维普资讯 http://www.cqvip.com

形合并癫痫者，非手术治疗组未有脑室穿通畸形及癫痫者。2例脑室穿通畸形者均在手术治疗后。2例特点为血肿位于额叶脑内血肿，血肿量>40ml，血肿边缘靠近侧脑室前角，可能原因为坏死脑组织液化波及脑室或手术致脑室穿通，2例癫痫均在术后3个月内发生。

老年人脑内血肿。多数老年人脑组织发生程度不同的退行性变和脑萎缩，因此，颅内空间较青壮年稍大，不易产生高颅压症状[1]。根据这一特点，实践中我们也发现同等部位及血肿量相同情况下，临床表现较青壮年轻，如无其它疾病，本组血肿量<40ml者均在保守治疗下成功、愈合亦较好。

外伤性脑内血肿多伴有蛛网膜下腔出血(SAH)，而SAH后迟发性脑血管痉挛(DCVS)的发生率可达60%以上[2]，我们给予尼莫通治疗，本组合并有SAH者，未有DCVS及脑缺血情况发生。

本组死亡8例：6例死于术后脑组织水肿，不可逆的脑干损伤。1例死于合并有颈髓损伤，1例死于并发肺部感染后出现的心、肺、肾功能衰竭。

总之脑内血肿的救治应根据实际情况具体分析，本组最大体会是：①手术与否依据临床表现与血肿量，非手术治疗致残率低，尤其对老年人；②注意脑室穿通畸形及癫痫发生，因其危害性大，应尽最大努力避免其发生；③合并有SAH时，预防应用尼莫通治疗。

参 考 文 献

1. 王忠诚，主编. 神经外科学. 湖北科学技术出版社，1998：339，268.
2 刘芳龄，刘多三，饶明莉，等. 蛛网膜下腔出血后迟发性脑血管痉挛并脑梗塞的临床与CT分析. 中国神经精神疾病杂志，1997，23：17－18.

(收稿：1999-12-13)

143－144 肺错构瘤 诊断 治疗 26

肺错构瘤25例诊治体会

白德巍* 张玉安 杨春鹿**

R734.2

肺错构瘤是肺内最常见的良性肿瘤，我院及中国医大一院1980～1998年共收治肺错构瘤25例，均经手术和病理证实，现结合文献学习将诊治体会进行报告。

一、临床资料

1.一般资料：本组25例中，男15例，女10例，男女之比为1.5:1。其中肺内型22例，支气管内型3例。病程15天～8年，平均18个月。发病年龄32～63岁，平均47.5岁。

2.临床症状和发病部位

(1)临床症状(见表1)

表1 肺错构瘤的临床症状

症状	胸痛	咳嗽咯痰	咯血	胸闷气短	无症状
例数	2	4	3	4	12
占%	8	16	12	16	58

(2)发病部位(见表2)

表2 肺错构瘤的发病部位

部位	左肺上叶	左肺下叶	右肺上叶	右肺中叶	右肺下叶
例数	6	5	7	3	4
占%	24	20	34	6	16

(3)X线检查：本组25例均表现为肺内圆形或椭圆形密度增影，边缘多清晰，病灶内钙化者8例，其中2例可见典型的爆米花样钙化，胸部CT：肺门及纵隔均未见肿大的淋巴结。本组3例支气管内型中有2例显示不同程度的肺不张或阻塞性肺炎改变。

(4)术前诊断：本组术前仅7例诊为肺错构瘤，诊为肺癌者5例，诊为肺结核球者6例，诊为炎性假瘤者7例。术前行支气管镜检查者2例，1例见到肿瘤，活检为粘膜鳞状上皮增生。另一例未见异常。

(5)病理检查：肉眼见肿瘤均为圆形、椭圆形肿物或结节分叶状，质地硬、韧，界限清楚，切面呈白色或灰白色。镜下主要由软骨，纤维结缔组织、平滑肌纤维、脂肪和呼吸道上皮组织组成。本组均无恶性变。

(6)治疗与转归：本组均经手术治疗，其中2例因肿块较大行肺叶切除术，肺楔形切除16例，肿瘤摘除术7例。全部治愈，术后经2～5年随访，病人无异常变化，生活及工作均正常。

二、讨论

1.病因学：肺错构瘤是由肺组织成分经过不正常混合而成，是介于畸性和真性肿瘤之间的交界性病变，是最常见的肺部良性肿瘤，极少数可恶变。其发生病因的主要理论有：①正常结构过度增生；②局部组织畸形；③先天畸形；④炎症；⑤肿瘤样生长等。依肺错构瘤主要成分不同，组织学上可分为软骨性、结缔组织性、平滑肌性等不同类型，大多数为软骨性错构

* 作者单位：114032 辽宁省鞍山市鞍山钢铁公司立山医院外科
** 中国医科大学附属第一医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

瘤。肺错构瘤占支气管和肺部良性肿瘤的3/4。是最常见的肺良性肿瘤，发病年龄40～50岁是高峰期，本组平均年龄47.5岁，男女之比为1.5:1，与国内文献报道相似。肺内型错构瘤所占比例较大，本组为88%，腔内型错构瘤少见，本组仅占12%。

2.诊断：肺错构瘤临床上一般分二型：肺内型，位于肺实质内的单发错构瘤，与支气管不沟通；腔内型：位于气管、支气管腔内的错构瘤。病人的临床症状与肿瘤的位置和大小有密切关系。位于肺周边部的小肿瘤多无症状，往往在胸部X线检查时无意发现。支气管内错构瘤因阻塞支气管而引起发热、咳嗽、咯血等肺内感染症状。肺错构瘤的X线特征为圆形或分叶状阴影，边缘光滑、界限清楚，CT在10%的病例中可看到爆米花样钙化灶。腔内型错构瘤胸片表现为肺段或肺叶不张。术前进行纤维支气管镜活检，有助于明确诊断，本组一例活检为粘膜鳞状上皮增生。

3.治疗：肺错构瘤虽是一种良性肿瘤，由于部分病例的病变表现与肺部恶性肿瘤不易鉴别，特别是支气管内型者可压迫或阻塞气管并发肺炎、肺不张等，使病情逐渐加重，故应积极手术治疗。手术方式要根据病变部位来定，位于肺周边部的肿瘤可做肿瘤摘除术或肺楔形切除术，肿瘤切除后应送冰冻切片检查，如已发生恶变、再行肺叶切除术。少数病例因瘤体大、多发、位于肺实质深部可行肺叶切除。

参 考 文 献

1.董孝迈，主编.胸外科卷.人民军医出版社，1995.175.
2.张 逊，王增林，等.肺错构瘤的诊断与治疗.肿瘤防治研究、1995，22:5.
3.王洪武.肺错构瘤17例报告及国内718例分析.实用肺科杂志，1995，2:1.

（收稿：1999-10-26）

144-145 吞咽异物 诊断 治疗 27

吞咽异物37例的临床诊治

R766.8

冷建军* 林大富* 郭 明* 崔殿龙* 涂永久* 高传文* 陈世伟*

本文分析本院于1995年1月～1998年12月间收治的吞咽异物37例，现就其临床诊治作初步探讨。

一、临床资料

病例，男24例，女13例，年龄5～42岁，平均年龄22.6岁，吞咽异物基本情况见附表。

附表 吞咽异物病例基本情况

吞咽异物种类	例数	吞咽入院时间	症状	结果或嵌留部位	并发症	手术后恢复
硬币、跳棋、玻璃珠	3	4小时～1天	无	自行排出	无	
皮鞋底部铁片、窗户风钩或绞缠铁丝	27	2个月～18个月	偶有腹痛、腹胀，个别有吞咽后血便史	从十二指肠取出	无	切口感染1例
旅行剪	3	2个月～4个月	无	从胃取出	无	顺利
铅笔刀、指甲剪	2	12天～26天	无	自行排出	无	
碎玻璃片	2	2小时～4小时	呕吐、呕血，腹痛	从胃取出	消化道出血，1例并胃穿孔	顺利

二、结果和讨论

1.吞咽异物的心理分析

从本组资料看，吞咽异物的心理学上可分为两类：①误吞：本组3例误吞者均为幼儿，吞咽物为圆钝小物品，患儿无明显症状，吞咽后往往为家人或旁人提示，经X线摄片诊断确定。患儿家人心理紧张、恐慌，易致"有病乱投医"，迫不及待的在家中采取一些民间传统方法治疗，然后就医。对此类患者主要是安慰家长，增强家人对医生的信任，对患儿密切观察，异物多能自行排出；②有意吞服：本组病例中有意吞服者占92%，均为在特殊环境的特殊心理状态下为达到某一目的而吞服，并非自杀意识，一般在吞咽后可能会主诉一些诸如腹痛等假性症状，但与体检不符，就医愿望迫切，但又不能很好的配合医疗措施的实行。临床医治过程中要注意鉴别确定，并且手术后要严加观察，避免术后再次吞眼，本组就有1例出院后再吞咽皮鞋底部铁片者，致使再手术后并发切口感染。

2.异物大小与自行排除可能性的预测

本组病例中吞咽异物可分为三类：①圆钝短小物品：新版壹角硬币直径为2.2cm，跳棋玻璃直径为1.65cm，在5岁～7岁的小儿均能顺利排出，排出时间在2天～5天；②扁宽物品：旅行剪5.8cm，宽3.8cm，3例均嵌留于胃内，难以通过幽门；③扁长物品：指甲剪长5.5cm，自行排出时间为12天，折合铅笔刀长7.3cm，宽1.7cm，自行排出时间达25天之久；而皮鞋底部铁片长10.2cm～11.8cm，1例吞服绞缠铁丝长12.4cm，窗户风钩长12.5cm，钩宽2.7cm，均未能自行排出，嵌留时间长达2个月～18月。本组病例中吞咽物品比较单一，仅以具体物品作为临床观察参考，异物自行排出可能性的准确预测还须进一步积累资

* 作者单位：361003 福建省厦门市解放军174医院普外科