DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.04.025

例（80%）的LVEF低于正常为36.6±10.6%，表明心律失常对左、右心功能均有不同程度影响。另外，观察16例室性早搏的右心功能正常，而其LVEF减低为36.1±8.9%；7例房颤病人的RVEF及LVEF均显著减低，各为29.4±11.5%，29.8±6%。此外，对7例病人随访，治疗后病情痊愈或好转，RVEF由28.7±7.1%增加至40.6±5.6%，治疗前后有非常显著差异（P<0.001）。

（本文承李言让教授审阅，谨此致谢）

参考文献

1. 袁立功，等。应用^{113m}In和γ心功能仪测定右心功能。中华核医学杂志 1987；2：86
2. 张永学综述。放射性核素右心功能研究的临床价值。国外放射医学分册1983；3：177
3. Elliot Rapaport MD. LISFC/WHO Task Force of Nuclear Cardiology. Circulation 1984; 70(4):768A
4. Berger HJ. Assessment of Cardiac Performance with Quantitative Radionucide Angiocadiography Right Ventricular Ejection Fraction Obstruction Pulmonary Disease. Am J Cardiol 1978; 41:897
5. Wagner HN. The Future of Nuclear Cardiology. Am. J Cardiol 1982; 49(5): 1355

（收稿：1989.3.6；修回：1989.5.9）

个案与短篇

甲状腺结核致气管切开切口经久不愈1例报告

林秋泉 林江凯 （西南医院 脑外科）

男，66岁。1987年6月7日高处跌下左额着地伤，无昏迷，伤后左肢体逐渐无力、麻木。1962年曾患肺结核，当年治愈。查体：反应迟钝，左侧偏瘫，Babinski征（+）。CT扫描：右额顶硬膜下血肿。6月23日开颅清除右额顶亚急性硬膜下血肿200ml。术后一度好转，7月15日出现昏迷，左肢体肌力减退。血管造影见右额顶部巨大占位病变。再次手术清除右额顶部硬膜下积液及血肿各60ml。第2次手术后呈浅昏迷、高烧、肺部感染。7月18日行气管切开，给予抗感染及脱水等支持治疗，神志渐清醒，瘫痪恢复。但气管切开处感染，拔管后形成一窦道，多次分泌物培养均为绿脓杆菌及金葡菌生长，曾2次扩缝，仍治疗未愈；1988年2月11日再次扩缝，取切口内肉芽组织作病理检查，诊断甲状腺组织有结核性改变。立即行抗痨治疗，1周后切口愈合，痊愈出院。

讨论

甲状腺腺体内血运丰富，含氧量高，缺乏易受结核菌侵袭的网状内皮细胞，并对结核菌有较强的免疫力，不易被结核菌感染，故甲状腺结核临床上很少见，仅占甲状腺疾病的0.1～0.4%[1]。本病术前正确诊断较难，术前常被误诊，往往只能靠术中所见和术后病理诊断[2][3][4]。本例切口感染7个月未愈，分泌物多次培养均为绿脓杆菌、金葡菌感染，加上笔者对本病缺乏认识，未能及时确诊及有效治疗，教训深刻。文献报导[1][2][5]诊断甲状腺结核需具备：1.在甲状腺腺体内或脓汁中找到抗酸杆菌；2.经病理检查证实；3.有结核病史。本例有结核病史，病理检查证实，抗痨治疗有显效，诊断明确。通过本例治疗我们体会：1.气管切开应尽量避开甲状腺组织；2.切口一旦感染，经久不愈应想到甲状

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

腺结核的可能，及时作分泌物抗酸杆菌检查及伤口内组织病理检查，以更早确诊，减少病人痛苦。

参 考 文 献

1. 耿兆麟，等。甲状腺结核。中华医学杂志 1958；44（12）：1210
2. 高 方，等。甲状腺结核的诊断和治疗。吉林医学 1984；5（4）：5
3. 吕明，等。甲状腺结核4例。实用外科杂志 1982；2（6）：329
4. 陈庆丰，等。甲状腺结核4例。天津医学 1980；8（3）：174
5. 吕允环，等。甲状腺结核（附7例报告）。天津医药1985；13（7）：429

（收稿：1989.1.3；修回：1989.5.25）

腭扁桃体血管纤维瘤1例

范文汉 袁伯庆 （西南医院 耳鼻喉科）

腭扁桃体血管纤维瘤属少见，我科遇1例先天性腭扁桃体血管纤维瘤，报告如下：

患者女性，11岁，住院号141996，因自幼咽部异物感于1988年1月26日入院。患儿出生时即发现左侧咽部有一黄豆大小新生物，随年龄增长而增大，并呈分叶状，伴异物感，吞咽受阻，语言含糊。入院检查：咽部左侧见一分叶状灰白色新生物5×2×2 cm^3大小，遮盖口咽部的大部。新生物表面光滑，无溃烂，触之不出血，可见血管增生。于1月29日在全麻下行咽部新生物及扁桃体摘除。术中见肿瘤蒂部在扁桃体表面，局部血管丰富，摘除后扁桃体窝出血点缝扎数针，术后病理检查为（扁桃体）血管纤维瘤（图1、2）。



图1 左侧扁桃体；右侧为肿瘤

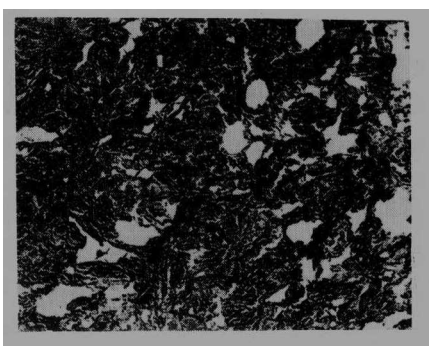


图2 大量的胶原纤维和薄壁血管（×90）

口咽部血管纤维瘤属少见，系血管成份显著增加的纤维瘤，其与鼻咽部血管纤维瘤的不同之处为无明显的自发性出血倾向。有蒂者多来自扁桃体，无蒂者可起源于咽侧壁，常可增长而引起咽部机械性阻塞，故多采用手术治疗。

（收稿：1988.8.16；修回：1989.6.10）

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