维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第3期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2002, Vol.11, No.3

腹膜后脂肪肉瘤出血伴下腔静脉压迫症一例

周 斌* 赵家瑜* 郑宝昌* 黄钟义*

一、资床资料

病例，女，30岁。乘车途中颠簸后出现腹痛、腹胀，次日因症状加重，并发现腹部有一包块，当地医院以"腹部包块性质待诊"、"失血性贫血"在县医院行剖腹探查手术，术中见"腹腔有血性渗液100 ml，探查发现右侧腹膜后巨大包块，上缘达膈肌，下缘达盆腔，包块内侧超过前正中线，表面张力高，有广泛不明原因出血（术中出血约1400 ml），因包块巨大，出血多，难以控制，加之血源不足（已输血2100 ml），不能切除包块，被迫终止手术"。术后包块继续增大，下肢水肿加重。术后第7天以①失血性休克？②右肾恶性肿瘤出血？③右侧腹膜后血管瘤破裂？转入我院。入院体检及X线、B超、磁共振等检查后初步诊断①腹膜后巨大肿块性质待查，②失血性贫血伴心功能不全，③下腔静脉受压综合征。经支持治疗，择期再次手术、术中发现腹膜与肿瘤包膜已被缝合在一起，腹腔内无腹水及血液，肠管无粘连，包块有完整包膜，血供丰富，上达膈肌，下达盆腔，分为上下两叶，上叶较大表面为暗红色。当拆开原腹膜与包膜缝合部分时，即有陈旧性积血夹杂鲜血大量涌出，约为1000 ml。在囊内结扎供血血管，将包块在包膜内完整切除，术中出血约3500 ml，术中输血3000 ml，包块重6 kg。病理报告：脂肪肉瘤。术后以对症支持治疗，恢复顺利，术后22 d痊愈出院。3月后复诊，一般状况良好，用阿霉素+甲氨喋呤化疗一个疗程，辅以HG2000高频治疗仪热疗效果较为满意。

二、讨论

脂肪肉瘤属于软组织肉瘤的一种，占恶性肉瘤的1%，临床上少见。多数以膨胀性生长为主，具有完整包膜为特点，供应肿瘤血管常位于肿瘤基底部。手术加放疗疗效最好、分化好的5年存活率可达70%～80%。因腹膜后间隙解剖结构疏松，生长空间大，前方又有腹腔脏器遮盖，使得腹膜后肿瘤在病程初期，病情较为隐匿生长，到一定程度出现症状和体征时，多已形成对毗邻脏器，尤其是对走行于腹膜后间隙的腹主动脉、下腔静脉和髂血管的推移、压迫或包绕。若肿瘤血供丰富，以及肿瘤体积巨大，中心部位出现出血坏死或受到外伤出血时，肿瘤内张力增高可突然增大，症状加剧，并可出现剧烈疼痛和虚脱，如压迫静脉及淋巴管引起回流障碍时，可以出现阴囊、下肢水肿和腹壁静脉曲张等下腔静脉受压的临床表现。本例患者在乘车途中因颠簸导致包块血管破裂囊内出血，出血后包块迅速增大，出现症状才去就诊。首次手术因种种原因未能切除肿瘤，便将肿瘤与包膜紧密缝合，起到暂时压迫止血的目的，术后因囊内出血，包块继续增大刺激膈肌并压迫下腔静脉，病人出现气促、干咳、双下肢水肿和胸膜反应，符合上述观点。

手术是治疗腹膜后脂肪肉瘤的最主要手段，本例患者虽然第一次手术未能切除包块，但对症支持治疗纠正贫血及低蛋白血症后，全身情况明显改善，体检包块较前缩小，能轻微推动。鉴于脂肪肉瘤生长缓慢，相对恶性程度较低，有再手术切除的可能时，应抓住时机再次手术。因为术中大出血是手术治疗最常见而又最凶险的并发症。故防范术中大出血是提高手术疗效的重要问题。因此充分做好术前准备及检查，了解包块与邻近脏器的解剖关系、供血状况以及与大血管的关系，配足血源（2000 ml以上），选用全麻及中心静脉置管，使术野暴露良好，并建立了良好的输血补液通道，是手术成功的关键。尽管本例手术难度大，出血多，风险高，由于准备充分，手术得以顺利进行，使患者康复出院。

（收稿日期：2002－04－01）

* 作者单位：671000 云南省大理州医院普外一科

24例周期性麻痹的临床研究

于淑花*

我院自1992年1月至2001年12月期间共收治周期性麻痹（PP）患者24例，本文就其病因及治疗进行讨论，并强调周期性麻痹不只是低钾血症所致，高钾和正常血钾也可引起PP。

一、资料与方法

1.临床资料：本组24例，男性16例，女性8例，年龄15～60岁，发作时间4 h至半月不等，但多数未超过2 d，发作期间1～2月一次，或一年一次不等。

2.辅助检查：24例病人均行CT及脑电图检查，均正常，血生

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯铁路医院急诊科