DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.02.028

心包炎1982年5月住院。住院期间心包穿刺29次，每次均抽出淡黄色液体400ml～500ml。病检发现有异形细胞，痨抗治疗半年无效。行心包探查术，术中发现右房有一直径为13cm的肿块，肿块与心包、心肌紧连，无法切除。病理报告为右房原发性纤维肉瘤，术后病情迅速恶化，3月后死亡。

2 讨 论

心脏血管肉瘤国内罕见报道，右房原发性巨大恶性肿瘤更属罕见。根据心脏肿瘤的性质、生长部位、大小不同等，临床表现可多种多样[1]，如心包积液、心力衰竭、晕厥、心律失常、动脉栓塞等。本文两例均以心包受累为最初表现，因而误诊为结核性心包炎。通过该两例的教训，结合文献，吾等认为凡有以下条件之一者可作为心脏肿瘤诊断线索[2][3]。

（1）不明原因的大量、顽固性血性或非血性心包积液，经抗痨、抗炎、抗风湿等各种治疗无效者。

（2）X光片及心脏超声均提示有中量以上心包积液，但心包穿刺不能顺利抽出液体或抽出的液体呈胶冻状，又能排除化脓性心包炎时。

（3）无原发性心脏病的心律失常，顽固性心力衰竭，特别是肘或上腔静脉压明显升高，与心衰不成比例者。

（4）X光片及心脏外形奇异，有不规则隆起者。

心脏超声简便易行，凡有上述条件之一者均应进行，且需多次追踪观察，有条件者可配合心腔内造影、心脏CT、核磁共振等检查。

参 考 文 献

1. 程帮昌 冷仲凡 林道明。心脏肿瘤。国外医学：外科学分册 1981；3：145
2. 刘万车。心脏肿瘤。白求恩医科大学学报 1983；9（6）：98
3. Sahn SA. Pleural fluid pH in malignant effusions. Ann Inter Med 1988；108（3）：345

（收稿：1990.05.29；修回：1991.02.01）

立体定向术治疗震颤麻痹14例分析

童志恒 张可成（新桥医院 神经外科）

自从1982年以来，我们用立体定向技术，选择丘脑腹外侧核制造破坏灶，治疗震颤型帕金森氏病14例。术前所有患者均做了脑电图、脑同位素扫描，部份患者做了脑血管造影和CT扫描检查，确定非继发性病变。使用国产FY80－3型脑立体定向仪。经康锐和空气脑室造影，测定丘脑腹外侧核位置，确定破坏灶中心靶点（终靶点），制造半径不超过5mm的破坏灶。文章介绍了手术方法，讨论并发症，并对手术早期效果和随访结果作了分析。

1 临 床 资 料 及 方 法

本组14例患者，男、女各7例。年龄38岁～68岁，平均50.7岁。14例共做18次手术（4例为双侧）。无手术死亡。所有患者均进行跟踪随访，随访时间2.0a～8.8a，平均4.94a。术后早期效果评定分为3级：①震颤完全消失；②残余单肢轻度震颤；③残余中度震颤。随访结果以2种方式表示：①无震颤，震

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

震颤复发及程度。②生活自理，部份自理，卧床不起，死亡。

本组14例中，重度震颤5例，中度9例。双侧震颤8例，单侧6例。5例重度震颤均为双侧。所有患者均有肌张力增高，轻度僵直12例，步态不稳11例，构音障碍5例，吞咽困难3例，植物神经功能失调4例。生活自理者7例，部份自理6例，卧床不起1例。术前病程最长12a，最短2a，平均6.9a。所有患者术前均接受过长期药物治疗（左旋多巴、美多巴、安坦、金刚烷等）。

本文以丘脑腹外侧核为终靶点，以此为核心，制造半径4mm～5mm的破坏灶。患者术前均停服抗帕金森氏药物3d～7d。采用局部麻醉，破坏灶选择震颤较重一侧相对的半球，用康锐和空气作脑室造影，确定丘脑腹外侧核位置，然后用直径0.8mm，尖端裸露1.5mm～2.0mm的电极，经导向针刺入始靶点，作探测性小灶破坏。同时观察患者震颤、肢体运动、肌力、肌张力、语言和感觉的微小变化。少数病例在始靶点破坏后即可见震颤明显减轻，此处即被视为破坏灶的终靶点。部份病例如始靶点电灼后无效果或出现肢体弹跳现象或肌力减弱，则需调整始靶点的位置，直至出现有效靶点，定为终靶点。以此为核心，在半径4 mm～5mm的范围内作多点状破坏，直到震颤完全消失或有明显好转为止。

14例中，11例破坏灶对侧肢体震颤完全消失；3例震颤明显好转，仅肢体远端残余轻度震颤；12例肌张力减低，僵直减轻；3例语言有改善；8例步态较术前稳。生活自理8例，部份自理6例，后者中1例术前卧床不起。18次手术中，15次术后震颤完全消失，3次残余轻度震颤，震颤完全消除率达87.3%，与文献报道相近似[1]。

18次手术中，2次（2例）出现肢体麻木，1例出院时恢复，另1例未恢复；3次（3例）肢体无力，2例术后1周内恢复，1例出院时未恢复；1次出现上下肢运动障碍和语言不清，术后10d开始恢复；3例病人术中出现恶心、呕吐、大汗，均在2h～5h内恢复。1例伤口浅表感染，出院时愈合；无手术死亡。

随访时间2.0a～8.8a，平均4.94a。结果4例死亡，死亡原因系帕金森氏病的其它症状加重致卧床不起。饮食困难或褥疮，肺炎及全身性感染等严重并发症所致。9例震颤无复发，2例复发轻度震颤，3例术后残余轻度震颤无变化（包括死亡病例死亡前情况）。

生存的10例中，1990年2月最后一次随访，生活自理者3例，部份自理4例。3例僵直致运动不能。除1例术后残留轻度震颤和1例复发轻度震颤外，8例至今无震颤复发。生存的患者运动不能和僵直均有渐进性加重。

2 讨 论

对长期服药失效或有明显副作用的病例，立体定向丘脑腹外侧核破坏术，对消除震颤，减轻僵直有显效，疗效可靠而且较安全[2]。如何选择最有效、最安全的破坏部位，各家尚有不同意见[3][4]。丘脑腹外侧核是运动神经中转核，通过破坏该核可消除震颤，本文结果也证明了它的有效性。

本组病例首先采用始靶点，通过仔细观察，及时调整始靶点方位，找出最准确、有效的部位作终靶点，并以终靶点为核心，制造半径4 mm～5 mm范围内的多灶破坏，以达到满意的疗效。改进了以往定位后，直接小灶性破坏的简单方法。本组患者手术后均未作CT扫描等影像学方面的检查，其破坏灶的确切形态、范围及程度尚缺乏客观依据。但我们认为在还没有微电极、深部脑电图描记设备的单位，是行之有效而较可靠的方法。

改进破坏灶后的并发症，我们观察并未比其它报道中有所增加[4]。实际上只要终靶点正确，在半径4 mm～5mm范围内散点状破坏，无严重而持久的并发症出现。本组18次手术无1例出现意识紊乱。早期出现短暂或轻微的神经机能缺失，多在术后近期内得到恢复。

本组随访结果证明，丘脑腹外侧核破坏，对消除或减轻震颤的远期效果是肯定的，14例中除了3例术后残余轻度震颤外，其余11例只有2例复发轻度震颤，显示了远期效果。然而

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

对僵直和运动迟缓的远期效果较差。本组4例死亡者和现在生存而卧床不起的3例，都因僵直而使病情加重。因此丘脑腹外侧核破坏术对消除震颤有显著效果，但对震颤麻痹患者的僵直发展似无阻止作用，在这一方面还有待于今后进一步探索。

参 考 文 献

1. Waltz JM,Riklan M, Stellar S, et al. Gryothalamectomy for Parkinson's disease, A statistical analysis. Neurology 1966; (16) : 994～1002
2. 吴声伶 易声禹 袁顺书,等。脑立体定向手术治疗震颤麻痹。中华神经外科杂志1989; 5(2):111
3. Hirai T, Miyazakl M, Nakajima H, et al. The correlation between tremor characteristics and the predicted volume of ettective lesions in stereotaxic nuclrus ventralis intermedius thalamotomy. Brein 1983; 106:1001
4. 许建平 汪业汉 徐复华，等。60次丘脑腹外侧核破坏术治疗震颤麻痹的临床分析。中华神经精神科杂志 1979; 5 (3) :118

（收稿：1990.05.04；修回：1991.01.18）

动脉导管未闭合并心血管畸形的诊治

张载高 刘欲团 史鉴运 褚衍林（新桥医院 心外科）

动脉导管未闭（PDA）可合并心血管畸形。由于两者临床表现相互掩盖，仅借临床征象术前易被误诊或漏诊，术中招致忙乱，甚至引起严重后果。我院从1980年1月至1989年1月经一期手术矫正的此类畸形8例，占同期体外循环心内手术0.8%（8/1002），占PDA手术2.6%（8/300）。兹就诊治体会作一介绍。

1 临 床 资 料

本组男6例，女2例，年龄6岁～18岁，平均9岁。

心血管畸形：室缺6例，右肺动脉起源于升主动脉及三联症各1例。

畸形的确定、处理方法及结果：

1.1 室缺6例，3例诊断与术前一致。2例术前漏诊PDA，其中1例经心表探查确定并存PDA。1例在体外循环下切开右室时见大量血液从肺动脉口涌出才发现PDA。另1例诊断PDA，但尚疑心内另有异常，于术中心表探查时证实为室缺。

手术均采用正中胸骨切口，在建立体外循环之前确诊的5例中4例于转流前将导管游离，并绕线暂时阻断。1例因导管粗大伴重度肺高压，则在并循后，肺动脉压力降低时分离PDA，予以暂时阻断。此5例均于心内手术结束，心脏复苏后将其结扎。余1例于阻断升主动脉后将右室切开时，发现右室涌出大量回血，迫使将牵引缝线交叉拉紧，闭合右室切口。同时放松上下腔阻断带，使血液经上下腔导管引流。快速游离并结扎PDA后行室缺修补。6例中2例缺损较小行直接缝合，4例直径大于1.5cm予以补片修补。

1例术中死亡，因重度肺高压($P_P/P_S=1·2$)，在结扎导管和修补室缺后肺动脉压力不下降，心脏复苏后无法脱离机器而死亡。存活5例，随访3月～4年。其中1例因原有二尖瓣中度返流，需间断服地高辛。余均良好，心脏杂音消失。

1.2 右肺动脉起源于升主动脉1例，该例心前区仅闻I/6收缩期杂音。右心导管提示肺动脉平面左→右分流。肺动脉压14.6/7.4kPa。升主动脉造影诊断为主-肺动脉窗。

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