DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.02.027

门，以保证肠管内压，压力应根据患儿情况逐渐增加，不可盲目冲击，诸氏[4]报道1例注气后肠穿孔，我院亦有穿孔病例。如患儿情况好，整复时也不限于（8 kPa～10.7kPa）压力，可以适当加压。此外应用低张药物，可提高整复率[5]；本组1例注射氯胺酮后被整复，另1例经补液，给镇静药后3 h，再次注气整复成功。

参考文献

1. 宋育麟 江泽熙 李民驹，等。小儿肠套叠(附385例临床分析)。中华小儿外科杂志 1983；4:217
2. 余亚雄，著。肠套叠。上海：上海科学技术出版社，1961:100～123
3. 余亚雄 郑玉衡。婴儿肠套叠与结肠注气整复治疗法。实用外科杂志 1983；3:121
4. 诸一中 李也进。空气灌肠整复小儿肠套叠的体会。临床放射学杂志 1983；2:92
5. 曾余敏 袁昌炽 周银宝，等。654-2 在小儿肠套叠空气整复中的作用。中华放射学杂志1981；15:134

（收稿：1989.12.26；修回：1991.01.10）

同胞兄妹患右心房原发性肉瘤

杨国芳（新桥医院 心内科）

例1 男，38岁。2年前无诱因，活动后出现心慌气紧，半年后症状加重，轻度劳动即感心慌、气急，呼吸困难，下肢水肿，不能平卧达3月。入某院就诊经X光胸片、心脏B超、4次心包积液检查，先后诊断为结核性心包炎、扩张型心肌病。抗结核治疗2月并按心肌病治疗无效于1983年4月转住我院。

家族史中母曾患绒毛膜上皮癌，术后4年死于多发性骨髓瘤；妹死于右心房纤维肉瘤。

查体 病人取强迫半卧位，颈静脉怒张，肝颈回流征阳性，肘静脉压1.813kPa～2.058kPa，双肺无罗音，心尖搏动消失，心界向两侧扩大，心音低远，心律不齐、有早搏，平均心率106/min，各瓣膜区无杂音，肝肋下1cm，软、触痛，脾未扪及，双下肢中度凹陷性水肿。心电图有窦性心动过速伴房性早搏，肢导联低电压。超声检查：肝、胆、脾、胰无异常，心脏显示右心室内径增大，心脏前后壁之外有10mm～14mm的液性暗区。X光胸片心脏呈烧瓶状，向两侧扩大，双肺无异常改变。

实验室检查 血常规：中性80%，余正常，肝功、肾功、血液生化、心肌酶谱、肝酶谱、甲胎球、尿、便常规等均属正常。心包有淡黄透明积液，白细胞0.087×10⁹/L，李凡他试验阳性，蛋白51.0g/L；病理检查未见异常细胞，培养无菌生长。

住院后先后试行抗痨、抗炎、抗风湿及利尿、扩血管等药物治疗，无效。2月后进行第4次心脏B超检查，见右心房内有3.5cm×2.7cm大小的光团反射。复查X光胸片右心缘有局限性凸出，用泛影葡胺右心房内造影，见右房中部有3.5cm大的负性显影区。临床诊断为原发性右心房肿瘤。胸外科行心包探查术，术中见心包腔内有大块胶冻状蛋白凝块、吸出粘稠心包液1500ml，心包膜增厚，内层散在微小结节。整个右心房被大小不等的肿瘤组织占据，仅见右心耳尖部有跳动，肿瘤最大者为12cm×6 cm×10cm。因肿块太大，未能切除。术后13个月病情恶化死亡。尸检时见右侧心包膜脏层与心脏粘连，壁层与前胸壁粘连，右心房腔扩大，腔内被13cm×10cm×5 cm的肿瘤占据，色暗红，与右心房前侧壁紧密相连，三尖瓣及右心室扩大，心内膜光滑，其它瓣膜及腱索乳头肌正常。肝、脾、肺、脊柱有少数转移灶。

病理诊断 右心房巨大血管肉瘤，并向肝、脾、脊柱、肺多处转移。

例2 女，30岁，是例1的同胞妹，体检时X光胸片发现心脏阴影向两侧扩大，未予重视。2月后逐渐出现劳力性心慌，经X光胸片复查见心脏阴影呈烧瓶状向两侧扩大，心脏B超提示有大量心包积液，以结核性

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

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