肿块。血化验：Hb96.8g/L，WBC6.5×10^{9}/L，N0.80、E0.01、L0.17、M0.02。钡餐检查见胃底大弯侧有6×3cm^2椭圆形、光整压迹，粘膜无破坏。B超示脾厚5.3cm，斜径9.9cm，光点均匀，脾内见4×3.2cm^2液性暗区，肝左右两叶各有1×3.2cm^2液性暗区数个。术中见肝大肋下3cm，有数个囊肿，大小3×2cm^2至1×0.5cm^2，脾肿大，上极有6×6×5cm^3囊性肿物，作脾切除后愈。病检示脾囊性淋巴管瘤及肝囊肿。

例3. 男，42岁，因车祸致左腰肋部及左臂疼痛，流血1小时。体检、神清，痛苦表情，烦躁不安，贫血貌，唇紫，血压测不到，脉细弱。全腹肌紧，压痛，反跳痛，左上腹尤著。腹腔穿刺得鲜血。软组织多处裂伤，摄片示左尺骨鹰嘴开放性骨折，左肋6～12骨折。尿呈粉红血色。剖腹见积血1000ml，脾粉碎，左肾横断，分别作脾及左肾切

维普资讯 http://www.cqvip.com

除、骨折切开复位，术后康复。病检示脾大 13×6.5×2cm³，重 87g，脾门有 7×5cm² 区域粉碎、切面实质破损，中下部有多囊区、大 4.5×2cm²，囊大 0.5～2cm 不等，诊断为脾淋巴管瘤并外伤性破裂，左肾破裂。

例 4. 女，66 岁，间歇性头晕，乏力，巩膜黄染 5 年，近周症状加重，并心慌，气喘，发热，腹胀，食欲下降，消瘦，既往曾先后 4 次住院。体检：T38.2°，贫血貌，巩膜轻度黄染，心尖区闻Ⅱ级 SM，律齐。腹隆起，脾肋下 20cm，脐下 4cm，质硬，光滑，边钝，无压痛，肝未及，无腹水。血化验：Hb37g/L，RBC1.5×10¹²/L，WBC3.1×10⁶/L，N0.70、L0.30，血小板 86×10⁹/L。骨髓穿刺示缺铁性贫血，红系增生活跃～明显活跃。肝功能：直接胆红素 6.5μmol/L，总胆红素 28.4μmol/L，AST18IU/L，ALT19IU/L，GGT11IU/L、血清总蛋白 58.1g/L，白蛋白 37.2g/L，球蛋白 20.9g/L。术中见脾大 40×20×15cm³，下端与网膜粘连、肝色泽尚好，不硬，作脾切除术。术后经过顺利。病理诊断原发性粟粒型淋巴瘤，B 系，小裂细胞性。免疫组化检查 LCA++～+++，L26++，K～轻链±，R～轻链－，UCHL 结节外套压细胞＋。肝活检未见淋巴瘤。

讨 论

一、病理：原发性脾脏肿瘤无论国内外均甚少报道，我院 1947～1994 年在 1279 例脾切除中仅见 4 例，占 0.31%。

原发性脾脏肿瘤以恶性居多，约占 2/3，良性瘤仅占 1/3[2,3]。作者复习近半世纪国内有关资料，共报道原发性脾脏肿瘤 704 例（不包括囊肿），其中良性瘤 242 例（34.4%），恶性瘤 462 例（65.6%），良恶性比例为 1：1.9。组织类型以源自淋巴组织者为多见，次为血管内皮组织，国内病例恶性淋巴瘤 44.5%，血管肿瘤 32.1%（其中良性 57.5%、恶性 42.5%），淋巴管肿瘤 10.1%（良性 98.6%，恶性 1.4%），其他肿瘤 13.2%（良性 44.1%，与 55.9%）。脾良性瘤以血管瘤最常见、次为淋巴管瘤，国内统计血管瘤 53.3%，淋巴管瘤 28.9%。错构瘤 14.9%，其他良性瘤 2.9%。脾恶性瘤多为肉瘤，以恶性淋巴瘤为最，次为血管肉瘤。癌瘤罕见，国内恶性淋巴瘤 67.8%。脉管肉瘤 20.8%、其他肉瘤 9.9%，癌瘤仅 1.5%。

血管瘤：以脾血管组织胚胎发育异常为始基，由海绵状或囊状扩张血管组成错构瘤样肿瘤，组织类型多为海绵状血管瘤，少数毛细血管瘤，罕有淋巴血管瘤。肿瘤可呈结节型或弥漫型。脾血管瘤可并以梗塞、出血、坏死、纤维退变、炎症、感染、破裂、慢性穿透、恶变、脾功能亢进、造血功能障碍等。

淋巴管瘤：系脾淋巴系统先天性良性畸形，也是一种错构瘤样肿瘤，由无数新生淋巴小管及淋巴间隙组成。组织类型可分为单纯性，海绵状及囊状淋巴管瘤三类，以后两种居多，界限多不清，无包膜，可呈结节型及弥漫型。肿瘤生长缓慢，也可发生出血、炎症、感染、破裂、恶变。本组 2 例均为囊状淋巴管瘤。

恶性淋巴瘤：原发于脾者仅 1%，但在脾原发性肿瘤及恶性肿瘤中均列首位，肿瘤多较大，包膜光滑，增厚，常因梗塞，炎症而粘连，肿瘤首先侵犯白髓，可分四型：均匀弥漫型、脾呈弥漫状或结节状均匀肿大，粟粒结节型，脾实质中均匀或不规则散布灰白或灰黄色小结节，巨块型，罕见；多肿块型，肿块多而大，常见于网织细胞肉瘤或何杰金氏病。据肿瘤生长部位及浸润范围可分三期：Ⅰ期，肿瘤局限于脾内，Ⅱ期，侵及脾门，Ⅲ期，累及肋、胃或腹腔淋巴结。组织类型以非何杰金氏淋巴瘤为多，几乎均来自 B 细胞，源自 T 细胞罕见，何杰金氏病较少，国内 90 例中淋巴肉瘤 56.7%，网织细胞肉瘤 32.2%，何杰金氏病 11.1%。肿瘤也可并发梗塞，出血，破裂。本组 1 例经病理检查及免疫组化试验确诊。

原发性脾脏肿瘤并发自发性脾破裂可见于白血病，恶性淋巴瘤，Boeck 肉瘤，脾血管瘤，淋巴管瘤、血管肉瘤，出血性囊肿等，本组 1 例系脾血管瘤所致，Major－Elias 综合脾血管瘤 56 例中有 25%破裂，5 其机制为脾组织脆弱，肿瘤充血，梗塞，出血，腹压增加，或血肿压迫脾包膜坏死，分裂，或因不易察觉的轻微外伤，日常生理性动作及劳动而致，

二、诊治：此症男多于女，好发中年。临床症状多因肿瘤生长引起脾肿大，压迫邻近脏器，发生并发症或造血功能障碍而致。脾肿大致左上腹不适，疼痛，并可放射至背、腹、肩部，并可压迫邻近脏器致胃肠功能障碍及呼吸、循环症状。肿瘤较

维普资讯 http://www.cqvip.com

大或弥漫，脾实质受侵广泛者可有造血功能障碍。良性瘤增生缓慢，病程长、疼痛轻，全身情况好，贫血少，脾大质软，表面光滑，界清，部分呈囊性，稍可活动。恶性瘤生长迅速，病程短，疼痛重，多消瘦、贫血、发热，食欲差，恶病质，脾较巨大，质硬韧，有压痛，表面不平，境界模糊，不活动，偶有震颤，搏动，杂音。血液学检查常有造血功能改变。影像学检查对确诊有助。

手术切除是唯一有效方法，良性瘤瘤灶局限者可考虑脾部分切除，以保留其免疫功能，肿瘤较大或弥漫者，以脾切除为宜。恶性瘤应作全脾切除术或加区域淋巴结清扫，术后配合化疗或放疗，效果较好。

参考文献

1. Bostick WL. Primary splenic neoplasms, Amer J Path 1945; 21: 1145.

2. MorgensternL, et al. Tumors of the spleen Worl-el J Surg 1985; 9 (3): 468.

3. 林贤，他. 脾海绵状血管肿 1 例，临床外科（日文） 1987; 42 (13): 2003.

4. Ahmann DL, et al. Malignant lymphoma of the spleen Camer. 1966; 19: 461.

5. Major — Elias A, et al. The clinical course of splenic hemangioma with emphasis , on spontaneous rupture Arch Surg. 1961; 83 (5): 681.

6. 姚棣祥，等. 脾脏肿瘤，普外临床 1989; 4 (5): 313.

7. 姚育修. 原发性脾肿瘤～附 112 例综合分析，实用肿瘤杂志 1989; 4 (4): 228.

（收稿日期：1995—10—24）

硬膜外一次性注入曲马多或布比卡因用于术后病人镇痛 40 例观察

空军杭州医院麻醉科 陈花根 陈美哥

（浙江杭州，邮政编码 310004）

我院自 1991 年至 1992 年开展硬膜外不留导管一次性注入镇痛药及局麻药进行手术后止痛观察，镇痛药用曲马多，局麻药用布比卡因，发现二药镇痛效果明显差异，现将 40 例病人观察情况报告如下。

一、方法：选择 18～50 岁体质较好病人 40 例，性别不限，分成两组，每组 20 人，术中全部采用连续硬膜外麻醉下手术。手术部位为上腹部、下腹部、会阴部、下肢。上腹部手术以胃切除，胆囊手术为主；下腹部手术有直肠癌根治术，阑尾切除术，子宫肌瘤切除术；会阴部手术有膀胱镜检查术、痔切除术；下肢手术有股骨内固定术、大隐静脉结扎术见表。麻醉药为 1.6%利多卡因和 0.2%地卡因混合液。

40 例病人分成两组 曲马多组（Ⅰ组），使用西德格兰泰公司生产的药，1 次用量 1mg/kg，用生理盐水 5ml 稀释，在手术结束前 15 分钟左右从硬膜外导管中一次推入，手术结束拔去导管再观察 15 分钟，检测麻醉平面后送回病房。

布比卡因组（Ⅱ组）浓度为 0.375%，一次用量 0.2ml/kg，最大量为 10ml，方法同第Ⅰ组。两组病人回病房后均对经治医生作交待，观察并发症，第一次随访在手术结束后 4 小时，第 2 次随访次日上午，第 2 次随访为第 3 天上午。

二、临床资料：现将观察及随访情况见表 2、3；

表 1. 手术区域分布

组别	上腹（例）	下腹（例）	会阴（例）	下肢（例）	合计（例）
Ⅰ组	5	10	2	3	20
Ⅱ组	5	10	2	3	20