



应用价值不大。Dawkins 等(Heart Tran, 1984, 3:286)认为以 IVRT 减小 10% 为标准, 其敏感性 87%, 特异性 90%, 我们观察到的结果与之相符。从表中看出, 本例病人 IVRT 一般在 80 ms 左右, 当排异几乎为零时 IVRT 明显延长, 而排异加重时 IVRT 则缩短。尤以病人死亡前夕(10 月 16 日)为著, 尽管临床表现及心电图等项检查均无明显变化, 而 IVRT 却显著缩短; 尸检心脏病理亦示急性重度排异。

目前文献报告 IVRT 的测量方法大部分采用心音图与 M 型超声的二尖瓣波群, 或是用心音图与多普勒显示二尖瓣开放。我们单纯采用脉冲多普勒测量 IVRT, 该方法可同时显示二尖瓣开放及主动脉瓣关闭, 图象清晰、准确, 且易获得。同时也避免了非同手段的误差。总之, 结果表明 IVRT 与心内膜心肌活检有较好的相关性。

(1993-01-19 收稿 1994-02-08 修回)

•短篇报道•

室间隔膜部中隔瘤破裂的外科治疗

李兆志 黄庆恒 梁景仁 耿希刚

室间隔膜部中隔瘤多合并室间隔缺损(VSD)。我们 1973 年 4 月至 1992 年 11 月共收治 16 例, 均破裂且合并膜部 VSD, 现报告如下:

临床资料 本组 16 例中男 5 例, 女 11 例。年龄 5.5~23 岁, 平均 12 岁。均活动后心慌气短, 胸骨左缘 3~5 肋间可闻及 3 级收缩期杂音并震颤。X 线胸片均示肺动脉段轻度突出, 肺血增多, 左、右室及右房增大。超声心动图(UCG): 16 例均示膜部 VSD 及左向右分流, 其中 13 例提示并存膜部中隔瘤, 1 例膜部膨出, 2 例漏诊。

手术均经胸骨正中切口, 在中度低温体外循环下进行。行右房切口, 于三尖瓣隔、前瓣间室间隔膜部, 见球形或圆锥形乳白色、欠光滑的瘤样膨出突向右室腔, 其顶端有破口。中隔瘤直径 6~13 mm、长 4~10 mm、破口 3~10 mm, 其中 1 例有 3 个小破口。VSD 6~10 mm、有纤维缘, 2 例有 2 个缺损。8 例因瘤体大而长, 从破口处将其纵切达 VSD 纤维缘, 连同瘤体及 VSD 加垫褥式缝合, 余 8 例仅将 VSD 连同瘤体加垫褥式缝合。全组 16 例均顺利恢复, 杂音及震颤消失, 康复出院。

讨论 室间隔膜部中隔瘤, 又称膜部中隔动脉瘤或膜部中隔瘤样膨出, 以往认为是少见病, 由于 UCG 和左室造影技术的进步, 本病检出率增加。其

术中诊断不难, 但术前易漏诊(本组 2 例)。UCG 示膜部 VSD 并左向右分流、有突向右室腔“冰丘样”或“吊床样”膨出物或右室中见“水枪射击样”分流在三尖瓣隔、前瓣交界膜部, 即可确诊。

本病虽与单纯膜部 VSD 部位相同, 但 VSD 仅有边缘膜状纤维环, 而无瘤样突出; 术中尚须与主动脉窦瘤破入右室鉴别。非巨大的单纯膜部中隔瘤无破裂、无右室流出道梗阻和三尖瓣形态及功能改变者不需手术; 否则应积极手术。小膜部中隔瘤并 VSD 有左向右分流者, 同一般 VSD 修复即 VSD 直径 >10 mm 用补片修复、<10 mm 加垫褥式缝合; 修复缺损下缘和近隔瓣环上缘时, 应防止 His 束和主动脉瓣损伤。瘤体大而长者, 从破口顶端纵切开瘤体达 VSD 纤维缘不切除瘤体加垫褥式缝合; 如曾患心内膜炎局部炎症明显应切除瘤体, 以消除炎症复发诱因。

术中切不可将中隔瘤破口误为 VSD 缝合, 否则术毕仍有 VSD 的左向右分流, 致瘤体扩大膨出。本组 1 例因误缝瘤破口, 当加压肺充气时, 发现瘤体增大更明显后才得以纠正。合并有三尖瓣变形及关闭不全时, 应行中隔瘤修复及三尖瓣替换。

(1993-01-09 收稿 1994-01-06 修回)