粘连,故误诊为甲状腺包块。

颈淋巴结核的病人多为儿童和青年人,结核杆菌多由口腔或扁桃体侵入,少数继发肺和支气管的结核病变。病变的淋巴结多出现在颈的一侧或两侧,常与周围组织粘连。增大而不发生干酪样变或液化的淋巴结核可误诊为恶性肿瘤,诊断有困难时需穿刺或切除淋巴结作病 理检查。该病例由于术前仅依据影像学诊断而造成误诊。

明确颈部包块的性质有时有困难,要作出正确诊断需根据肿块的部位结合病史仔细查体。B 超及 ECT 作为甲状腺常规检查,能准确鉴别大多数甲状腺包块和腺外包块,但由于其仅为影像学诊断,可能造成误诊,必要时可结合 B 超引导下细针穿刺活检可明显提高准确率[4,5]。

参 考 文 献

[1] 孙衍庆. 现代胸心外科[M]. 北京:人民军医出版社,1996;749-857.

[2] 李德民,刘士懂,谢新敏. 气管囊肿 1 例[J]. 现代外科,1997;3(6):36-38.

[3] 陆志良,王新丽. 颈部食道平滑肌瘤误诊为甲状腺瘤 1 例[J]. 实用医技杂志,1998;5(9):683-684.

[4] Solbiati LJ, Osti VJ, Cova LJ. Ultrasound of thyroid, parathyroid glands and neck lymph nodes [J]. Eur radiol, 2001; 11(12):2411-2424.

[5] 刘金模,李树森,赵金英,等. 超声对颈部包块的诊断分析[J]. 成都军区总医院院刊,1995;14(2):26-27.

缩窄性心包炎致窦房结功能异常 1 例

曾纪美,陈 明,罗素新

(重庆医科大学临床学院心内科,重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R542.1 【文献标识码】B 【收稿日期】2002-01-02

患者男性,32 岁,因劳力性心累、气促、浮肿 4 个月,加重 3 天入院。4 个月前出现心累、气促、不能平卧、双下肢浮肿,经超声心动图发现中量心包积液,心包穿刺抽得身性液体 400ml,诊为结核性心包炎。抗痨治疗后心包积液完全吸收,症状缓解。3 天前突然出现发作性心悸、气促、大汗及面色苍白,每次持续 lh 左右,共 4 次,发作时测得血压为零,ECG 示窦性心动过缓,HR40 次/min。既往有肺结核史。体检:P 90 次/min,BP 70/40mmHg,半卧位,颈静脉怒张,肝颈征(+),双肺未闻啰音,心界正常,HR 100 次/min,房颤律,心音略低,未闻杂音,腹平软,肝肋下 3cm,脾肋下刚及,双下肢不肿。ECG 监测显示心律为窦性心动过缓,窦性停搏、房性早搏、交界性逸搏、阵发性房颤,交替出现,窦缓时阿托品试验可激发心率至 115 次/min。胸片示上腔静脉阴影增宽,心包钙化心缘僵直。超声心动图示心尖搏动受限,诊断为缩窄性心包炎,转胸外科行心包剥脱术,术中发现心包明显增厚,钙化,最厚达 1.2cm,上、下腔静脉的入口处可见缩窄环。术后症状好转,ECG 为窦性心律,随访半年未发生心动过缓等心律失常。

缩窄性心包炎的心电图改变无特异性,大部分为 T 波改变,部分病例有低电压、房颤、左房肥大等;由于心包缩窄,心率多代偿性增快[1~3]。本例结核性心包炎在病程较早期(4 月),就出现严重缩窄,经手术证实。术前患者 ECC 变化较突出,主要表现为窦房结功能异常,类似于病窦综合征表现,尚未见文献报告,提示可能为缩窄性心包炎时缩窄心包直接压迫窦房结或压迫窦结动脉,影响窦房结血液供应,致窦房结功能不全。术中证实在左房及右房与上腔静脉连接处心包增厚明显,实属少见。由于窦房结本身并未受累,阿托品试验心率增快明显,术后窦房结功能完全恢复与真正病窦综合征有本质区别,特此报道。

作者介绍:曾纪美(1971-),女,主治医师,
主要研究方向:心血管疾病。

参 考 文 献

[1] 胡丽霞,心包缩窄 209 例临床资料分析[J]. 中华内科杂志,1983;22(3):134~137.

[2] Myers RB, Spodick DH. Constrictive pericarditis: Clinical and pathophysiologic characteristics[J]. Am Heart J, 1999; 138 (2ptl):219-232.

[3] Ling LH, Oh JK, Schaff HV. Constrictive pericarditis in the modern era: evolving clinical spectrum and impact on outcome after pericardiectomy [J]. Circulation, 1999; 100 (13): 1380-1386.