DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.03.034

包膜内分次减压法切除腹部特大软组织肉瘤一例报告

蒲永东 晏才杰 （第一附属医院 普通外科）

我科收治一例罕见腹部特大软组织肉瘤患者，采用包膜内分次减压法完全切除肿瘤，现报导如下：

患者男，37岁，农民。四年前无意中发现左上腹有一拳头大小包块，无任何不适，后遂渐增大。86年11月在当地医院就医，经剖腹探查为“腹膜后肿瘤”，未予切除。术后虽服中药治疗，然包块增长更为迅速，腹部极度膨胀，只能少量进食，日趋消瘦，呼吸困难，行走不便，不能平卧，痛苦不堪，于4月2日入我科。查体：BP14.7/10.7kPa，体重67kg，发育正常，面黄肌瘦，呈恶病质状态，黄疸（－），强迫半坐位。呼吸困难，腹部极度膨隆，皮肤菲薄发亮，胸腹壁及背部表浅静脉怒张，血流方向呈向心性。左中上腹有20cm手术疤痕。全腹软而有张力感，无触痛，肝脾未扪及，叩诊浊音，液波感（＋），肠鸣弱。双下肢膝以下呈凹陷性水肿。实验室检查：红细胞2.02×10^{12}/L，白细胞3.4×10^{9}/L，血红蛋白69g/L，血小板124×10^{9}/L，出凝血时间各2分，转氨酶及胆红质正常，白蛋白39g/L，球蛋白24g/L，血沉89mm/h，钡餐：腹腔内巨大块影系肠外病变，不完全除外腹膜后占位。B超：腹膜后肿块伴腹水。肾图：右肾上尿路梗阻，左肾功能受损，上尿路通畅。

经术前周密准备后于4月20日在全麻下手术，取原切口，上下适当延长。开腹肿瘤由切口膨出，自行膨破约2cm裂口，喷出肿瘤内坏死液化的组织，即以此口吸出大量坏死液化组织，血压一度下降至9.33/5.33kPa，停止减压，如此反复数次，并从包膜内切除部分瘤组织，使肿瘤明显缩小。见肿瘤位于肠系膜根部腹膜后，有包膜，但与腹壁、左膈、季肋部多有浸润并有粗大血管通过。肝呈灰色，质硬，被推于右上后方。分离粘连，剪开后腹膜，仔细分离与肠系膜下静脉等的粘连，切除肿瘤。肿瘤及坏死组织共重30kg，术中输液6 800ml，输血1 450ml，术后恢复平稳，未发生任何并发症。术后第4天下床活动，第10天测体重为37kg，下肢水肿消失，腹背浅静脉怒张全部消失。病理诊断：腹腔巨大恶性软组织肉瘤（纤维肉瘤），术后23天痊愈出院。

讨 论

腹膜后纤维肉瘤为比较少见的恶性肿瘤，而且腹膜后纤维肉瘤比身体其他部位的更少见。本病生长一般较缓慢，但易复发，晚期可发生肺转移。需与平滑肌肉瘤及脂肪肉瘤相鉴别。治疗上，在远处无广泛转移时，应积极手术治疗。即便周围有星灶转移，切除原发肿瘤、辅以综合治疗仍为首选方案。目前尚未见文献报导腹部30kg恶性肿瘤被切除者。术者体会：作好充分术前准备，制定多种详细手术方案，至关重要。本例患者因呼吸受压而不能平卧，故先坐位插管，麻醉后再平卧，减少了危险。术中，肿瘤巨大，无法分离切除，则采用包膜内分次减压、切除部份瘤组织，不但使肿瘤逐渐缩小，便于切除，而且使长期增高的腹压逐渐恢复，减少对血压的影响，对术后各重要脏器功能的恢复有积极作用。此外，包膜内切除瘤组织，不易污染和扩散，更便于压迫止血。为防止万一，术毕仍需彻底冲洗腹腔。通常肉瘤都有比较完整的包膜，即使浸及邻近脏器，仍可切除。因软组织肉瘤一般对化疗、放疗不太敏感，手术切除在目前是最有效的治疗手段。本法对腹部特大软组织肉瘤的外科治疗，提供了一定的经验。

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