

手术中常见的最严重的并发症,也是患者术中死亡的主要原因。必要时应包括各种凝血因子的准备。估计创面大、出血多者,术前可给予维生素K、凝血酶、氨甲苯酸等;常规预防应用抗生素,以避免发生术后感染;术前应留置中心静脉导管(经锁骨下静脉或颈内静脉),便于术中快速液体抢救,紧急时可通过大静脉加压输血,同时也利于术中测定中心静脉压、调节输液量和速度;腹膜后肿瘤手术较为复杂,涉及脏器较多,故必要时应联系相关科室协助,本组1例畸胎瘤请妇产科医生同台手术。

### 3.3 PRT 的外科治疗

对于PRT的治疗,外科手术完整切除是最有效的方法。首次治疗相当重要,应努力做到彻底切除肿瘤,不能简单作局部切除而遗留肿瘤。本组资料显示,在PRT中,肿瘤的长径与切除率无明显相关性,只要手术切口足够,显露良好,即使肿瘤体积巨大,也能完整切除肿瘤。而影响肿瘤完整切除的主要原因为大血管受累和多脏器受侵。本组1例瘤体直径达22cm,但进行了完整切除。体会是:手术时切口要能良好显露术野和保证相对从容的操作空间,这样可以缩短手术时间,减少术中出血;应避免从肿瘤表面直接切开腹膜,这样可能损伤小肠和结肠的系膜血管。位于腹部左侧的肿瘤,应切开降结肠外侧的腹膜,将降结肠连同系膜与肿瘤分开翻向内侧,从此间隙分离解剖肿瘤;而位于腹部右侧的肿瘤,应切开升结肠外侧的腹膜,将升结肠连同系膜与肿瘤分开翻向内侧,沿此间隙游离肿瘤四周,直至肿瘤完整切除;大部分腹膜后肿瘤有包膜,手术时应尽量将包膜完整切除,否则,几乎无例外地复发。有的肿瘤则没有明确的包膜,此时要求在不影

响相邻重要脏器的情况下距离肿瘤1cm切除;术中大出血时,应与麻醉医师配合,积极抗休克治疗,在出血原因不明时,切忌慌乱中盲目钳夹,造成大血管或腹膜后器官的误伤,或使腹膜后大血管的裂口加大,出血更加凶猛。此时应立即压迫止血,应用无创伤血管器械控制破裂的大血管,直视下缝合修补;若为肿瘤的供血血管出血,可用止血钳夹止血,然后予以结扎或缝扎;切除过程应先沿肿瘤包膜外解剖,避免破溃。恶性肿瘤由于表层瘤组织和肿瘤外周组织受压形成“假包膜”,应力争在假包膜外切除肿瘤,尽可能做到广泛切除,可降低局部复发率<sup>[3]</sup>;肿瘤巨大,基底部粘连甚紧,无法显露时,为避免深部大血管损伤,可在靠近基底部用手指小心钝性剥离,此时手感及熟悉重要血管解剖极为重要。应避免暴力分离肿瘤基底部。可采取锐性及钝性分离交替实施,遇到分离困难及解剖不清晰时,可改另一方向进行分离,原则上应由周围向中心推进,浅表向基底解剖,尽量完整切除。

总之,无论对恶性还是良性PRT患者,主要治疗方式是手术完整切除肿瘤,即肉眼下彻底切除肿瘤,并且尽可能达到镜下切缘阴性。恶性PRT辅以术后化疗,可起到减少局部复发和控制远处转移的作用,从而提高患者的长期存活率。

### 参考文献:

- [1] 陈凜.原发性腹膜后肿瘤[M].北京:科学技术文献出版社,2000:1-5.
- [2] 李苏建,卢光明.腹膜后肿瘤的影像学诊断[J].中国实用外科杂志,2002,22(8):454.
- [3] 李澎,冷希圣,王茂春.原发性腹膜后肿瘤的诊治策略[J].中国实用外科杂志,2002,22(8):460-462.

收稿日期:2009-08-10

作者简介: 敖飞(1967—),女,山西省大同市人,副主任医师,主要从事外科工作。

## 表面麻醉在白内障超声乳化中的应用

康惠媛

(太原市杏花岭区中心医院,山西太原 030002)

近年来,由于白内障超声乳化技术的不断进步,表面麻醉已广泛应用于超声乳化手术中。我院自2008年以来采用表面麻醉方法进行白内障超声乳化及人晶体植入术,效果满意,报告如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选择白内障患者389例,475眼,其中男201眼,女274眼,年龄13~90岁。术前视力:光感~0.3。老年性白内障395

眼,并发性白内障68眼,外伤性白内障8眼,先天性白内障4眼。

#### 1.2 麻醉方法

采用日本参天公司生产的超声乳化系统,给予碘伏消毒,术眼贴粘胶膜,开睑器开睑,不固定上直肌,手术切口采用透明角膜切口,前方挤入粘弹剂,用破囊针连续环形破囊,伸入超声乳头及辅助钩,用I/A系统进行超声乳化,待晶体被乳化后,皮质被吸干净,挤入粘弹剂,扩大切口,植入人工

晶体于囊袋中,吸净前方及囊袋内粘性弹剂,切口自闭。术毕,用曾必殊眼膏涂入结膜囊适量,纱布覆盖术眼。

### 2 结 果

手术时间:8~12 min,麻醉效果以患者在手术中是否疼痛为准。454 眼手术中完全未感到疼痛,术中配合好;16 眼术中感到轻微疼痛,能忍受未追加表面麻醉药;5 眼术中感到比较疼痛,追加表面麻醉药能顺利完成手术。本组未出现追加球后或球周麻醉的明显病例。术后视力:大于 1.0 者 75 眼;在 0.4~0.8 者 349 眼;在 0.1~0.3 者 38 眼;大于 0.1 者 13 眼。以上均伴有不同程度的眼底病变,但视力较术前有提高。

术后并发症:术后 1 d 结膜下出血 19 眼,角膜水肿轻度 98 眼,中度 32 眼,无 1 例角膜失代偿、高血压、前方出血、视网膜剥离等并发症。所有患者均未出现因使用表面麻醉药物而导致的角膜上皮剥脱及严重角膜损害。

### 3 讨 论

长期以来一直采用传统的手术后或球周麻醉,由于麻醉

部位的特殊性,麻醉后会产生眼心反射,眼球穿孔,玻璃体积血,球后出血,眼外肌损伤等并发症,尤其对老年患者,年龄偏大且有心肺血管疾病者仍存在许多潜在危险。为使手术更加安全,减少因麻醉而造成的并发症,近几年来已将表面麻醉技术用于白内障超声乳化手术中,随着白内障手术技术的不断进步,手术器械的不断更新,手术操作简化,手术时间缩短,术后视力恢复快而佳,使患者更加舒适、简便、安全。

本组用 4 g/L 奥布卡因滴眼液,表面麻醉效果迅速,麻醉深度及麻醉持续性好。采用表面麻醉时术眼可向各个方向运动,对于配合手术的患者来说便于进行;对于不配合的患者,表面麻醉前需向患者解释手术过程及眼位训练,减轻其恐惧心理,以便更好地与医师配合;对于极少数高度焦虑患者,手术配合差者,可将眼球固定于理想位置,进行手术。

总之,表面麻醉下的白内障超声乳化手术是安全有效的,其优点显而易见,在实际临床工作中值得推广。

收稿日期:2009-07-20

作者简介:康惠媛(1970—),女,山西省太原市人,护师,主要从事预防保健科工作。

## 阿维 A 治疗掌跖角化病疗效观察

赵红兰

(襄垣县人民医院,山西襄垣 046200)

掌跖角化病是由于掌和跖部过量角蛋白形成而产生的弥漫性或局限性的掌跖部增厚,是皮肤科常见的一类难治性皮肤病。包括先天性掌跖角化病、获得性掌跖角化病和与掌跖角化病有关的多种皮肤病,如银屑病、慢性湿疹、汗管角化症、毛发红糠疹、毛囊角化病等对称性掌跖角化。此病病程长,治疗效果较差,给患者造成很大痛苦,应用阿维 A 治疗此病效果满意,报告如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选择皮肤科门诊患者 15 例,男 9 例,女 6 例,年龄 18~48 岁。其中先天性掌跖角化 2 例,症状性掌跖角化中银屑病 5 例,毛发红糠疹 2 例,慢性湿疹 4 例,汗管角化 2 例,病例均具有典型临床表现,无妊娠期、哺乳期及在 3 年内有生育要求的妇女,无系统性疾病患者。

#### 1.2 治疗方法

接受治疗者均于治疗前常规化验血常规、尿常规、肝肾功能及血脂,各项指标正常后予以口服阿维 A 20 mg/d,随餐同服。根据症状和皮损情况递减阿维 A 至 10 mg/d,连服 4

周为 1 个疗程,8 周后判定疗效。治疗中每 2 周复诊 1 次,测肝功、血脂,完成治疗后随访 3 个月。

#### 1.3 疗效判定

基本痊愈:皮损面积消退>90%;显效:皮损面积消退 60%~90%;好转:皮损面积消退 30%~59%;无效:皮损面积消退<30%。有效率=(基本痊愈例数+显效例数)/总例数×100%。

### 2 结 果

#### 2.1 疗效(见表 1)

表 1 15 例患者疗效

病 名	例数	基本痊愈	显效	好转	无效	有效率
	例	例	例	例	例	%
先天性掌跖角化	2	0	1	1	0	50
银屑病	5	3	2	0	0	100
毛发红糠疹	2	1	1	0	0	100
慢性湿疹	4	2	2	0	0	100
汗管角化	2	0	2		0	100
合 计	15	6	8	1	0	93