DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.02.014

发病诱因。因肘外翻使尺神经遭受慢性牵拉性损伤，加之继发性骨增生改变，使肘管容积缩小。我们曾对部分患者行双侧尺神经沟轴位X线照片，发现患侧尺神经沟变浅并粗糙，证明肘管容积缩小。尺神经长期位于浅而粗糙的神经沟内，因肘关节伸曲活动，尺神经肘管内受到持续性机械性挤压、牵拉、摩擦，久之使神经干产生充血、水肿，变粗，肘管容积更加缩小。神经受压后，虽然神经外血管系统具有很大的弯曲性，以保证在变化体位时神经的血氧供应不受影响。但神经受到长期过度牵伸和压迫，使神经外血管系统张力增大血流量减少，引起神经外血供受阻。另一方面长期受牵拉摩擦的神经干除发生充血、水肿外，外膜亦将逐渐增厚，使神经内压增高，神经内、外压力增高，使神经内血管系统供血不足，整个神经供氧不足，如所周知，神经缺血，早期可出现脱髓鞘改变。后期瘢痕形成则加剧神经传导功能的损害。因此单纯机械牵拉摩擦仅是造成神经损害的原因之一，神经内、外压力增高，造成神经缺血，才是神经发生实质性损害的真正原因。

2. 治疗方法的选择

治疗的基本原则是神经松解减压及前移。根据术中不同病理发现，选择不同的手术方法。如术中仅见神经和周围有不同程度的粘连，而神经干本身无明显充血，水肿及外膜增厚。仅需行神经外松解及前移术，即可达到预期的疗效。本组有10例仅行外膜松解术，取得了满意疗效。如术中发现神经干本身有明显充血、水肿，外膜增厚者，则需行外膜切除神经内松解，以减少神经内压力。束间松解，除达到神经内减压外，并能促进神经内血运的恢复，改善神经缺血状态。本组14例行束间松解者，最快的术后第1天患肢麻木即有明显改善，10例在1周内，感觉有不同程度的恢复。

3. 关于神经前移的位置

传统的方法是将尺神经移位于肱骨内髁节侧皮下，由于皮下较浅，神经易受摩擦，触碰或滑动。因此目前国外有人主张将屈肌起点切开，然后将尺神经前移并埋于屈肌起点深面。他们认为此法有利于神经营养的恢复，还可避免尺神经在表浅位置受摩擦或触碰。但此法需将屈肌起点切断并重新缝合，增加术后固定时间，手术亦稍显复杂。我们前移的方法是，在前臂屈肌起点稍下方，掀起一肌膜瓣，将前移之尺神经固定于其中。此法简单，术后不要较长时间的制动，神经移位后有一定深度，血运较好，并有肌膜瓣固定，不易滑动。

参 考 文 献

1. 朱盛修，等。周围神经束膜减压术治疗灼性神经痛及其机理探讨。中华外科杂志 1984;22:281

2. Millesi, H. Microsurgery of peripheral nerves. World J Surg 1979;3:67

（收稿：1988.2.8；修回：1988.11.6）

副腮腺肿瘤的诊断和治疗探讨（附31例报告）

李忠禹 （新桥医院 口腔科）

大约1/5的人有副腮腺[1]，其肿瘤发生率明显低于腮腺[2][3]，因此易被忽视，致误诊和影响治疗。本文着重对1975～1985年我科经治的31例副腮腺肿瘤的诊断和治疗进行讨论。

临 床 资 料

男性18例、女性13例，年龄24～54岁、平均41岁，位于中颊部，右侧19例、左侧12例，病程（发现至就诊时间）2～7年、平均3.5年，良性16例，恶性15例，均未曾实行过手术或放疗。

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

临床表现 31例中主诉中颊部无痛性肿块16例、痛性肿块15例，渐进性张口受限14例；进食时腮腺胀痛12例，其中3例随肿块增大胀痛消失；肿块直径1.5～2.5 cm 17例，3～4 cm 14例；肿块呈圆形或椭圆形；表面结节状14例，其余较光滑；质地除2例柔软其余质地硬；16例肿块可活动，当嚼肌紧张时，向后推动腮腺浅叶肿块亦随之后移，另15例肿块与周围组织粘连，其中2例有部分面瘫；颌下淋巴结肿大12例，其中3例伴腮腺有淋巴结肿大。

腮腺造影所见 31例均显示副腮腺，位于腮腺主导管上方，借一分枝导管与主导管相连，其中3例腮腺腺体未显影。

术前穿刺活检 多数成功，良性混合瘤14例、纤维瘤2例、粘液表皮样癌8例，腺泡细胞癌4例、腺样囊性癌3例。

治疗方法 31例以不同方式手术切除，恶性者辅以化疗。

术中所见 31例均有副腮腺、分枝导管一支，位于腮腺主导管上方、颊肌、嚼肌表面，符合造影所见。肿瘤均部分位于副腮腺内、部分在腺外，但与腮腺浅叶无直接连系，肿瘤被膜完整14例，其中6例压迫腮腺主导管，被膜不完整或无被膜17例中2例与嚼肌粘连，累及嚼肌、颊肌和面神经7例，浸润腮腺主导管8例、其中3例腮腺浅叶萎缩、内有肿大淋巴结。

治疗效果 术后病检证实良性混合瘤14例，纤维血管瘤2例，粘液表皮样癌8例，腺泡细胞癌4例，腺样囊性癌3例。术后发生涎瘘2例，经处理愈合；永久部分面瘫9例。16例良性肿瘤已随访3～10年无复发，15例恶性肿瘤随访已4～6年未见复发和转移。

讨　论

1. 副腮腺肿瘤发病率 本组31例副腮腺肿瘤占同期经治的308例腮腺肿瘤10%，高于文献记载，其恶性与良性之比1∶1也明显高腮腺，提示医生对颊部肿块应予重视，切勿轻易作为局部小肿块单纯将其挖除。

2. 解剖部位对临床诊断的意义 31例副腮腺肿瘤均位于中颊部，即：鼻翼基部至耳屏连线中1/3区，根据Frommer发现约1/5的人此区除肌肉淋巴结、脂肪组织外，还有副腮腺，因此从肿瘤组织的来源看此部位肿块鉴别诊应当考虑副腮腺肿瘤，否则可能导致误诊和贻误治疗，例如本组31例在他院求治中均未考虑副腮腺肿瘤，16例良性肿瘤中误为慢性淋巴结炎13例，纤维瘤3例，15例恶性肿瘤中误诊为软组织慢性牙源性感染10例，囊肿感染后机化2例，外伤后局部纤维组织增生3例。上述病例我们详细了解病史、仔细检查、结合解剖部位特点，经特殊检查均获确诊。可见，熟悉中颊部局部解剖对诊断副腮腺肿瘤是很有帮助的。

3. 副腮腺肿瘤局部物理检查特点对诊断的意义 31例中29例上皮性肿瘤质地较硬，此点有别于腺外的血管瘤、脂肪瘤、囊肿；另外根据31例的经验体会，我们发现腮腺造影时副腮腺肿块增大，可能是造影剂充盈副腮腺使腺体增大所致，向后推动腮腺浅叶时，副腮腺肿块随之移动，良性肿瘤更明显，此物理检查特征是中颊部副腮腺外肿块没有的，可作为副腮腺肿瘤临床诊断证据之一。

4. 术前穿刺活检的诊断价值 本组病例造影显示副腮腺后，即行肿块穿刺活检，结果除2例涎腺纤维瘤与术中术后病检涎腺纤维血管瘤不符合外，其余均与术中、术后病检结果一致，说明穿刺活检对副腮腺肿瘤术前确诊是必要和可靠的，并且该部位肿块表浅便于固定、通过的组织层次少，因而穿刺活检成功率高，建议常规使用。本组31例术中均切除穿刺道周围组织，故未发生肿瘤种植。

5. 手术入路选择 无论良性或恶性副腮腺肿瘤，均采用腮腺切除术式的面颈切口，翻开颊部皮瓣，暴露腮腺浅叶、导管、面神经、副腮腺及分枝导管。优点：(1)直视下便于识别、保护面神经，本组除7例面神经被肿瘤侵犯切除外，无意外损伤者。(2)可明确肿瘤与周围组织结构的关系，便于正确切除。(3)术中可再次证实是副腮腺，还是腮腺浅叶过度前突所致的"假性副腮腺"，前者与

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

腮腺无直接连系，本组31例均为真性副腮腺。(4)面颈切口隐蔽，不影响美容。相反，若用颊部皮肤小切口，盲目游离肿瘤易误伤面神经，恶性肿瘤切除不彻底，颊部疤痕明显。

6. 肿瘤性质、局部病理特点与手术切除范围的关系 本组31例根据穿刺活检冰冻活检结果及术中所见肿瘤波及范围，选择不同切除方式：(1)良性肿瘤连同副腮腺切除，结扎分枝导管，本组最初2例忽视此点致术后发生涎瘘，经加压愈合。(2)恶性肿瘤累及颊肌、嚼肌、面神经时一并切除。(3)恶性肿瘤累及腮腺主导管者，将肿瘤、副腮腺、腮腺浅叶及主导管同时切除。(4)腮腺浅叶有转移淋巴结时，切除原发灶、腮腺浅叶并行全颈清扫术，本组3例术后均证实颈深上淋巴结有转移。(5)恶性肿瘤伴颌下淋巴结肿大者，切除原发灶加舌骨上淋巴结清扫。

参 考 文 献

1. Frommer J. The human accessory parotid gland incidence nauture and significance. OS OM OP 1977; 43(5): 671
2. Perzak SL, et al. Surgical management of preauricular tumors of the accessory parotid apparutus. Am J Surg 1966; 112(4): 498
3. Johnson FE, et al. Tumors arising in accessory parotid gland. Am J Surg 1979; 138(4): 576

(收稿：1987.8.12；修回：1988.10.5)

心内直视手术中血浆乳酸含量的观察

潘 瑾 肖颖彬 刘欲团 曹正怀 (新桥医院 中心实验室)

保持酸碱平衡是低温体外循环下心内直视手术中至关重要的问题，对于心脏复苏、术后心血管功能的稳定都有重要意义[1]。本文观察了心内直视术73例259次血浆乳酸含量，并探讨其与酸碱平衡的关系，现报道如下。

材 料 和 方 法

取我院1984～1987年间行心内直视术的部份患者共73例，男29，女44，年龄4～56岁(18.2±11.4)，归为3组：I组：非紫绀型先天性心脏病畸形矫正术29例(含房、室间隔缺损、肺动脉瓣狭窄、瓦氏窦瘤破入心室)；II组：紫绀型先天性心脏病畸形矫正术22例(包括法乐氏四联症、全肺静脉畸形引流)；III组：二尖瓣瓣膜替换术22例。

手术在大剂量芬太尼静脉复合麻醉低温体外循环下进行，转流中维持流量60～120ml/kg/min，灌注压8.00～14.7kPa。I组转流时间及阻断升主动脉时间分别为50.6±13.2min、29.7±12min；II组分别为105.2±20.3min、71.9±18.5min；III组分别为89±18.8min、54.1±15min。三组间相差非常显著($P<0.01\sim0.0001$)。

按手术进程于肝素化时(即麻醉后60～90min，"转前")、转流中开放升主动脉时(转中)及停止转流后(停转后)采集肝素抗凝血，II、III组病人加取转流40min时血样(转流40min)。用酶法测定血浆乳酸[2]，以丹麦Radiometer BME 33型血气分析仪进行血气分析。

根据血气参数，$PaCO_2$正常者，以HCO_3^-值判断代谢性酸碱失衡；$PaCO_2$异常时，以急性呼吸性酸碱失衡预计代偿方程[3]判断代谢性酸碱失衡。按照II、III组"转流40min"、"转中"及"停转后"的血气参数，分为代酸组及无代酸组，并进行相应血浆乳酸含量的比较。

全部资料经Apple-II型计算机进行统计学处理。均数比较用t检验。

结 果

一. 各组的乳酸含量见表1。

表1 血浆乳酸含量($mmol/L$)

	I	II	III
	$\bar{X}\pm SD$ (n)	$\bar{X}\pm SD$ (n)	$\bar{X}\pm SD$ (n)
转 前	2.8±0.59*(29)	2.74±0.63 (22)	3.11±0.82 (22)
转 中	3.83±0.60*(29)	5.38±1.05*(22)	5.48±2.01*(22)
停转后	4.48±1.10*(29)	7.14±1.85*(22)	7.68±2.16 (22)

注：* 显著高于"转前"($P<0.01$)

从表1可见，"转前"三组乳酸均显著高于正常参考值[2]($P<0.001$)，并随体外循环转流的进行而

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