DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.02.030

奇静脉宽0.2～0.3 cm，僵直、纤细。诊断考虑慢性非特异性纵隔炎伴上腔静脉综合征。以低分子右旋糖酐、肝素、丹参静滴，口服强地松后，胸闷减轻，浮肿消失，胸水增长减缓，静脉压降为1.08 kPa，于6月初出院。住院2月共抽胸水30余次，计26860 ml，出院月余症状再起，会诊疑为胸腔良性肿瘤，转入我校三院胸科。3月3日在全麻下开胸见：右胸腔广泛粘连，肿瘤囊壁厚1 cm，从囊腔抽出囊液3000 ml(术前1日抽胸水2000 ml)；肿瘤将右肺推移压迫，切开瘤体见大小不等囊腔15个，内有白色毛发。将肿瘤完整切除重约4 kg，体积42× 15× 10 cm^3，取瘤后经插管吹气肺即复张。病理检查为纵隔囊性成熟性畸胎瘤。痊愈出院，次年随访完全康复。

讨　论

纵隔原发肿瘤以畸胎类肿瘤为常见(27.1%)，病理分为实质性为主的畸胎囊肿和囊性为主的畸胎囊肿(即皮样囊肿)，多位于前上纵隔，如本例囊肿占据整个右胸腔实属罕见，以致误诊。以下4点有助鉴别：

1. 年龄。畸胎类肿瘤多见于30岁以下，女多于男。症状轻微，若无继发感染常不出现发热等中毒症状，本例大量胸腔积液而轻活动时全无呼吸困难，仅在胸腔继发感染后出现上腔静脉综合征始气急、不能平卧。住院抽胸水26860 ml，而营养仍佳良。

2. 在无胸腔继发感染时，胸水为漏出性。

3. 纵隔移位情况。本例气管稍向左移，左侧卧位时心脏移位不显著，移位程度与液体量不成比例，对抽除胸液耐受性强，1次抽液达1700 ml，术后亦无明显不适，考虑为抽液仅影响囊内压，而对胸内压影响较少之故。

4. 胸片为诊断重要依据，患侧肋膈角常清晰、尖锐，与胸腔积液肋膈角模糊变浅、消失迥然不同。

(收稿：1988.5.10；修回：1988.8.22)

试用盐水置换法采浆2023例报告

肖瑞卿　华丽娟　林武存　梁秀娥　郭水芳　成小玲　李　兵　帅桂珍　史曦凯　(西南医院　输血科)

单采血浆术是提供血浆的一种主要方法。常规使用双程法，采浆400～500 ml约需60～90 min。从85年6月起，我们试用在采第一袋全血后输给等量生理盐水，可缩短时间1/3。现报告如下：

方　法

1. 献浆者半卧位，常规采血400 ml于ACD血袋中(第一袋)，快速滴注500 ml生理盐水后，再采全血400 ml(第二袋)，生理盐水慢速滴注维持静脉通道。对两袋全血离心及分浆后，加生理盐水输还给献浆者。献浆者均为50 kg以上健康男性，每月采浆一次。

2. 试用本法初期，对50例献浆者于采血前及采血800ml后，测量血压脉搏并观察纪录其变化。

3. 观察统计晕厥发生率。

结　果

1. 1985年6月～1986年12月期间采浆1272例次，1987年1月～10月751例次。

2. 其初期50例献浆者血压脉搏变化如下表：

	采血前		采血后		t值	p值
	均数	标准差	均数	标准差		
收缩压	118.64	11.72	114.84	12.5	2.14	<0.05
舒张压	79.24	8.53	76.84	11.31	1.60	>0.05
脉　搏	80.84	12.02	85.74	9.42	4.05	<0.01

3. 晕厥发生率为0.88% (10/1139)。1987年0.27% (2/751)。

讨　论

按照国际标准，一次采血量不应超过全身血量

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

的13%，正常人血容量生理波动范围为10%。我们于采第一袋全血400 ml后，即予快速输注生理盐水等量，以预防采第二袋血时发生有效循环血量不足而导致失血性休克。补充的虽系晶体液，在循环中维持时间较短，但于1 h内还输红细胞悬液，加以机体将储存在组织中的蛋白质向血管内渗透，同时由于血管收缩、心搏加快加强，可使有效循环血容及时调整。根据成份输血方案，一健康成人急性失血量如未超过总血量的20%，机体可以耐受不致缺氧，超过此量需补充红细胞。我们选择体重50 kg以上的献浆者，全身血量在4000 ml以上，采血800 ml未超过总血量的20%，1 h内回输红细胞，不致引起缺氧。

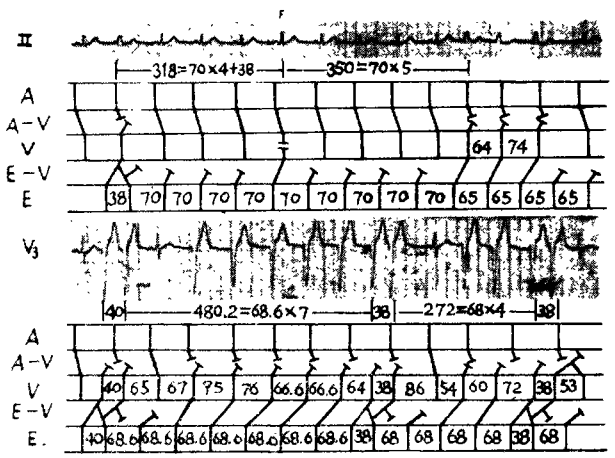
根据观察结果，舒张压较采血前稍下降，但差异不显著($P>0.05$)；收缩压下降及脉搏加快较采血前有显著差异，但均在生理波动范围内。85年至86年的晕厥发生率为0.88%，与献全血300 ml的发生率近似。发生后采取停采、休息和服用糖水等措施均很快恢复。87年以来，献浆者已适应此法，将初次献浆者穿插在"老"献浆者中，晕厥发生率下降至0.27%。

我们认为献浆者体重50 kg以上、睡眠充足均可用本法，高温盛夏则以常规双程法为宜。

室性并行心律伴传出变异文氏现象和灶内或其保护圈的折返

罗昭林 祝善俊（新桥医院 心电图室）

并行心律伴并行灶内或其保护圈的显性和隐匿性折返十分罕见，而并行心律伴传出变异文氏现象和并行灶内或其保护圈的显性和隐匿性折返更为罕见，目前国内尚未见报道，现将我们遇到的1例分析如下。



附图 说明见正文。数字单位：1/0。

临床和心电图资料

患者女性，36岁，临床诊断：病毒性心肌炎。心电图系窦性心律不齐，QRS形态有三种。II导联R_2、R_{11}—R_{13}和V_3导联$R_{2、3}$、R_{5-11}、R_{13-16}宽大畸形，为室性搏动，配对时间从0.38 0.80 s不等。II导联R_1、R_{3-5}、R_{7-10}、R_{14}和V_3导联$R_{1、4、12、17}$为正常QRS。II导联R_6为室性融合波。V_3导联R_2-R_3、$R_{10}-R_{11}$和$R_{15}-R_{16}$为最短周期，间距分别为0.38和0.40 s，如把这些短周期看作并行节律的基本周期，其他的异位周期之间有公约数关系，分别为316=39×8+4，352=44×8，480.2=40×12−2和272=39×7−1。这样V_3导联的R_5 R_{11}、R_{13} R_{16}可考虑为传出阻滞的交替文氏现象，但他们是继以一个最短的周期而结束一个文氏周期的，不符合交替文氏周期的规律，这种解释则不能令人满意。如把短周期看成是并行灶内或其保护圈的显性折返，其它长异位周期之间的公约数则为0.65～0.70 s，II导联R_2 R_6为316=70×4+36，R_6 R_{11}为352=70×5−2，若把这两个长间歇相加则为668=70

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