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

维普资讯 http://www.cqvip.com

化检验:低血钾 < 3.5 mol/L 者 12 例,约占 50%;高血钾 < 7 ~ 8 mmol/L 以上者 5 例,约占 21%;血钾浓度正常者 7 例,约占 29%。

3.神经系统检查:病人均神志清,语言流利。颅神经正常,颈软,克氏征、布氏征均阳性,四肢肌力对称减弱,0 ~ Ⅲ级不等,肌张力下降,生理反射减弱或消失,病理反射未引出,感觉未见异常。

4.分类:周期性麻痹分高血钾、低血钾及正常血钾三类,见表1。

表1 周期性麻痹血钾分类

项目	低血钾	高血钾	正常血钾
例数	12	5	7
百分比	50%	20%	21%

5.治疗:(1)低钾周期性麻痹治疗:原则立即补钾,如果不伴呕吐,原则上以口服氯化钾为主,成人一次服 6 ~ 8 g,以后每次 2 g,每日 3 ~ 4 次,完全恢复后改为每次 1 g,每日 3 次,维持 1 ~ 2 周。严重者可静脉补钾,可用 10% 氯化钾 30 ~ 40 ml 加入林格氏液或 5% 葡萄糖液 1000 ml 中静滴,待症状缓解后改为口服氯化钾。为加强补钾效果,可辅用镁剂治疗。(2)高钾周期性麻痹治疗:病情较轻者,大多无需处理。病情较重者,可用葡萄糖酸钙或氯化钙 1 ~ 2 g 加入 25% ~ 50% 葡萄糖液 40 ~ 60 ml 中缓慢静脉注射,也可静脉滴注 10% 葡萄糖液 500 ml 加普通胰岛素 10 ~ 20 U,以促进细胞内糖原的合成和钾自细胞外进入细胞内。也可静滴碱剂如 5% 碳酸氢钠。发作频繁者,于间歇期予高碳水化合物饮食,服乙酰唑胺、氢氯噻嗪等,可预防发作。(3)正常血钾性周期性麻痹:可用大剂量生理盐水静滴,使瘫痪好转,同时可给予①钙剂:10% 葡萄糖酸钙,每日 1 ~ 2 次,静脉注射或用钙片 0.6 ~ 1.2 g/d 口服;②氟氢可的松 0.1 ~ 0.2 mg/d;③每日口服 10 ~ 15 g 食盐。

二、结果

24 例周期性麻痹患者经住院治疗后,麻痹症状及体征均消失,血钾大多在住院期间恢复正常,见表2。

表2 周期性麻痹患者治疗结果

	低血钾(n = 12)	高血钾(n = 5)	正常血钾(n = 7)
出院时血钾浓度	10 例正常 2 例明显好转	正常	正常

注:2 例低血钾患者出院后继续口服氯化钾 2g,3 次/日,复查正常后改为 1g,3 次/日维持

三、讨论

本病的发生与钾代谢障碍有关,但具体导致钾代谢障碍的原因不明,最重要的是任何血清钾过高(≥8mmol/L)或过低(< 2.5mmol/L),通过静止肌纤维膜电位上的作用而致弥漫性肌无力,高血钾致过极化,使肌纤维不能去极化到引起肌纤维收缩的动作电位;低血钾产生去极化作用,而致肌纤维膜上钠通道的去极化灭活。低钾性周期性麻痹发作时,血钾含量低,尿钾排出减少,而肌细胞内钾含量增加,从而使膜电位下降,出现无力及瘫痪,其原因可能是:①鉴于碳水化合物能诱发本病,有学者认为碳水化合物代谢缺陷可能是 K^+ 内流的原因;②由于肾上腺皮质激素间歇性分泌过多所致;③另一种可能是肌纤维膜的离子通透性异常;④有人认为本病的发生与神经机制有关,如间脑部病变可伴有 PP,在睡眠时或过度疲劳时发生,这与大脑皮质进入抑制状态,失去其对下视丘的控制有关。高钾性 PP 发作时血清中钾的浓度增高,而肌肉中钾的浓度降低,尿中钾排出增高,说明细胞内钾向外移。其发生机制与膜电位下降,膜对钠离子的通透性增加或肌细胞内钾、钠转换能力缺陷有关,正常血钾性 PP 发作时,血液和尿中钾的浓度正常,肌肉钠的含量增多,而钾的含量降低,在发作前尿中钠排出增多,而钾排出减少,受凉过劳、酗酒、便秘、情绪波动等都可能成为 PP 诱因。

(收稿日期:2002 - 04 - 18)

应用血磁疗法治疗32例眩晕症体会

刘美春* 耿式鹏* 武 杰*

应用血液磁极化机治疗 32 例眩晕征,并进行随访,有效率达 98%,复发率仅为 5%。因此血磁疗法是目前治疗眩晕症的一种方便、有效的新疗法。

一、资料与方法

1.一般情况:32 例患者,女性 20 例,男性 12 例,年龄 22 ~ 69 岁,初次发病者 12 人,复发者 20 人。

2.临床表现:均为突然发作,头晕、恶心、呕吐、不敢睁眼、感到周围或自身物体旋转,重者卧床,经彩超及专科检查确诊为中枢性眩晕。

3.治疗方法。应用 XC 型血液磁极化治疗机,采取病人血液 80 ml,放入核磁共振场,磁氧光同步 15 min,积累期每日一次,共三次;治疗期为隔日一次,共五次;巩固期隔二日一次,共二次。

二、结果

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯铁路医院急诊科