DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.03.035

小脑蚓部转移癌一例报告

何奇元 姜德福 （大坪医院 神经外科）

小脑蚓部转移癌临床少见。近年来我科收治一例，经手术及综合治疗，疗效满意，现报道如下：

病例 患者女，47岁。头痛呕吐伴走路不稳2月余，于1988年5月13日入我院。检查：生命征正常，有自发性粗大水平性眼震，双眼底视乳头水肿Ⅰ度。四肢肌力Ⅳ～Ⅴ级，肌张力低，腱反射（+）。左侧Babinski征（+），指鼻试验和跟膝胫试验（+）。Brudzinski征（+）。脑室Conray造影示双侧脑室对称性扩大，中脑导水管中上段明显前移，导水管下段及第Ⅳ脑室未显影，提示小脑下蚓部占位性病变。胸片示左肺门有3cm×2cm圆形影提示肺癌。1988年5月17日在全麻下行后颅窝开颅探查手术。见小脑蚓部饱满，双侧小脑扁桃体疝入环椎平面。穿刺小脑下蚓部进针3cm抽出黄色囊液5ml，切开小脑下蚓部在其深面肉眼下分块全部切除灰黄色，实质性肿瘤组织50g，见导水管有CSF流出，手术顺利。病理报告转移性乳头状腺癌。住院19天步行出院，在院外行放疗加化疗3个月，1988年9月17日胸片复查左肺门原阴影明显缩小，未再行手术治疗。随访10个月生活能自理。

讨 论

颅内转移癌的原发肿瘤以肺癌最多见约占40%左右，其次为乳腺癌及消化道癌[1][2]。癌细胞可通过动脉静、脉淋、巴系统等途径转移至颅内。其部位80%在幕上，20%幕下[3]。幕上者多见于大脑中动脉肺部体供血区域为主，幕下多在小脑半球，很少位于脑干。而本例肺癌转移至小脑蚓部亦属少见。由于本例没有征，首先出现步态不稳等后颅窝占位病变的表现。在检查颅内病变的同时发现肺癌，颅内病变为当时主要矛盾首先处理。予手术切除肿瘤后CSF循环通畅，共济失调症状消失，肌力肌张力恢复正常。从本例诊治中我们体会到，术前除做全面神经系统检查外，应摄常规胸片有助于原发灶的发现。如术前确定肺部有癌灶疑有转移时，有条件者进行头颅CT扫描或MRI可了解颅内转移灶的部位及数目，对手术切除肿瘤有指导意义。作者认为单发的颅内转移灶，或一侧多发者危及生命之颅内转移瘤（病人全身情况许可）均应积极手术切除，然后治疗原发病灶同时辅以放疗及化疗可延长病人的生存时间。

参 考 文 献

1. Haur F. Surgery for metastatic intracranial heoplasm. Cancer 1972;30:1241～1245
2. Vieth RG, Odom GL. Intacranial metastases and their neurosurgical treatment. J Neurosurg 1965;23:375～383
3. 中国人民解放军总医院 第四军医大学 第二军医大学，等。实用神经外科学。北京：战士出版社，1978:604～607

（收稿：1990.02.16；修回：1991.01.11）

主动脉根部穿孔致心包积血酷似急性心肌梗塞一例报告

杨国芳 祝善俊 孟惠兰 （新桥医院 心内科）
张哉根 （新桥医院 病理科）

近年来我科收治了一例疑诊为亚急性感染性心内膜炎病人，住院期间并发主动脉根部穿孔，致心包内急性填塞，病短期内死亡，尸解证实诊断。本病临床表现酷似急性心肌梗塞，实属罕见。现结合临床特点，分析报道如下：

病 例 患者，女，27岁，发现心脏杂音20年，劳力性心悸气促半年，畏寒、发热、不能平卧两月入院。

查体 T38℃，BP13.5/6.5kPa，重病容、贫血貌，强迫半坐位。皮肤、粘膜、结合膜有散在出血

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

点，有杵状指。颈静脉怒张。肝颈回流征阳性。心尖搏动弥散，心界向左下移位，心律不齐。主动脉瓣区及其第二听诊区可闻及Ⅳ/Ⅵ级粗糙全收缩期吹风性杂音及舒张期叹息样杂音。心尖区有轻度双期杂音，P_2亢进，S_2分裂，S_1低弱。双肺底散在湿罗音。肝肋下3cm，触痛。双下肢水肿。有水冲脉，枪击音及毛细血管搏动征。经X光胸片、心电图、心脏超声及其它检查，临床疑诊为：（1）先天性主动脉瓣狭窄（二瓣畸形）；（2）亚急性感染性心内膜炎（SIE）；（3）全心衰竭。

经强心、利尿、血管扩张剂、心肌营养药及大剂量青霉素(2000万单位/日)静滴，效果不佳。入院后第0天患者突感心前区持续性剧痛，烦躁不安、面色苍白、冷汗，血压下降至11/5.5kPa。心电图示ST段V_1·V_2抬高0.2mv～0.4mv。临床疑诊为急性前间壁心肌梗死。经治疗疼痛好转，血压回升。但抬高的ST段持续不降，第4天患者又诉心前区剧痛，随即咯血性泡沫痰、极度呼吸困难，紫绀，继之心搏、呼吸停止，抢救无效死亡。

尸检 大体可见心包腔内有一巨大血凝块呈血套状结构，完整地套于心脏外2/3以上，色暗红，略带弹性，套外的心包腔内还有血性液体350ml。心脏重470g，心外膜光滑，未见明显病变。心肌质软，色均匀，无梗塞区。左房、左右室扩大，二、三尖瓣正常。主动脉瓣变形、增厚、粗糙，有赘生物附着，瓣口狭窄，主动脉根部前壁有一穿孔处，直径0.2cm，孔从主动脉内壁直通心包腔。

镜检 心外膜纤维蛋白增多，心肌肥大，间质内脂肪组织增多，未见疤痕形成及淋巴浸润，主动脉瓣增厚，其间有较多红白细胞及碎片，可见菌落及钙化区。主动脉壁失去正常结构，有大量中性白细胞浸润。冠状动脉完好，管腔大小形态正常，腔内无血栓或栓塞征象，管壁未见粥样硬化。

讨 论 本患者明确有主动脉瓣狭窄并关闭不全及SIE。主动脉瓣上赘生物脱落有引起冠状动脉栓塞的可能性。心前区有持续性疼痛并休克，心电图V_1·V_2 ST段抬高，持续时间超过24h等，酷似急性前间壁心肌梗塞（AMI）。但仔细分析患者心电图，抬高的ST段非弓背向上型，观察3d，ST—T无AMI的演变改变，心肌酶谱不高等，不支持AMI的诊断。ST升高可能为心外膜受刺激所致。心前区疼痛可解释为患者在主狭、主闭已导致心肌肥大、相对缺血的基础上，加上SIE引起主动脉根部突然穿孔，血液流入心包腔，心包壁层急剧扩张，壁层上神经被牵拉和刺激，心肌舒张受限，进一步减少冠状动脉血流量；心包腔积血填塞，又限制了心脏的舒缩功能，心排血量急剧减少使血压骤降，冠状动脉供血更差，心肌严重缺血、缺氧，导致患者剧烈持续性心绞痛，酷似急性心肌梗塞，应注意鉴别[1][2]。

参 考 文 献

1. Russo R. T-wave changes in Patients with hemodynamic evidence of systolic or diastolic overload of the left ventricle: A retrospective study on 168 patients with isolated chronic aortic valve disease. Int J Cardiol 1987; 14(2):137
2. Devereux RB, Reichek N. Echocardiographic determination of left ventricular mass in man: Anatomic validation of the method. Circulation 1977; 55:613

（收稿：1990.03.05；修回：1991.01.10）

换瓣术后自主心跳停止27min复苏成功一例报告

曾会昌 连丽红 杨兴华* （西南医院 胸心外科）

心脏换瓣术后，出现心律紊乱、心脏骤停发生率较高。术后严密的心脏监测与及时有效的抢救措施，显得十分重要。现将我科收治的心脏换瓣术后当日心脏骤停、经抢救成功的一病例报道如下：

病 例 患者男性，20岁。因风湿性心脏病，二尖瓣狭窄并闭锁不全在低温全麻体外循环下行二尖瓣置换术。术中经过顺利，心脏自动复跳。术后给予人工呼吸器辅助呼吸，因心低排给予小剂量多巴胺维持循环稳

* 本院普外科

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net