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