维普资讯 http://www.cqvip.com

84次/min,血压16/10kPa,面色苍白,颈静脉怒张,肺无罗音,心界扩大,三尖瓣区闻及Ⅱ/6级收缩期吹风样杂音。肝、脾未触及,无腹水。血红蛋白10.9g/dl,白细胞5.7×10⁹/L,淋巴细胞55.8%,中性粒细胞33.1%,原核细胞9.5%。谷草转氨酶(47U),α-羟丁酸脱氨酶(213U)、乳酸脱氢酶(441U)均增高。心电图为窦性心律,电轴右偏。X线平片心脏影明显扩大,右心缘与右肺门影融合。彩色超声心动图见右房内1.30cm×1.24cm团块强回声团,右房室侧心包分离有8.91cm×5.56cm限局性液性暗区,其间有纤维样回声。磁共振检查心脏明显增大,主动脉向后移,右房靠上腔静脉右侧有1.0cm月形高信号,右前上可见大块状与心壁信号相似不易分开区。术前诊断心脏肿瘤,恶性可能性大。

2001年1月13日全麻下正中切口进行手术,术中见心包增厚,其内大量血性液体,分离心包时右心房破裂坏死组织流出,上腔静脉根部右方有直径1.5cm赘生物,呈红色,与心包和肺粘连成5.6cm×6.0cm肿瘤。右房壁完全坏死溶解,部分房间隔坏死,不能修复房壁,大量出血死亡。病理结果为右心房血管肉瘤。

病例2,男,62岁。腹胀、食欲不振4个月,经治疗症状加重,近两个月出院胸闷、气短,诊断为结核性胸膜炎,抗结核治疗,症状未减轻,诊断为心包炎。体温37.0℃,呼吸20次/min,脉搏100次/min,血压13/10 kPa,发绀,颈静脉怒张,左胸浊音,呼吸音弱,心界大,心音遥远,心脏无杂音。肝大明显,腹水征(+),下肢浮肿。血红蛋白11.8g/dl,白细胞5.19×10⁹/L,中性粒细胞47.5%,淋巴细胞27.4%,原核细胞19.5%。谷草转氨酶(55U),谷氨酰转肽酶(130U),碱性磷酸酶(223U),α-羟丁酸脱氢酶(673U),乳酸脱氢酶(343U)等增高。白蛋白低(28.9),球蛋白高(39)。心电图为窦性心律,电轴正常,低电压,X线片左侧胸腔积液,心脏影扩大。彩色超声心动图见心包增厚(5mm),脏壁层心包间距12mm,心室前壁活动受限,左室顺应性差,二尖瓣轻度返流。腹部CT见肝硬化、脾大的腹水改变。术前诊断为心包炎心包填塞,左侧胸腔积液。

2000年2月24日全麻下行左前外侧开胸,手术见左侧胸腔大量茶色液体,心包增厚达0.5cm,心包腔内大量血性液体,心包表面有多发散在白色小结节、质硬。心脏前壁心肌内有5.0cm×5.0cm肿块,界线不清,表面灰白,光滑、坚硬。肿瘤不能切除,取标本病理检查,结果为心肌淋巴肉瘤。术后症状缓解出院。

二、结果和讨论

原发心脏肿瘤可发生于心腔内膜,心肌和心包。心腔内肿瘤常较早引起血流动力学改变和栓塞症状易被发现。心肌原发肿瘤无论其良、恶性,早期病灶小,如无心律紊乱和栓塞症状,易漏诊。随着肿瘤的逐渐发展,心肌破坏加重,肿瘤增大,使心肌舒缩运动受抑制,心脏功能障碍,产生心包积液,血液动力学改变。患者出现心悸气短、发绀,颈静脉怒张,心脏增大,心音遥远,肝脾肿大,腹水等临床表现,易误认为心包炎,本文误诊为心包炎。总结两例原发心脏恶性肿瘤的临床资料有下列特点:(1)发病较突然或加重,病程短,进展快,心包填塞表现为显著。(2)低热、贫血、低蛋白等全身反应明显。(3)血清酶学改变明显。(4)X线平片显示心脏影增大明显,形态异常。心肌恶性肿瘤可侵犯心包及肺门组织。(5)彩色超声心动图检查例1见到右心房团块状强回声,例2见到心室前壁局限性运动受限及左室顺应性差,为心肌肿瘤诊断提供证据。(6)例1经磁共振检查确诊为右心房肿瘤。最后经病理检查确诊两例分别为右心房血管肉瘤和心肌淋巴肉瘤。

心脏的原发恶性肿瘤,多数手术治疗,但预后不良。

(收稿日期:2001-12-17)

分段手术治疗Ⅲ型Pilon骨折

朱海心* 姜炳春* 舒克冬* 张 昆* 于镜贺*

Pilon骨折占下肢骨折的1%~10%,其中包括低能量损伤和高能量损伤。在高能量损伤的情况下,可导致严重的软组织及关节面软骨损伤,在治疗过程中,骨折的复位与软组织的保护同样重要。我院采用的分阶段治疗Ⅲ型Pilon骨折效果满意。

一、资料与方法

1.一般资料:自1995年6月至1999年6月间有16例Pilon骨折患者接受本方法治疗。年龄17~65岁(平均36岁)。其中男11例,女5例。致伤原因以高处坠落伤及车祸为主,均属Ⅲ(Ruedi-Allgower分型),本组不包括开放骨折。

2.手术方法及手术处理:伤后急诊将单侧多功能外固定支架置于小腿外侧,近侧两枚螺钉选用密质骨螺钉,置于胫骨骨折近端,远端两枚选用松质骨螺钉,置于跟骨上。安装支架后用延长器适当延长,至关节间隙及轴线正常。腓骨骨折可采用钢板固定,切口位于腓骨的侧后方、尽量远离日后将采用的踝正中切口位置。伤后10~14d软组织肿胀消退,采用踝关节正中切口横行切开关节囊,显露胫骨远端关节面,用螺钉或克氏针恢复关节面正常关系,后踝骨块可在"C"形臂X光机透视下

* 作者单位:114032 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院骨科

维普资讯 http://www.cqvip.com

复位，螺钉固定，如骨块压缩严重可考虑结构性植骨。术后静脉应用抗生素，患肢抬高，根据骨折粉碎情况（一般术后2周）每天放松远侧万向关节两次，活动踝关节。术后2～3个月X线片显示骨折愈合后拆除支架。

二、结果

本组随访时间15～36个月（平均25个月），住院时间3～7周（平均4周），关节面复位评定标准：移位5mm为优良；移位5～10mm为中；移位10mm为差。下肢力线评定标准：成角5°为优良；成角5°～10°为中；成角10°为差。术后关节面恢复优良者12例（75%）；中3例（18.7%）；差1例（6.3%）。力线恢复优良者13例（81.3%）；中2例（12.5%）；差1例（6.3%）。临床评分57～90分（平均75分）采用Phillips & Shwart踝关节评分法。术后伤口皮缘坏死1例，针道感染2例，经换药及抗生素治疗后愈合，无深部感染。

三、讨论

Pilon骨折是胫骨远端涉及关节面的骨折，并根据关节面的移位、粉碎程度将其分为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ型。Ⅲ型骨折往往是高能量损伤，由于部分能量被软组织吸收，加上胫骨远端皮肤血循环较差，其伤口感染，内置物外露等伤口并发症较多。目前，Pilon骨折治疗的研究主要集中于在获得关节面良好复位的同时如何使局部皮肤保持健康、完整。

手术时机的选择对Ⅲ型Pilon骨折的治疗是非常重要的，Wagner等的研究表明，伤后7d内行手术治疗，因为此时的软组织创伤没有充分恢复，肿胀完全消退，可导致软组织方面的并发症明显增加。Wyrsch等人对伤后3～5d进行手术的Pilon骨折患者进行研究，其感染率为28%，切口并发症为33%，截肢率为16%，从而得出在此期行手术治疗是不明智的。但手术时间延后过多会导致骨折块辨认困难，不能达到最理想的复位效果。故将手术时间定为伤后第10～14d。

伤后急诊行外固定及腓骨骨折钢板固定具有以下优点：(1)外固定架的牵开作用可防止软组织挛缩所导致的最终胫骨远端切开复位时伤口关闭困难。(2)对腓骨的固定不仅能有效地恢复肢体的长度，而且有利于胫骨骨折端的稳定。有利于以后关节面的解剖复位，(3)外固定支架具有独特的牵开作用，在牵开过程中可以利用肌腱复位作用（ligamentotaxis）使粉碎骨折初步复位，使关节间隙恢复正常，从而更有利于后期关节功能的恢复。(4)内固定结合外固定支架固定牢靠，术后可早期扶拐下地行走，促进骨折的愈合，大大缩短了住院时间，也减少病人及社会的负担。

由本组病例可以看出：分阶段治疗Pilon骨折明显减少了伤口并发症，可以更好地恢复关节面的解剖，且固定更为确切、牢固，有利于关节间隙及关节活动恢复正常，是治疗Ⅲ型Pilon骨折有效的方法。

（收稿日期：2001-11-29）

急性非结石性胆囊炎穿孔并左肝囊肿出血破裂一例

刘仁贵* 谭云波*

一、临床资料

病例，患者，男，34岁，白族，因右上腹疼痛10d入院。患者于10d产有进油腻饮食后，夜间突发右上腹疼痛，呈持续性胀痛，无牵涉及放射痛，感畏寒、发热，在当地市医院就诊，给予输液治疗（具体不详）一周，疼痛有所缓解，后疼痛再次加剧，并扩散至全腹，转本院就诊。既往无类似病史。入院查体：体温39.4℃，脉搏110/min，呼吸32次/min，血压22/16kPa，巩膜轻度黄染，心界向左下扩大，心率110次/min，律齐，无杂音，A2 > P2，腹稍膨隆，全腹肌紧张，压痛、反跳痛，以上腹部为甚，右肋缘下可触及肿大胆囊，移动性浊音（±），B超检查显示：①胆囊肿大，急性化脓性胆囊炎声像；②左肝外叶囊性病变（脓肿可能）。心电图检查示：①心室肥大伴劳损；②窦性心动过速；③ST-T缺血性改变。血常规示：WBC 15.4×10^9/L，N 0.91。肝功化验：ALT 94U/L，AST 65U/L，TP 51.7g/L，ALB 29.2g/L，TB 43.2μmol/L，DB 6.59 μmol/L。入院诊断：①急性化脓性胆囊炎；②原发性高血压。入院后行抗炎治疗，因血压较高，请内科会诊，诊断为：原发性高血压Ⅱ期、高血压性心脏病、心功能代偿期，给予降压处理。入院后次日上午患者腹痛加剧，血压23/15kPa，一般情况差，急诊CT示：急性胆囊炎，右肝囊肿，有数个扫描断面可见肿大的胆囊与左肝囊肿相邻。遂急诊手术，术中见胆囊约20cm×8cm×7cm，壁厚约0.6cm，炎性水肿明显，胆囊体部有一直径约0.5cm穿孔，周围有大量脓苔附着，左肝外叶上见一约10cm×6cm×5cm囊肿，肿大的胆囊与囊肿毗邻，囊肿顶部破溃囊壁薄，内充满陈旧性血块，胆总管及肝总管无扩张，顺逆结合切除胆囊，清除左肝囊内积血，未见活动性出血，切除前外侧囊壁，后外侧壁与胃壁粘连致密，无法切除，于左肝囊肿腔内及胆囊窝处各放置一根腹腔引流管后关腹。胆囊标本剖开见其内充满陈旧性血凝块，其内无结石，胆囊粘膜可见多个溃疡，最大一直径约1.5cm×1cm×0.5cm。术后诊断为：①急性坏疽性胆囊炎、胆囊积血；②左肝囊肿囊内出血并破裂。术后行抗炎、降压等治疗，病情恢复平稳，血压控制满意，手术后第13d治愈出院。病理报告：①急性坏疽性胆囊炎；②左肝囊肿。

* 作者单位：671000 云南省大理医学院附属医院外一科