DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.05.018

（本文蒙中医科洪多伦主任审阅指正，特此致谢。）

参考文献

1. Ayers JWT, Gidwani GP. The "luteal breast": hormonal and sonographic investigation of benign breast disease in patients with cyclic mastalgia. Fertil Steril 1983;40:779
2. 顾伯华。实用中医外科学。第一版，上海：上海科技出版社。1985：143～144
3. 江苏中医学院编。中药大辞典（上册）。第一版，上海：上海科技出版社。1986
4. 邝安堃，等。麦芽对催乳素的影响及在乳溢症治疗上的尝试。中西医结合杂志 1984；3（4）：134
5. （英）HO 席尔德著。应用药理学。第一版，北京：人民卫生出版社。1985：454
6. 许正斌，等。山楂叶综述。中医药学报 1985；4：49
7. 王磊。通草中微量元素及氨基酸的分析测定。中草药 1986；8（17）：33
8. Rose DP, Pruitt BT. Plasma prolactin levels in patients with breast cancer. Cancer 1981;48:2687
9. Henderson BE, et al. Elevated serum levels of estrogen and prolactin in daughters of patients with breast cancer. N Engl J Med 1975;293:790
10. 吴德钜。饮食与癌症。实用癌症杂志 1986；4：44

（收稿：1987.12.11，修回：1988.6.10）

罕见盆腔巨大肿瘤手术治疗成功二例报告

蔡志民　王代科　（西南医院　普通外科）

我院自1977年以来，10年中遇两例少见巨大盆腔多发性恶性许旺氏细胞瘤和巨大前列腺样腺瘤各一例，手术切除成功，治愈出院，报道如下。

例1：谭×，男，48岁，以下腹巨大包块自1977年5月19日突然畏寒、发热，体温38～39℃，出现尿频、尿急、尿痛。下腹出现包块15×14×10cm³，逐日增大至耻骨上7～8cm。查体：腹壁软，包块上界达脐平面以上，表面光滑，质硬，不活动。穿刺抽得血性液体。后尿道受压，导尿管未放入膀胱。指肛检查：肿块位于前列腺部位向后突出，上界扪不到，左右与盆腔壁紧贴。质硬，直肠与肿块紧密粘连，指套上未见血迹。静脉肾盂造影：膀胱明显增大，有10×7cm大小充盈缺损，右侧肾功能受损。钡剂灌肠检查：直肠、乙状结肠向右后移位，直肠下段肠腔变小，直径2cm。临床诊断："前列腺癌"。1977年9月29日在全麻下行剖腹探查术，术中所见：瘤体坚实，位于整个盆腔，直肠、膀胱受压推移。取瘤组织冰冻切片，报告为"低度恶性肿瘤"。分离时瘤体太大广泛渗血。即结扎双侧髂内动脉，，在耻骨联合处劈开，扩大切口以便暴露，手术顺利完成。术中输血5100ml。术后病人顺利恢复，治愈出院。术后石蜡切片病理报告："直肠窝巨大多发性恶性许旺氏细胞瘤"，肿瘤10×15×11cm³大小，呈灰褐色。

例2：黄×，男，18岁，工人。因中下腹肿块8月伴排便困难2月，于1987年9月4日入院，1987年1月发现下腹肿块，质硬，无痛。7月25日在当地医院行剖腹探查术，发现瘤体大，手术切除困难而关腹。肿瘤继续增大，腹胀，大便困难，一次需30min以上。腹部检查：下腹部隆起，肝脏和脾脏未触及，腹水症（－）。于耻骨上7cm即可触及包块，质硬，不活动。边界清楚表面光滑，无压痛。指肛检查：包块下缘距肛门2cm，上缘摸不到，包块固定，直肠前壁受压。钡剂灌肠检查，包块位于直肠前，直肠近端、乙状结肠扩张。B型超声波检查：下腹混合型包块，左肾肾盂轻度积水。CT检查："囊实性肿瘤"，左侧输尿管下端受压，肾盂积水。临床诊断："盆腔巨大纤维瘤"。于1987年9月25日在全麻下行剖腹探查术，术中发现左

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

肾盂积水，左侧输尿管扩张，直径达2 cm，包块18×22×15cm³于盆腔内不活动，瘤组织血循环丰富，于肿瘤顶部取组织一块2×2cm，创面渗血不止，缝合10余针才止血。冰冻切片报告："组织呈慢性炎症"。劈开耻骨联合扩大切口，显露瘤体中部，结扎双侧髂内动脉；暴露两侧输尿管；游离膀胱至颈部，暴露前列腺。顺利切除肿瘤。术中输血4050 ml。术后恢复良好，痊愈出院，术后病理切片报告："盆腔前列腺样腺瘤"。肿瘤重1500 g。

讨　论

这两例盆腔内巨大肿瘤较罕见，其中巨大前列腺样腺瘤查阅国内文献，未见有报导。关于盆腔内巨大肿瘤的手术治疗，我们有如下体会：（1）术前要有充分的准备。此类患者术中出血多，术前要备有充足的血源。另外，盆腔肿瘤与直肠乙状结肠关系密切，术中可能损伤或需同时进行切除，为了减少盆腔感染，术前应进行肠道准备。（2）盆腔内巨大肿瘤，暴露较困难，劈开耻骨联合，扩大切口，利于肿瘤的显露和切除。术后无骨盆畸形和走路不稳等后遗症。（3）结扎双髂内动脉，可减少术中出血。（4）术中如发现肿瘤系良性，应尽可能保持输尿管、直肠的完整。术中首先显露输尿管和直肠或边显露、边分离瘤体组织，自始至终看清输尿管走行。（5）防止损伤骶前静脉丛引起的大出血。在分离直肠后壁时，以钝性分离为主，在直肠与骶前筋膜之间进行。

（收稿：1987.12.2，修回：1988.7.14.）

氟碳代血液用于缺血性脑血管病的治疗

杨志焕　陈惠孙　陈曼娥　姜德福　孟海杰　李廷琼（野战外科研究所）

我所1983年以来开展了载氧氟碳代血液用于缺血性脑血管病的治疗，取得了较好的效果，现将研究结果报告如下：

研 究 方 法

输注的制剂

氟碳乳剂(Fluorocarbon emulsion简称FCE)亦称氟碳代血液，其主要成份为具有载氧功能的全氟萘烷与全氟三丙胺，以7∶3比例混合经高压乳化泵制成微细的乳剂。氟碳含量为20～22%，电镜观察微粒平均直径小于0.1μm。低分子右旋糖酐（简称LMWD）为市售品、分子量3～6万。

研究对象和输注方法

研究对象共20例，其中男性14例，女性6例，年龄28～71岁。所有病例均经腰椎穿刺收集脑脊液分析和脑血管造影确诊为缺血性脑血管病。研究组（FCE组）10例，输注FCE，另10例输注低分子右旋糖酐（LMWD）作为对照组。FCE组，先静脉推注FCE 1 ml，作为试验剂量，观察15min，如无特殊反应，则输注FCE250～500ml，于1～2 h内滴完，每天一次，连续输注3天，总剂量为1000～1500ml。输注过程中面罩吸纯氧，氧流量5～7 L/min，输注结束后继续间断吸氧4～6 h。对照组（LMWD组）输注低分子右旋糖酐，每日一次，静滴500ml，连续输注8天。

观察指标和疗效判断

观察指标包括生命体征（BP、P、R）和神经系统症状和体征的改变。FCE组5例在输注前后测定了动脉血气，并根据动脉血气计算FCE的携氧量。FCE组输后72h和LMWD组第8次输注后判定疗效。肌力提高1级判定为有效，肌力提高2级或2级以上判定为疗效显著。神经系统的其他症状和体征输注后好转判定为有效，基本恢复正常判定为疗效显著。

结　果

临床一般情况

输注FCE 1 ml试验剂量时，2例有一过性胸闷、颜面潮红等类过敏样反应，持续1～2 min后即缓解。输注LMWD未见类过敏样反应。两组输注过程中和输注后血压、心率、呼吸均未见明显改变。

神经系统症状和体征（见表）

输注FCE后，除1例病程超过20天的脑软化病例外，肌力均有不同程度的改善，有效率9/10，其中显著有效6例，有效3例。LMWD组输注后7例

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net