

损伤坐骨神经。

术后并膝包扎及早期功能锻炼,可防止松懈处挛缩组织回缩粘连,巩固手术效果。本组有2例患儿未能配合功能锻炼,即使术中松懈较充分,术后出院时髋关节功能仍有障碍,治疗效果不令人满意,应引以为戒,故术后的功能锻炼是一个不可忽视的治疗内容。

参 考 文 献

- 1 顾洁夫,陈振光,余国荣,等.儿童臀肌挛缩症的诊治及病因学研究.中华小儿外科杂志,1989,10(6):353
- 2 彭明惺,周素华,周锡华,等.四川地区儿童臀肌挛缩症调查报告.中华小儿外科杂志,1989,10(6):356
- 3 李承球,韩祖斌,孙贤敏,等.小儿肌肉注射后臀肌挛缩症.中华小儿外科杂志,1984,5(2):101

(收稿:1996-01-08 修回:1997-02-03)

(本文编辑:程春开)

肝癌合并肝硬化患者行半肝以上切除的围手术期处理

温 泉

(附属医院普外科)

摘要 目的 采取恰当的围手术期处理以增加肝癌合并肝硬化患者增大肝切除量的安全性,从而使部分合并肝硬化的肝癌患者达到完整切除肿瘤的目的。方法 对15例合并肝硬变的肝癌患者施行半肝以上肝切除(其中轻度肝硬化10例、中度肝硬化4例、重度肝硬化1例)。围手术期处理的重点是术前纠正肝功能、术中防止失血、术后防止低血压及肝功能支持。结果 无1例死亡,也未发生严重并发症。结论 恰当的围手术期处理可以增加手术的安全性,使部分合并肝硬化的肝癌患者获得手术根治的机会。

关键词 原发性肝癌 肝硬化 肝切除术 围手术期处理

中图法分类号 R735.7 R619

我国肝癌患者80%合并肝硬化,肝切除量受到很大限制;手术死亡率及并发症发生率也明显较无肝硬化者高^[1]。我科近期对15例合并肝硬化的肝癌患者行半肝以上肝切除,由于在围手术期内采取了若干有效措施,无一例死亡。报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例男性10例,女性5例。年龄28~60岁,平均44.6岁。手术及病理均证实为原发性肝癌,其中轻度肝硬化者10例、中度4例、重度1例。术前肝功能分级Child A级13例,B级2例。右三叶切除4例,右半肝切除8例,左半肝切除3例。

1.2 围手术期处理的关键措施 ①术前肝功能评定,一般要求血清白蛋白>35g/L,不低于30g/L,出凝血时间及凝血酶原时间的测

定及纠正。②手术前后支持(高渗葡萄糖、白蛋白、新鲜血浆、全血)、保肝(支链氨基酸、维生素、谷氨酸盐)、预防感染(抗生素)。③术前按肠道手术作肠道准备3d。④术中控制失血,防止低血压。⑤术后维持良好的呼吸及循环功能。常规吸氧5d。⑥术后1周内常规给予人体白蛋白10~20g/d。⑦术后3d开始限制补液量及钠盐,同时适当使用利尿剂使患者处于轻度脱水状态。⑧术后常规使用络塞克。

2 结 果

围手术期内无1例死亡。术后1周肝功能A级者8例,B级者4例,C级者3例。术后3周,肝功能A级者9例,B级者3例,C级者3例。住院天数最长为6周,最短为2周,平均4周。

3 讨 论

肝硬化患者施行半肝以上切除并发症多,死亡率高,文献报告^[1]右半肝切除死亡率为25.6%,左半肝切除为10%。死亡的主要原因是术后肝功能衰竭^[2]。本组病例由于采取了有针对性的预防措施,无1例死亡。作者体会术前处理中最重要的是纠正肝功能不全,及由此引起的低蛋白血症、肝糖原储备下降和凝血机制障碍等。对肝功能为Child C级者应避免手术,B级者应严格限制。肠道准备有利于预防术后肝性脑病,应常规应用。术中出血是导致术后肝功能衰竭的主要危险因素之一^[2],应高度重视。我们的措施是,①常温无血病侧肝切除。即在充分游离病侧肝脏后,预先结扎病侧肝脏的入肝血流及肝静脉,使病侧肝脏缺血并与无瘤侧出现分界线,然后施行肝切除术。这样出血量仅为50~100ml。②对行上法困难者,我们则采用短时(<20min)间歇阻断入肝血流的办法,也能满意控制肝血流。术中仔细、轻柔操作,避免损伤肝静脉、腔静脉及门静脉。损伤时,沉着冷静,立即指压控制出血,用细丝线小心缝合破口。由于采取了上述措施,本组病例平均失血量仅为395ml。

术后,尤其是24h之内,应避免由于血容量不足引起的低血压,以保证肝脏有充足的灌

注。本组有2例轻度肝硬化施行右半肝切除的患者,由于术前禁食,手术前后补液量不足等原因,虽然术中失血量仅为400ml,术后仍发生了明显的低血压(收缩压分别<12kPa和10kPa)。继而又出现了较明显的黄疸和腹水,住院天数较平均住院天数延长1周。

有资料表明呼吸功能不全的病人,术后肝功能异常比例增高^[3]。因此应注意术前呼吸功能改善和术后呼吸管理。本组病例无1例出现严重的并发症。此外,我们手术后常规使用络塞克,有效地防止了此类患者术后消化道应激性溃疡的发生。

总之,恰当的围手术期处理可大大减少术后并发症,增加手术的安全性,使部分合并肝硬化的肝癌患者能经受较大范围的肝切除,从而增加获得根治的机会。

参 考 文 献

- 1 吴孟超. 肝脏外科学. 上海: 上海科学技术出版社, 1982. 368~369
- 2 周信达, 程树群. 肝切除术后肝功能衰竭的预防和处理. 普外临床, 1996, 11(2): 90~91
- 3 黎介寿. 围手术期处理学. 北京: 人民军医出版社, 1993. 51

(收稿: 1997-02-21 修回: 1997-04-25)

(本文编辑: 程春开)

无排卵功血子宫内膜病理诊断(附40例病理、组织化学与临床分析)

丁晓育

(附属医院病理科)

摘要 目的 为提高对功能失调性子宫出血子宫内膜病理诊断的正确率。方法 对40例无排卵型子宫内膜不规则出血诊断性刮宫内膜,经HE、AB-PAS、网状纤维染色,分析病理形态学变化特点。结果 内膜腺体呈现增生不足,增生不规则,内膜间质细胞变化可与腺体变化同步或分离,间质网状纤维不规则崩解。间质出现病理性水肿。结论 无排卵功血内膜有自身变化规律。

关键词 功能失调性子宫出血 子宫内膜 病理

中图法分类号 R711.52