

手术的进步,使得完整切除大型颈静脉球体瘤,成为可能。手术的成功关键在于认真的术前检查准备,术中细致的止血措施及精心的护理。我科自 1985 ~ 1995 年共手术治疗 10 例,通过对 10 例颈静脉球体瘤手术患者的术前、术后护理取得了一些经验和体会,现报告如下。

1 材料与方 法

本组 10 例患者中,男性 4 例,女性 6 例;年龄 17 ~ 49 岁,平均年龄 22 岁。10 例均有不同程度的传导性或混合性聋。另本组面瘫 2 例,舌下神经瘫 1 例。颈静脉孔综合症 5 例。使用 CT 及 MRI 扫描机进行检查。

2 结 果

本组 6 例行 CT 检查,均发现鼓室内肿物已侵入颅内,肿瘤直径小于 2.0cm 2 例,大于 2.0cm 4 例。MRI 具有高度的敏感性和特异性。3 例 MRI 显示局部为等或长 T₁ 或 T₂ 信号的肿块,在 T₁ 和 T₂ 加权像上,肿瘤内窝有迂曲和点状元信号的血管流空征象。4 例 DSA 显示,患侧颈静脉区有浓密的不规则肿瘤血管染色,病变侧颈静脉窝血管占位性病变,有分叶。由咽升动脉、颌内动脉、椎动脉供血。

3 讨 论

CT 能显示肿瘤大小及位置,高分辨率 CT 显示颈静脉球顶之动脉向峰消失。MRI 具有良好的软组织对比分辨力、多平面成像能力,并可显示详尽的解剖特征。DSA 血管造影除能显示肿瘤大小及供血责任血管外,并能同时进行血管栓塞。现代影像及显微手术的进步,使得完整切除大型颈静脉球体瘤成为可能,手术成功的关键在于认真的术前检查、准备以及术中细致的止血措施和精心的术后护理。

颈静脉球体瘤血管异常丰富,少加触动即出血不止。本组 6 例大型肿瘤患者除 1 例与脑外科联合手术外,均由耳科采用 Y、C 型切口予以切除。采用上述切口,可根据需要充分暴露颞骨、枕下、颈、颅中窝和颞下窝等解剖范围。该手术难度在于止血,术前必须做好输血准备。

4 护 理 体 会

做好患者的心理护理及时协助患者做好常规检查,对于贫血等慢性疾病、体质较差的患者,进一步做细胞平均体积(MCV)和血小板数量。如有异常应纠正贫血状况。术前备血、插胃管、尿管并留置。

由于该肿瘤对邻近组织有破坏作用,手术范围涉及到颅神经及重要血管,应密切观察患者血压变化情况,每 30min 测血压 1 次,如果低于 120/80mmHg 以下,及时报告医生,如一患者在术后 2 天出现呕吐,血压偏低 80/55mmHg,立即通知医生,及时给予输血、输注液等对症治疗,无其他并发症发生。全麻清醒后应定时观察患者肢体感觉运动情况,其中 1 例患者术后 1 天出现对侧肢体偏瘫,通过降颅压、使用血管扩张剂及能量合剂等综合治疗,患者住院 64 天治愈出院。此类患者术前应做好心理护理,备足新鲜血液。术后严密观察血压、肢体等病情变化情况,是手术成功的重要保证。防止并发症及感染的发生,使患者早日康复。

参 考 文 献:

- [1] 樊兆民,樊忠.颈静脉球体瘤(附 10 例报告)[J].中国耳鼻喉颅底外科杂志,1999,5:87.
- [2] 武乐斌,李成利.介入性磁共振技术临床应用经验初探[J].医学影像学杂志,2002,4:97.

(收稿日期:2002-03-16 修回日期:2002-06-10)

(本文编辑:崔国明)

冠状动脉心肌桥 30 例临床分析

Clinical report of 30 patients with myocardial bridge

丁 蕊,刘继英,吴玉丽

(山东省立医院心内科 山东 济南 250021)

【关键词】 冠状动脉;心肌桥;放射学;介入性

中图分类号:R815 文献标识码:B 文章编号:1006-9011(2002)05-插页 9-02

冠状动脉心肌桥的临床诊断主要依靠冠状动脉造影,现将我院自 1995 年以来 883 例经冠状动脉造影发现的 30 例心肌桥患者的临床资料报道如下。

1 材 料 与 方 法

本组 30 例心肌桥患者中,男性 23 例,女性 7 例,年龄 34 ~ 56 岁,平均年龄 44 ± 10.7 岁,临床诊断不稳定心绞痛 13 例,稳定性心绞痛 10 例,陈旧性心肌梗塞 5 例,扩张型心脏病 2 例。其中 20 例心电图有 ST-T 改变,呈 ST 段压低,T 波倒

置或低平。

冠状动脉造影均采用 Judkins 法,左冠状动脉采用 5 个照射位,右冠状动脉采用 3 个照射位,左室造影采用右前斜 30° 照射位。

2 结 果

883 例冠状动脉造影中检出心肌桥 30 例,发生率为 3.3%,狭窄程度根据 Noble 分级^[1],I 级 < 50% 10 例,II 级

插页 9

50%~70% 14 例,Ⅲ级 >70% 6 例;位于前降支 24 例,回旋支 4 例,右冠状动脉 2 例;其中 10 例加做左室造影,未见左心室功能异常(图 1~3)。本组 30 例心肌桥患者临床上均有心

前区疼痛病史,其中 20 例心电图为 ST 段移位,T 波改变等心肌缺血表现。

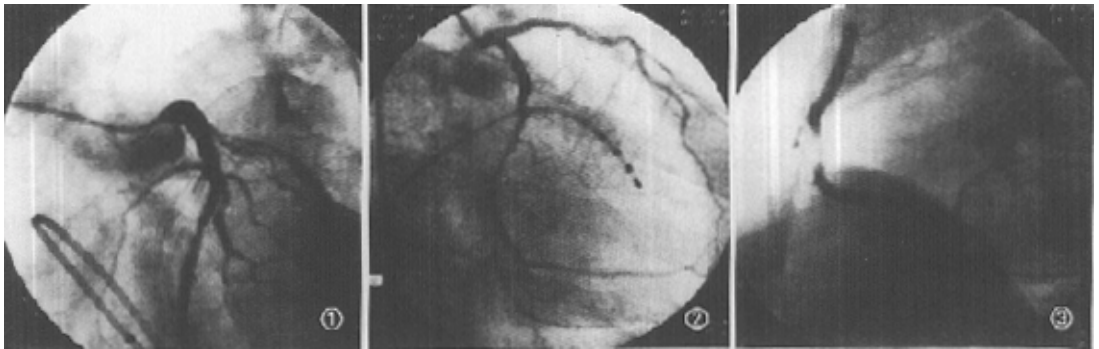


图 1 左前降支近中段于收缩期有两处 50% 的局限性狭窄 图 2 冠心病患者的回旋支造影收缩期图像,见其中段有 6.0-8.0mm、大于 80% 的血管病变 图 3 右冠近中段长约 10.0mm、大于 90% 的血管狭窄

3 讨论

心肌桥是指冠状动脉或其分支的某一段在行走中被心肌纤维所覆盖,这种心肌纤维称为心肌桥,局部心肌桥所覆盖冠状动脉被称为壁冠状动脉,多发生于左前降支,可能与胚胎期该血管位于心肌内有关。可见于各种心脏疾病,包括冠心病、肥厚性心肌病、左室肥厚及高血压病。冠状动脉造影中发现收缩期狭窄即可诊断。大部分心肌桥不影响冠状动脉舒张期灌注,临床上无征状,当心肌桥压迫性狭窄 >40% 时^[2],可出现胸闷、胸痛等心绞痛症状,本组 30 例病人都出现心前区疼痛。壁冠状动脉的受压的病理演变过程是:心绞痛→心动过速→心律失常→心肌梗死→猝死^[3]。心肌桥在冠状动脉造影中发生率为 0.51%~12%,本组发生率为 3.3%,与文献报道相符^[4]。10 例左室造影患者未见左室功能异常,说明冠状动脉心肌桥一般不导致左室功能障碍^[1]。

对心肌桥的治疗应采用药物、介入及外科手术治疗^[5]。对有症状的心肌桥,药物治疗可选用 β-受体阻滞剂、钙离子拮抗剂和硝酸酯类药物,但有报道认为^[6],硝酸甘油可反射性地增加心律,有可能增加心肌收缩力,但对于心绞痛发作

时间较长,特别是伴有 ST 段抬高的病人可以使用硝酸甘油。对于临床症状明显而药物治疗无效者,可行 PTCA 和冠状动脉内支架植术,外科治疗可采用心肌桥松解术。

参考文献:

- [1] NOBEL J, BOUMSS M C, PETICLERC K, et al. Myocardial bridging and milking effect of the left anterior descending coronary artery; normal variant of obstruction[J]. Am j cARDIAL, 1976, 37: 993.
- [2] 张立群, 王齐冰, 魏盟, 等. 冠状动脉心肌桥 24 例分析[J]. 浙东医学杂志, 2000, 22: 296.
- [3] 陈凤荣, 扬影. 心肌桥致心肌梗塞 1 例[J]. 中国实用内科杂志, 1997, 17: 503.
- [4] 赵茹, 张我素, 卢凤民. 心肌桥所致心绞痛[J]. 天津医药, 1998, 26: 487.
- [5] 霍勇, 高炜, 张励庭, 等. 冠状动脉心肌桥及其临床意义[J]. 中国介入心脏学杂志, 1998, 6: 97.
- [6] Feld H. Exercise-induced ventricular tachycardia in association with a myocardial bridge[J]. Chest, 1991, 99: 1295.

(收稿日期: 2002-05-10 修回日期: 2002-09-12)

(本文编辑: 崔国明)

欢 迎 投 稿
欢 迎 订 阅