DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.03.036

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

定。术日夜2点54分值班护士突然发现心电监护出现心室扑动，“室颤”，血压2.7/0kPa。立即报告并行胸外心脏挤压，静推利多长因50mg，5%碳酸氢钠60ml，连续不断心脏挤压，期间又先后3次静注利多卡因各50mg，3点21分用150J胸外电击除颤一次复苏成功，恢复窦性心律。复苏后16min患者神志清楚，瞳孔等大等圆，对光反应灵敏。复苏后14h，患者出现烦燥不安，为心停跳后脑缺氧继发性脑水肿表现。给予甘露醇、地塞米松等治疗，32h后患者安静，病情稳定。于术后32d痊愈出院，无后遗症。

讨 论 换瓣术后并发心律紊乱，心脏骤停多与低血钾有关[1]，复苏困难。胸外心脏挤压对换瓣后的心脏和人工瓣膜均有一定的危险，严重者发生心脏破裂或瓣膜损坏。本例心脏停跳27min复苏成功，有以下体会：（1）发现抢救及时，采取措施得当；（2）连续不间断胸外心脏挤压，用力适度，保证了心、脑最低血流供应；（3）人工呼吸机辅助呼吸对重症心脏病术后患者不仅改善了通气，降低氧耗，也大大方便了突发事件的急救，增加了复苏的成功率。

参 考 文 献

1. 兰锡纯，主编。心脏血管外科学（上册）。北京：人民卫生出版社，1985：344

（收稿：1990.11.30；修回：1991.03.16）

妊娠伴发原发性肝细胞癌一例报告

丁生财 晏才杰 （新桥医院 普通外科）

妊娠伴发原发性肝细胞癌临床少见。近年我科收治一例，现分析、报道如下：

病 例 患者，女性，24岁，干部。分娩后发现右上腹部包块37d入院。于1987年6月13日分娩，翌日感肝区隐痛，并发现右上腹部有一包块，在院外服中药治疗，自觉症状缓解，因包块继续增大到我院诊治。21岁结婚，曾应用口服避孕药，无肝炎病史。妊娠前B超检查肝脏未见异常。此次入院查体：肝右肋缘下可扪及一包块约7cm×7cm大小，质硬，表面高低不平，边缘钝、有触痛。化验：Hb89g/L、肝功能正常、AFP>1600ng/ml、γ-GT 97.3u/L、AKP 17.5u/L、LDH 511u/L。B超检查提示肝右叶增大、形态不规则，其内可见一个14.2cm×9.9cm大小的实质性肿块，几乎占据整个右肝叶。腹腔动脉造影显示右肝动脉增粗、变直向上移位，右肝区可见密度增高的巨大肿块阴影，其内可见散乱且粗细不均的肿瘤血管和血管湖征象、周边有血管呈环状包绕肿瘤。手术探查见右肝前下部为巨大肿瘤约20cm×18cm×18cm（切除重量为1400g），肿瘤与大网膜、横结肠系膜及结肠肝曲粘连，右肝顶部及尾状叶可见3个约2cm×2cm的卫星结节。手术切除主瘤及卫星灶。病理诊断：低分化性肝细胞癌。术后2周康复出院。术后3年随访时失访。

讨 论

青年女性妊娠伴发肝细胞癌十分少见[1]。妊娠早期由于早孕反应如恶心、呕吐、纳差及体重下降等易与肿瘤中毒症状相混淆，易被漏诊；妊娠中晚期由于子宫增大、内脏上移，查体不易发现肝脏肿大或包块，亦易误诊。因此如遇顽固性早孕反应或伴有肝区隐痛，应作B超检查肝脏，及早发现问题。妊娠期间AFP可以升高[2,3]，对诊断妊娠伴发肝细胞癌帮助不大，检查AKP和γ-GT有助于诊断，必要时作CT或选择性腹腔动脉造影。诊断明确时应及早终止妊娠。由于不易早期发现妊娠伴发肝细胞癌，待明确诊断时多属中晚期病例，预后极差。

参 考 文 献

1. 汤钊猷。原发性肝癌。上海：上海科学技术出版社，1981：366～374
2. 汤钊猷。原发性肝癌。上海：上海科学技术出版社，1981：176～192
3. 吴孟超。原发性肝细胞癌。见：曾宪九 裘法祖主编。中国医学百科全书：普通外科学。上海：上海科学技术出版社，1989：75～77

（收稿：1990.07.31；修回1991.01.21）

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