维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2002, Vol. 11, No. 4

检测，导管阵列电极装在气囊上，电极数目已达到64个，用它可以较准确地标测出心内膜电位，虽然不能紧贴心内膜，还隔着血液，但比从体表测量还是直接得多。如果说体表标测属于无创方法，对处理速度的要求还可以放宽的话，那么心导管标测则属于有创方法，病人不可能在X光机上躺很久，故对处理数据速度提出了极严格的要求，包括导管定位、数据采集、图形显示、自动分析和医生作出诊断的时间，都要分秒必争。作为临床医生学习和了解生物电是非常必要的。

（收稿日期：2002－08－20）

盆腔巨大恶性肿瘤的手术治疗

翟 锐* 格桑次登** 李为兵***

原发性盆腔肿瘤较少见，仅占全身肿瘤的0.07%～0.2%，大部分为恶性肿瘤。肿瘤巨大，常侵犯周围脏器及大血管，手术难度大，彻底切除困难是预后不佳的主要原因。我科曾成功进行1例巨大腹膜后恶性肿瘤全部切除术。本文就其外科治疗进行分析讨论。

一、资料与方法

病例，男，30岁，因“下腹部包块进行性增大，伴排尿、排便困难5年”，于2002年5月8日入院。5年前，患者即因下腹部包块进行性增大1月就诊，当时查体发现耻骨上下腹正中偏左有一个13 cm×14 cm×15 cm包块，B超及CT证实盆腔肿瘤，拟手术治疗，患者放弃治疗出院。3年前曾行肿瘤切除术，见肿瘤侵犯左侧髂外动静脉，表面满布粗大肿瘤血管，手术出血严重，难以止血，导致失血性休克，取活检结束手术。病理报告为盆腔恶性神经鞘瘤。此次因包块再次增大，并出现排尿、排便困难，左下肢麻木、水肿，患者要求手术而入院。查体发现包块已增至13 cm×17 cm×19 cm，经科室讨论，分析病情，总结上次出血过多，髂外血管侵犯导致手术失败的教训，制定了主动脉阻断，严格无菌原则下先包膜内肿瘤减容，再包膜外彻底游离切除肿瘤，双侧髂内动静脉结扎，必要时左侧髂外动静脉肿瘤内段切除的原则。于2002年5月28日行肿瘤全切术。探查见肿瘤位于盆腔，左侧与盆壁粘连，前方与膀胱及乙状结肠粘连紧密，肿瘤表面密布粗大的肿瘤血管（最粗者直径达2.5 cm左右）。切开正中后腹膜，在肾动脉及肠系膜上动脉之下预置主动脉阻断器，将乙状结肠与肿瘤游离，再游离膀胱，因膀胱壁薄，难以游离，遂切开膀胱，手指于膀胱内引导，在膀胱肌肉层表面锐性剥离与肿瘤粘连，再由双侧输尿管口插入双“J”管，由右侧开始，先游离出输尿管，沿肿瘤表面游离出瘤体约1/4时，出血难以控制，遂阻断主动脉，锐性剥离肿瘤，至左侧输尿管及髂血管附近时，因肿瘤巨大，周围组织难以暴露，无菌条件下由顶部切开肿瘤，挖出包膜内瘤组织，见肿瘤内部为大量陈旧积血及液化坏死组织，清除尽肿瘤内组织后，瘤体明显缩小，完整游离出输尿管，左侧髂外动静脉由肿瘤内通过，无法游离，遂整块切除，去除肿瘤。切断髂外动静脉长约15 cm，行血管移植恢复左侧髂外动静脉连续性，取双侧大隐静脉各16 cm，分别与髂外静脉及动脉两断端吻合。手术历时11 h 30 min，术中主动脉阻断2h 45 min，左髂外动静脉阻断7 h 34 min，术中出血约8 700 ml，输红细胞4 200 ml，血浆2 470 ml。术后患者生命体征平稳，左侧下肢皮温明显低于右侧，足背动脉搏动弱。术后第2天，卧床双下肢活动自如，左下肢略疼痛，皮温及足背动脉波动基本正常，术后第7天，下床，活动自如，左下肢略水肿。术后第14天，3处切口均拆线，切口甲级愈合。术后15 d患者出院。

二、结果和讨论

原发性腹膜后肿瘤的治疗，到目前为止，早期、彻底地手术切除仍是主要的手段。但是原发性腹膜后肿瘤因位于腹膜后，扩展余地大，早期无症状，临床所见均较巨大。影响切除率的主要原因为周围器官或大血管被肿瘤侵及和粘着，以及有转移的发生，早期对于和周围脏器有广泛粘连的良性肿瘤，有学者建议被膜内摘除，以避免广泛渗血导致病人死亡，但对于恶性肿瘤仍无好的方法。嗣后，对于肿瘤侵犯周围脏器，手术适应证亦放宽，联合切除的脏器主要有肾脏、脾脏、结肠、小肠、直肠、膀胱，因为盆腔及附近重要脏器不多，随手术及麻醉的进展，联合脏器切除似无难度。但在盆腔巨大的恶性肿瘤，与重要血管无法分离时，多被列为手术禁忌，并且，盆腔巨大肿瘤，血供丰富，其表面多有大量肿瘤血管，且与周围粘连紧密，剥离中广泛大量渗血难以控制也是影响这种肿瘤切除的主要因素。

通过该病人的手术成功，给今后治疗此类病人一个较新的思路，即主动脉阻断，可以大量地减少游离肿瘤过程中的渗血，加快切除肿瘤的进程，保证手术安全。主动脉阻断术如辅助以

* 作者单位：471031 河南省洛阳市解放军150中心医院泌尿外科
** 西藏拉萨市武警总队医院外科
*** 重庆市第三军医大学西南医院泌尿中心

维普资讯 http://www.cqvip.com

术前自体血储备，术中再回输，应能收到更好的效果（该病人因术前血压较低而未进行自体输血）。主动脉在双侧肾动脉及肠系膜上动脉之下阻断时，因盆腔无重要脏器，不会有严重并发症，主要受影响的是血压波动及双下肢血供，下肢可以忍受缺血时间7～8 h，而不能耐受长时间淤血，术前可以通过下肢弹力加压尽量驱除静脉系统积血，并且在髂外血管受侵犯病人，下肢多已有侧枝回流建立，淤血问题也不构成禁忌。此病人术中主动脉阻断2 h 45 min，髂外动静脉阻断7 h 34 min，与以往临床报道常温下主动脉阻断15 min、25 min等安全时限出入较大，近来动物实验已提出"腹主动脉阻断1 h脏器损伤能够得到代偿恢复"，但是，这些资料均为腹主动脉开口阻断，该病人主动脉在双侧肾动脉及肠系膜上动脉之下阻断，术后无明显后果，给予作者对动脉断流时间一个具体的理解。血管外科的进步，髂外血管受侵犯现在看来也不应该为手术禁忌。

先行肿瘤包膜内切除，再由外切除，主要为手术争取了时间，且利于解剖。手术中切开膀胱在膀胱内引导游离膀胱，及双侧输尿管插入双"J"管，均可以快速、安全游离出输尿管及膀胱，也争取了手术时间，是手术成功的另一个要点。

在治疗上，该病人病程长达5年，肿瘤除局部增大外，无其他明显进展，说明此类病人仍应积极争取手术，既往报道此类病例术后生存期均低于2年，考虑与手术不彻底有关，所以，手术如果进行，就尽量采取彻底的全切方案，俾能收到预期效果。

（收稿日期：2002－09－25）

烧伤病人功能锻炼的护理体会

李丽华* 赵新巍* 冯颂华*

大面积烧伤病人的救治，除早期进行积极的抗休克、抗感染、给营养、尽快封闭创面外，还需进行早期功能锻炼，以预防或减轻烧伤愈合后挛缩畸形，也有助于肢体肌力的恢复，改善血循环，利于创面修复。我科于1998年至2001年对125例病人进行功能治疗，收到较好的效果，现将护理体会介绍如下。

一、资料与方法

1.临床资料：本组病例中，烧伤患者92例，整形患者33例。治疗时间为15 d至半年，治疗部位为手、腕、肘、颈、肩、膝、踝部等。

2.治疗方法

（1）时间的选择：一般于伤后2周或切痂植皮整形术后10 d左右，切口愈合，即可开始功能锻炼，下肢活动时机在植皮后2～3周，创面愈合后才能离床活动。

（2）按关节功能进行治疗：每个关节均有其特殊的功能，如手部的功能是捏、抓、握等动作，治疗的关键是掌握关节和各指间关节的主动运动，治疗时先松动患者局部皮肤，然后握住其关节的近端，进行伸直位和屈曲位的运动，并协助其做对掌、分开指蹼、握拳等运动，逐渐加大运动量和时间，对已发生严重障碍和畸形的关节，需每天加压牵拉或每晚加压包扎，固定于功能位置，第二天再打开，并督促患者主动活动，这对恢复关节功能有促进作用。

（3）依关节的轴心进行治疗：有的关节不仅有伸屈运动功能，而且还有轴心的运动功能。如肩、髋关节。治疗时以一手保护患者关节，另一手抱住肢体，先作伸屈活动，再以关节的轴心活动功能进行旋转，逐渐加大运动至关节功能最大范围。切忌用力过大，以免损伤关节的肌腱和周围的组织。

（4）加压疗法：在创面愈合后尽早使用弹力绷带，对防治瘢痕增生疗效显著，在病人能够耐受，加压后远端血循环良好的前提下，尽可能紧地加压包扎，应昼夜持续使用，一般使用6～8个月，儿童常需二年之久。如果瘢痕增生较重，则使用时间可适当延长，直到瘢痕成熟（变软，颜色转白）时。

（5）温水浸浴疗法：用40 ℃左右的温水浸泡患者局部或全身，浸泡15～30 min后，再作关节局部运动的治疗，温水浸浴可软化疤痕组织，增强皮肤弹性，加速血液循环，促进关节功能恢复。

（6）加强肌力和功能技巧治疗：烧伤患者具有卧床时间长，营养消耗大，体质虚弱等特点，因此早期进行局部或全身的肌力锻炼和功能技巧练习显得尤为重要，对卧床患者，协助或督促每天作肢体的主动运动2～3次，每次15～30 min，待能下床活动后，在每日上、下午分别于室外活动1/2～1 h。如做体操，走路及吃饭、穿衣、写字等从锻炼自己的生活能力开始，逐渐扩大到出院后可参加轻微体力劳动，使患者治愈后成为自食其力的劳动者。

（7）器械疗法：应用支架、握力器、撑肢板等器械，作为促进关节功能恢复的辅助治疗。

二、结果与讨论

1.烧伤患者早期进行功能锻炼是促进关节功能恢复的有力措施，特别是深度烧伤患者，除伤及皮肤外，还由于肌肉和肌

* 作者单位：150001 哈尔滨医科大学第一临床医院整形烧伤科