维普资讯 http://www.cqvip.com

动，足部感觉及活动正常（图 1）。

手术所见：1994 年 5 月在硬膜外麻下行左侧小腿及足跟部包块探查切除术，手术在驱血下进行，取小腿后下行下正中切口，切开皮肤、皮下组织及深筋膜，术中见左侧跟腱从足跟止点至肌腹处异常增大，约为 11cm×3cm（图 2），跟腱表面有完整的腱膜，切开腱膜可见跟腱表面后侧粗糙，但前面光滑，将肥大的跟腱部分切除，腱膜完整缝合，术后切口如期拆线。术后病理诊断所送病理组织为肌腱性组织，半年后随访，病人自觉症状和体征消失，左小腿功能正常。

讨论：足部肌腱异常肥大经查询、文献未见报告。此例作者认为还是先天性发育性异常肥大跟腱，随着年龄增大，穿鞋，行走引起疼痛。从本例治疗结果来看如体征及自觉症状明显可行手术治疗，预后满意。



图 1. 左小腿包块



2. 手术中见左小腿跟腱异常肥大

42-43 新生儿 肺囊肿 张力性 脓气胸 引流手术 >5

新生儿先天性巨大肺囊肿致张力性脓气胸 1 例并手术的探讨

鞍钢长白医院 邹琳娜

（辽宁鞍山、邮政编码 114005）

R726.553

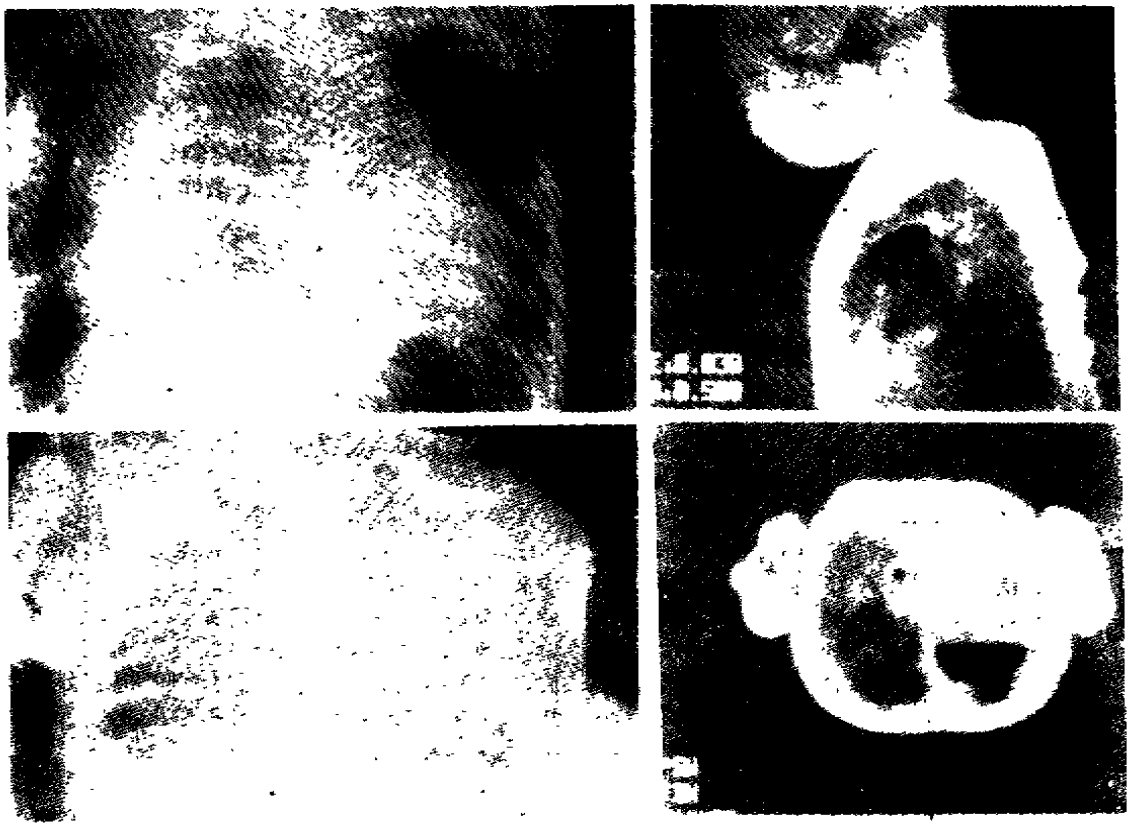
患儿，男，生后 16 天。因生后呼吸急促，加重 1 天入院。无咳嗽及吐沫，不发绀，无发热。右肺呼吸音稍弱，未闻及罗音，心腹无异常。以新生儿肺炎抗感染，对症治疗。入院第 2 天起发热，体温 38℃，哭闹，呼吸困难，呼吸 80 次/分，可见三凹征，颜面发绀；右肺语颤减低，叩诊浊音，前后闻及多量中小水泡音；肝脏增大。胸穿未抽出任何液体。胸片示，右胸呈套状近一致性影，纵隔略左移，右胸肋略有稍短和缩小，其内未发现钙化；结合透视病变居前胸，侧位气管及右肺下叶支气管走行自然；右肺代偿气肿。印诊：①右肺占位病变（含液囊肿、异位胸腺、畸胎瘤）。②右肺前半发育不全。（见图 1）。MRI：冠状位：右侧肺野见均匀一致异常信号影，气管纵隔明显左移；矢状位：右肺野后 2/3 见均匀一致大片状异常信号影；横断位：前上 1/3 处见液气平面约 3×4cm² 大小，后 2/3 见均匀一致异常信号影。结论：①先天性肺囊肿。②先天性右肺发育不全（见图 2、3）。血气分析：PH7.334，$PCO_2$4.44KPa，BF－7.6mhq/L，BB40.3mhq/L，$HCO_3$17.3mhq/L，PO27.396 KPa，O_2Sat85.4%

经省级医院会诊，确定为先天性肺囊肿并肺内感染。建议待手术治疗。住院第 14 天，患儿突然烦躁不安，挣扎，哭叫，多汗，全身发绀，极度呼吸困难。右肺前中上部叩呈鼓音，右肺呼吸音近消失。透视下：右肺全部呈气体样改变，纵隔向左摆动，心尖紧贴左胸壁。结论：张力性气胸（见图 4）。

手术处理：当即将无菌 16 号针头由右侧第 3 肋间插入右前胸，大量气体高速喷出，并有黄色较粘稠脓性、果胨样物流出，临床症状随即逐渐缓解。急行胸腔闭式引流术，继续抗感染治疗。引流

维普资讯 http://www.cqvip.com

液培养：大肠杆菌。诊断：先天性巨大肺囊肿致张力性脓气胸。第 20 天，患儿不发热，无呼吸急促及发绀，右肺叩诊清，双肺呼吸音清晰，未闻及罗音。胸腔液培养：无需氧菌生长。第 31 天，胸片：两肺胸廓较不对称，纵隔、气管居中，两肺纹理增强，尤以右肺下野、右肺外带可见密度增高阴影；心脏各弓尚可。结论：右胸膜肥厚（见图 5）。治愈出院。随诊 5 年至今身体健康，未再复发。



附图：先天性巨大肺囊肿

讨论：新生儿巨大肺囊肿临床少见。过去均主张手术治疗，本例理想的转归，我们从中得出以下启示：①巨大的肺囊肿在等待手术期间，有发生类似本例的致死性变化的可能，尤其合并肺内感染时更易出现。临床医师应高度警惕。②肺囊肿并非必须遵循常规的手术治疗。如果人为造成囊肿破裂（通过介入疗法）体外引流，也可获得类似本例一样的理想转归。这样既可避免手术患儿造成的严重损失和痛苦，又可达到疾病治愈目的。此种治疗手段尚待临床进一步探讨。

（收稿日期：1996－03－05）

腹壁结构异常 1 例

黑龙江省集贤县 291 农场医院外科　田卫东　杨兴强

（黑龙江集贤，邮政编码 155923）

患者男性，24 岁。因车祸急诊入院，入院时查体：体温 36.3℃、脉搏 104 次/分，血压 10.7/6.7KPa 神智清楚，面色苍白，四肢凉，全腹压痛、反跳痛，轻度肌紧张，脾区叩击痛、腹穿：血性。化验：Hb105g/L　RBC350×10^{12}/L 以脾破裂急诊剖腹探查。

术中所见：手术以左上腹腹直肌外缘切口 12cm，切开皮肤、皮下组织、腹直肌鞘前层、向