维普资讯 http://www.cqvip.com

表 2. 并发症观察（例数）

组别	尿潴留	恶心呕吐	血压变化	心率	嗜睡	其它
Ⅰ	0	1	1（下降）	0	0	0
Ⅱ	0	1	0	2（窦缓）	0	0

表 3. 平均镇痛时间（小时）

手术区域	Ⅰ组	Ⅱ组
上腹部	6	15
下腹部	4	12
会阴部	3	10
下肢	5	18

三、讨论：麻醉科参与术后镇痛工作是近年来的新进展，一般以硬膜外留置导管间断推注镇痛药和其他局麻药的方法为最常用，目前国内外已有不少文献报道。此法易引起神经根损伤，硬膜外导管顺行感染等并发症。Hunt 曾对 102 例手术后留置的硬膜外导管进行培养，发现 22 根导管有细菌生长。在普通病房消毒隔离制度往往较差，其导管给病人造成一种潜在的危险。我们试行了术后一次性推药镇痛，不留导管，对病人术后镇痛获得较好效果。另外又进行了曲马多和利多卡因二药镇痛比较。统计处理表明，两种药镇痛效果明显差异，显然布比卡因优于曲马多。在 20 例病人中，镇痛时间最长为下肢手术达 18 小时，各手术部位平均为 13 小时，推注一次性术后镇痛剂的时机一般在术中连硬麻醉的最后一次推注麻药后 30 分钟以上。这样原来的麻药作用已趋消失，不致于引起药物过量中毒，又不影响正确计算镇痛时间。随访中发现，布比卡因发生窦缓 2 例，为总数 10%，这两例病人手术中曾发生窦缓症状，一例未作处理自行好转，一例注射阿托品 0.25mg 后好转。布比卡因对心肌的影响曾有文献报道过，但只有在浓度和剂量过大时才发生。上述两例病人术中曾发生窦缓症状，说明病人对麻醉本身有一定反应。为安全起见，我们认为对心肌有疾患及心电图示窦缓的病人宜慎用或不用此药。布比卡因的长效止痛作用在下肢手术中尤为明显，我们曾有一例下肢拆钢板手术病人，因此药止痛未发生疼痛，而且肢体能正常活动。曲马多最长镇痛时间 6 小时，各部位手术平均镇痛时间为 4.5 小时，短于布比卡因。术后随访：发现 1 例病人手术后 2 小时出现恶心、呕吐、血压下降 90/60mmHg，心率 100 次/分，全身皮疹，但当时静脉输入液体中置有青霉素考虑为该药物反应，其余病人无以上症状发生，曲马多为非吗啡类镇痛剂，它没有呼吸抑制等阿片类药所引起的并发症，所以不必为此顾虑，但由于镇痛时间短，可以在术后留置硬膜外导管时选用。值得一提的是胆囊手术病人，由于血中胆碱酯酶的升高，对药物分解增快，经观察 4 例胆囊手术病人，发现无论用布比卡因还是曲马多镇痛，其镇痛时间均短于其它手术，其中最短 2 小时，最长也只维持 3～14 小时，故胆囊术后病人镇痛时用药量宜略大。

（收稿日期：1994—06—23）

R73-40 腹腔穿刺术 治疗 恶性腹水 21

腹腔穿刺术治疗恶性腹水 38 例临床观察

铜陵有色金属公司职工总医院肿瘤科 童邦兴 吴来云

（安徽铜陵，邮政编码 244000）

R730.4

我科自 1990 年来，共收治晚期消化道癌症病人危象——恶性腹水 38 例，均采用一次性慢性放腹水后注入顺铂或丝裂霉素等，取得了较好的效果，现总结报告如下：

一般资料：38 例恶性腹水病人均经 B 超证实。其中男 33 例，女 5 例，年龄最大 75 岁，最小 33 岁，平均 53 岁，原发性肝癌 8 例，胆管癌 2 例，胰癌 6 例，胃癌 9 例，直肠结肠癌 10 例，卵巢癌

维普资讯 http://www.cqvip.com

1 例，乳腺癌 1 例，其它 1 例，大量积液 31 例，中量积液 7 例，治疗前曾接受全身化疗 29 例，未经全身化疗 9 例；治疗前均有腹胀，胸闷，纳差，乏力，尿少，不同程度疼痛：40%患者有黄疸；12%患者发热，按 Karnofky 评分，健康状况在 60 分左右。治疗前一律做全身体格检查，化验检查，胸片，心电图、腹部 B 超。放腹水化疗后再全面复查一次。

治疗方法：常规取右下腹或左下腹行穿刺术，以一次性输液皮管缓慢排尽腹水，并根据病者全身情况，调节排水的速度，最大量达 3650ml，将顺铂 120mg 或丝裂霉素 12mg 用生理盐水 40ml 稀，释后一次性推入腹腔，推注后拔除穿刺针平卧并转体 720 度，卧床休息数小时后即可自由活动。此后视原发病灶和腹水控制情况而定，一般可每月治疗一次，4 次为一疗程，局部治疗同时要配合全身化疗，预防水电解质失调，低蛋白血症，按个体化原则进行利尿、支持，对症处理。

评价标准：其一，参照 WHO 关于癌症渗液的疗效判断标准，完全缓解 (CR)，腹水完全消失达 4 周以上；部分缓解 (PR)，腹水明显减少达 4 周以上；无变化 (NC)，未达到上述指标；腹水增多 (PD)，病情恶化。其二，血液系统毒性按 1981 年 WHO 统一标准分为 O—— Ⅳ度。

治疗结果：CR15 例 (占 40%)；PR19 例 (占 60%)；NC3 例和 PD1 例 (占 10%)，有效率占 90%。临床疼痛，腹胀消失，食欲改善，黄疸不同程度消退，腹水消失或减少，生活能自理。腹水形成后经治疗生存期最长达 8 个月。B 超显示瘤体缩小达 25%。

毒副作用：胃肠反应 8 例 (21%)，其中 1 例呕吐频繁，余均为轻度恶心，呕吐；血液毒性：白细胞减少 11 例 (29%)，血红蛋白量下降 7 例 (18%)，血小板减少 4 例 (11%)，均 Ⅰ～Ⅱ°；无腹泻，便秘，失眠，肝肾功能和心电图改变。

讨论：1. 恶性腹水与许多不同肿瘤有关，发生频率依次为肝癌，卵巢癌，子宫内膜癌，结肠直肠癌，乳腺癌，胃癌，胰癌，腹腔间皮瘤及恶性黑色素瘤也可出现腹腔积液。80%以上腹水形成与肿瘤腹内种植有关，肿瘤累及腹膜是恶性腹水最常见的原因，继发性腹膜癌或癌瘤腹膜转移 (播散) 则较常见，也可称为腹膜癌病。恶性腹水的成因可分为两类：一类为中心性腹水，系静脉或淋巴管癌栓阻塞所致；另一类为周围性腹水，由散布于腹膜表面的肿瘤结节刺激液体分泌而引起。其它有关因素包括血管活性物质促进腹膜液体从正常腹膜快速转入腹膜腔，正常引流通道和膈下淋巴丛受肿瘤浸润压迫，使其移除过多液体的作用减弱；血浆血管紧张肽酶活性升高和醛固酮水平升高。2. 恶性腹水的诊断有赖于腹腔穿刺，腹水化验和细胞学检查。癌性腹水多为血性，为淋巴管阻塞或破裂也可呈乳糜性。化验检查为渗出液，镜检有大量红细胞，单用细胞学检查即可在约 40%的恶性腹水中检出恶性细胞。恶性腹水时半数患者腹水 CEA>12mg/L。腹水 CEA 高于血浆特别是渗出液常提示腹膜侵犯，B 超检查、x 线及 CT 检查有助于诊断，还有助是否有增大的后腹膜淋巴结，有无腹腔或盆腔肿块，以及肝脾情况。腹水中找到癌细胞可以确诊，但未查见不能排除肿瘤腹腔转移。3. 恶性腹水增加到一定程度时，由于腹膜牵拉出现腹胀、腹痛；大量腹水可使膈肌抬高，影响膈肌腹肌运动，导致呼吸困难，胸闷，不能平卧；压迫胃肠道影响胃肠蠕动，导致食欲不振，食量减少，甚至不能进食等消化道症状，并因不能进食，逐渐消瘦，乏力，行动困难，生活不能自理，给患者带来极大痛苦，需要紧急处理，腹腔穿刺术放液兼有诊断和治疗的价值，有助于缓解腹内压力，是不可少的措施，但是单纯抽腹水，数日后又恢复原样，迅速大量放液体可导致低血压和休克，若频频放腹水可导致低蛋白血症及电解质失衡，反复穿刺可使腹膜炎或肠管损伤危险性升高，总之，机体一般情况越来越差，很快危及生命，全身化疗对腹水又无明显效果。近几年来医学界在寻求采用一次性排尽腹水，腹腔内注入抗癌药物在临床上已逐渐显示其优越性，配合全身用药有较好的疗效，为延长病人生命减轻病人痛苦起了很大的作用：笔者善用一次性输液皮管缓慢放液，并调节放液的速度 (100 滴/分左右)，一次性放尽，然后注入抗癌药物，可选用 PDD (80mg～120mg) MMC (10mg～30mg)、CBP (400mg～600mg)、E—ADM (50mg～80mg) 等，视原发病灶和腹水控制情况而定。放腹水后尽量使病人卧床休息，限制盐和水，给于利尿，补充蛋白质，纠正低蛋白血症，预防电解质失调，全身化疗根据化疗对肿瘤的敏感性，选用最佳方案，有效的全身治疗有助于减少腹水或复发，观察近期疗效，

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

甲亢术后复发再手术 2 例体会

江苏省常熟市中医院外科 陈耀荣

（江苏常熟，邮政编码 215500）

甲状腺机能亢进症手术后复发的原因较多，一般认为术后一年内复发者多与"残留量"过多有关；二年以上复发者常与甲状腺刺激免疫球蛋白（TSI）或缺碘有关。根据国内统计，手术后复发率一般为 5.4%[3]。对术后复发的处理意见不一。再次手术值得采用[1]。^{131}I 治疗也值得考虑。本文报告我院在 1990 年～1991 年对 2 例术后复发再手术的体会如下：

例 1. 女性，50 岁，农民。于 17 年前因原发性甲亢作双侧甲状腺次全切除术，近 5～6 年来甲状腺日益增大，两眼外突，且有心悸、多食等甲亢症状。检查颈部两侧甲状腺弥漫性肿大，T3：1.8ng/ml，T4：74ng/ml，γT3：75ng/ml，TSH：7.4 微国际单位，甲状腺球蛋白抗体阴性，甲状腺微粒体抗阴性。术前应用心得安，20mg，1 日 3 次，复方卢戈司碘溶液 5 滴，1 日 3 次，逐日递增 1 滴至 15 滴。12 天后心率由 120 次/分降到 74 次/分后再次手术。

术中见两侧甲状腺弥漫性肿大，右侧 5×4×4cm3，左侧 7×5×4cm3，再次施行双侧甲状腺次全切除术，保留两侧甲状腺后包膜及成人中指末节大小甲状腺。术中输血 200ml。术后随访 3 年 8 个月，甲状腺不肿大，甲状腺功能正常，参加日常劳动。

例 2. 女性，42 岁，职工。因原发性甲亢于 14 年前作甲状腺次全切除术。入院 4 年前又出现甲状腺增大和食亢、心慌等甲亢症状，反复治疗能控制症状。术前应用心得安和复方卢戈司碘溶液治疗。于 1991 年 1 月 21 日再次手术，次全切除双侧弥漫性肿大的甲状腺及峡部，仅保留成人中指末节大小甲状腺及后包膜，术后 3 年 6 个月，复查甲状腺功能正常，参加正常工作。

讨论：过去对甲亢术后复发多主张非手术疗法。由于再手术的难度大，复发率高，故采用药物或^{131}I 治疗。本组两例都经长期药物治疗，均无效果。^{131}I 治疗尽管能获得 90%以上的缓解率，但甲低的发生率，但甲低的发生率 54.7%[2]，放射性甲低是放射性碘治疗中的最大缺点，且有致癌的可能。本人体会采用再次手术时提出几点供参考：

1. 病例选择：年龄在 50 岁以下，已有压迫症状者方行手术。

2. 为防止甲亢危象的发生，术前除用心得安准备外，加服复方碘溶液 10～12 天，术后 8 小时开始服心得安一周，并继续服卢戈司碘溶液 10 天，术中术后应用激素。

3. 注意术中出血和术后呼吸道梗阻：再次手术的最大困难是甲状腺与周围粘连紧密、血管丰富，操作时渗血较多，手术野不清，易误伤血管和神经。为此笔者采用电刀，建议细心分离并常规解剖颈内静脉和颈总动脉。

呼吸道梗阻通常由于血肿压迫所致。术后确保引流管通畅，可用负压球吸引。防止喉头水肿，术中操作轻柔，尽理避免对喉头和气管的挤压和

其有效率可达 90%以上。4. 局部用药的特点为腹腔抗癌药物浓度高，可直接杀伤腹水中、腹膜、肠系膜上的癌细胞，对肝，胆、胰胃肠等瘤体表面的癌细胞也有杀灭作用，可抑制原发病灶的进展和转移，从而控制恶性腹水的产生。抗癌药物通过腹膜部分吸收进入血流中，协同全身化疗，从而可杀灭转移的微型病灶，控制原发病灶的生长。血液中药物浓度低，全身毒副作用可大大减少。操作简便，安全可靠，病者可乐意接受。其消化道反应可以枢复宁或胃复安治疗，血液系统的毒性作用可以激素，升白安等药物或输血球，即可很快恢复。综合上面所述，值得临床推广使用。

参考文献 略

（收稿日期：1994—12—19）