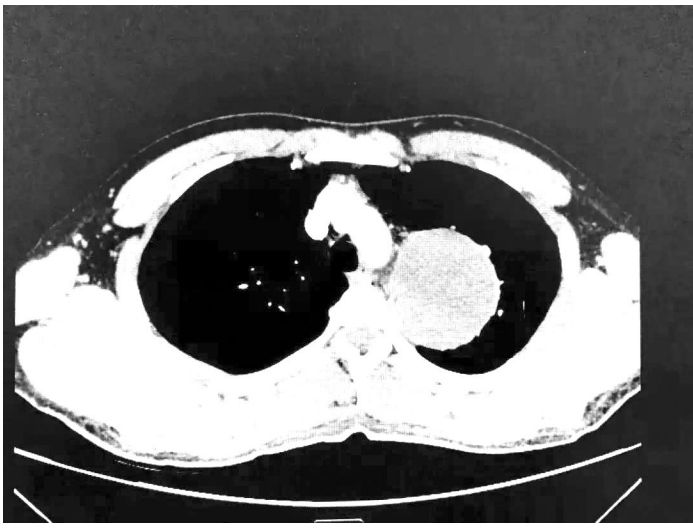


对一例纵隔肿瘤病例的治疗分析

□薛明强 文/图



影像图 1



影像图 2

近日，河南省胸科医院胸外科收治了一位左侧胸腔占位患者。因为不清楚该占位病变到底是起源于纵隔还是起源于肺，最后，我们对患者进行剖胸探查，做了相应部位的肿瘤切除术。现在，我根据术中的探查结果并回顾术前的影像学资料，重新分析一下该占位性病变的解剖学归属，以提高术前诊断水平。

病例

患者为男性，26岁，以“体检发现左侧胸腔占位10天”为主诉入院，无特殊不适，既往史、个人史、婚育史、家族史均无特殊情况，查体无明确阳性体征。

胸部CT检查结果提示：左侧胸腔可见低密度类圆形肿块影，大小约88毫米×57毫米×70毫米，边缘光滑，其内密度均匀，CT值为18HU~27HU（HU为测定人体某一局部组织或器官密度大小的一种计量单位），多期增强扫描未见强化，相邻肺组织血管束因受压发生左移，病变与纵隔胸膜分界欠清，最大层面位于左上肺，纵隔内

未见肿大淋巴结。
诊断：左上纵隔旁低密度占位，考虑前肠囊肿可能，神经源性肿瘤不排除。

治疗

术前讨论未能明确肿块确切的解剖学位置，纵隔肿瘤、左上肺占位均有可能。我们于全麻胸腔镜下进行左剖胸探查术，发现肿瘤位于左后上纵隔，左肺上叶尖后段明显受到肿瘤推压，遂在前内侧切开肿瘤周围的纵隔胸膜，钝锐分离结合解剖，找到升主动脉、主动脉弓、左肺动脉、左上肺静脉等重要解剖学标志；在右外侧将左上肺组织钝性分开，前后“会师”于主肺动脉窗内动脉韧带的前内侧，在主肺动脉窗内切断并结扎肿瘤蒂部，移除肿瘤。术中诊断：纵隔肿瘤。

术后病理诊断：支气管源性囊肿伴异物性肉芽肿反应。

分析

对这位患者，术前需要解决两个重要问题：一是肿瘤的解剖学位置；二是初步判定肿瘤的组织学类型，目的是制定

一个相对精确的手术方案。结合患者的影像学资料以及实验室检查结果，我们初步判断该肿瘤为良性病变。但是，术前未能判断出肿瘤确切的解剖学位置，还是术中探查给了答案。现在，我重新复习一下患者术前的影像学资料，用以下几种方法寻找关于纵隔肿瘤的

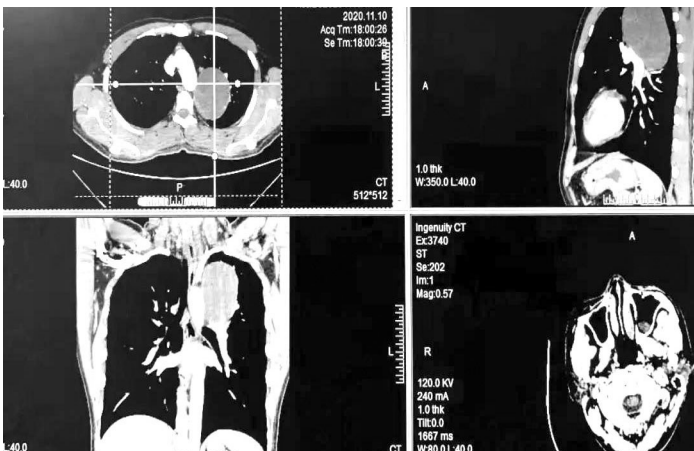
诊断依据。

一、肿瘤与肺组织的关系。仔细阅读患者术前的薄层平扫+增强CT结果，未发现肿瘤与肺脏的动脉、支气管有明确关系，但可见给肿瘤供血的肺静脉。

二、肿瘤与纵隔的关系。薄层增强CT追踪发现，肿瘤表面的胸膜和纵隔胸膜是连续的。换言之，就是肿瘤位于左侧纵隔胸膜之外；同时，发现肿瘤通过一条索与气管、左主支气管拐角处相连（穿过主肺动脉窗）。

三、肿瘤的血供。探寻肿瘤血供的目的是要区分肿瘤是以体循环供血为主还是以肺循环供血为主，通过其血供来反推肿瘤的解剖学位置。如果是体循环供血为主，则肿瘤来源于纵隔的可能性大；如果是

以肺循环供血为主，则肿瘤来源于肺的可能性大。



影像图 3



临床笔记

肾性高血压引起的头晕

□尹变利

小陈是一个大学生，22岁，瘦瘦弱弱的，最近1个月总是感觉头晕，有时候还恶心，吃饭没胃口。他去医院就诊，做了头部CT检查，没有发现问题。医生让他口服吗丁啉、眩晕停、倍他司汀等药物，症状无改善。

无奈，寒假期间，小陈来到洛阳市中心医院神经内科就诊。

小陈对医生说，以前，他是学校篮球队成员，因为出现了头晕、乏力，他连篮球队的活动也参加不了。

经过了解，医生判断，小陈的头晕并非眩晕。眩晕是患者感觉自身或周围物体有运动感的错觉，患者有时候会有“天旋地转，床或自身要翻起来”的感觉。而小陈的晕是头昏昏沉沉的，此“晕”非彼“晕”，那就不考

虑引起眩晕的疾病了。这样一来，以下疾病就可以排除了。这些疾病包括：颅内的多种疾病，常见的小脑或脑干部位病变，也叫中枢性眩晕；内耳的多种疾病，如耳石症、前庭神经炎、梅尼埃病、迷路炎、突发性耳聋等，也叫周围性眩晕，这是因为内耳有感知平衡的感觉器官，此处的病变会引起眩晕症状。

小陈头晕的原因是什么呢？常见的有内科系统的一些疾病，如高血压、低血压、贫血、心脏疾病等。

先测个血压吧。结果一测血压，小陈的血压为220/140毫米汞柱（1毫米汞柱=133.322帕）；再看看小陈有些苍白的脸，医生心中有了数，就开出了急查血常规、肾功能的生化检查单子。

1小时左右，小陈的化验结果出来了：血常规检查结果显示中度贫血，肾功能检查结果显示肌酐值达到了1000多。

医生再次询问小陈有什么症状。小陈说最近小便比平时明显减少，他以为是喝水少的原因。医生马上联系肾内科，肾内科急忙安排小陈住院。小陈属于肾功能衰竭、尿毒症，住院当晚就进行了透析治疗。

从上面可以看出，小陈的头晕是由高血压、贫血引起的；而血压高、贫血是由肾脏疾病引起的，我们也叫肾性高血压、肾性贫血。

但是，究竟是何种肾脏疾病导致尿毒症，这还要在小陈住院期间进一步明确。

下面，我们来说一说高血压。

高血压分为原发性高血压和继发性高血压。大多数高血压患者没有明确病因，被归为原发性高血压患者。

继发性高血压是指由确定的原因引起的高血压，占全部高血压患者的5%~10%。在难治性高血压患者中，继发性高血压约占50%。早期发现继发性高血压的病因至关重要，因为很多是可以治愈的，也可以更好地控制高血压，减少高血压并发的心、脑、肾等器官损伤。

小陈的肾性高血压，属于继发性高血压的一种。继发性高血压在年轻人中更为常见，在18岁~40岁的高血压人群中患病率接近30%。

继发性高血压的病因有肾实质病变、肾血管病变、肾肿瘤、

心血管疾病、内分泌疾病等，其中较常见的病因有肾实质、肾血管病变和肾上腺疾病。

继发性高血压有以下症状或体征：严重高血压（收缩压>180毫米汞柱和/或舒张压>120毫米汞柱）；表现为难治性高血压，即3种以上降压药物联用，血压仍不达标；发病年龄往往小于30岁，青春前期之前发病率高。

就继发性高血压的诊疗而言，早期发现病因至关重要。而早期发现高血压，更是重中之重，尤其是年龄小于30岁者，很多人往往忽略测血压这一简单而重要的诊断措施。

其实，任何疾病，早诊断、早治疗都很关键。

（作者供职于洛阳市中心医院）

医技在线

近日，安阳市人民医院心外二科与心内科合作，成功运用杂交冠状动脉血运重建(HCR)技术，为一位复杂冠心病患者进行冠状动脉血运重建术。患者术后恢复良好。

这是一位老年女性患者，63岁，间断心前区酸沉2个月，近1个月加重，多次发作，有多年高血压病、糖尿病、脑梗死病史；住院后进行冠状动脉造影检查，结果显示：前降支慢性完全性闭塞，右冠状动脉近中段弥漫性狭窄，最严重处约99%。

对这位患者，进行开胸冠状动脉搭桥术还是经皮冠状动脉支架植入术？经过研究，心外二科医生大胆提出第三种手术方案——冠状动脉杂交手术。

传统的开胸冠状动脉搭桥术虽然可以一次性解决前降支及右冠状动脉的问题，但要在患者的胸部正中处切口，锯肋骨，这会给患者带来较大的创伤和痛苦，而且存在发生肺部并发症的风险，术后患者恢复期较长；而杂交手术，对前降支慢性完全性闭塞利用乳内动脉微创小切口搭桥，创伤小，远期血管通畅率高。

经皮冠状动脉支架植入术的远期疗效趋同于大隐静脉旁路术，甚至更佳。

患者进入数字化复合手术室后，按照既定方案，巡回护士陈勇、器械护士郑飞为患者进行术前准备，开放静脉通路，置入测温导尿管等。接着，麻醉科专家张志军和贾国亮为患者进行动脉穿刺置管、右颈内静脉穿刺置管后，推注麻醉药物。

心外科团队进行前降支搭桥手术：患者取平卧位，左边垫高，小切口，取乳内动脉，吻合前降支，止血，关胸。

心内科专家王智彬带领张正伟、刘蕾等，为患者进行乳内动脉造影，结果显示桥血管通畅。刘蕾在患者右冠状动脉植入支架1枚，手术结束。

冠状动脉杂交手术有开胸冠状动脉搭桥术和经皮冠状动脉支架植入术两种术式的优点，具有较高的远期通畅率。

（作者供职于安阳市人民医院）



术后右冠状动脉通畅

征稿

科室开展的新技术，在临床工作中积累的心得体会，在治疗方面取得的新进展，对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《精医擅药》《医学检验》《医学影像》等，请您关注，并期待您提供稿件给我们。

稿件要求：言之有物，可以为同行提供借鉴，或有助于业界交流学习；文章可搭配1张~3张医学影像图片，以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

联系人：贾领珍

电话：(0371)85966391

投稿邮箱：337852179@qq.com

邮编：450046

地址：郑州市金水东路与博学路交叉点东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社编辑部

真假心脏病，你能分清吗？

河南省精神病医院心身医学二科 王章元 李强

在平时的医疗活动中，我们总是见到突然感到心前区不适、胸痛、心慌、呼吸急促、头昏、焦虑的患者。患者在症状发作时惊恐不已，往往首先考虑心脏病，进而反复去医院急诊科或心血管内科就诊，但总是无法解决心脏病的问题。下面，我们通过一个案例看一看如何区分真假心脏病。

杨先生，中年人，是公司中层管理人员，半年前因工作及经济压力出现紧张情绪，易急躁，发脾气，常与家人争吵，心烦，坐立不安，伴有睡眠质量不佳，入睡困难，睡眠浅、多梦；白天不论劳动还是休息，经常出现发作性心慌及躯体不适症状，躯体不适症状主要表现为有时候左侧胸口出现发作性疼痛、心慌，感觉闷堵不适，呈游走性，有时向腹部放射，自觉像气体一样游走，症状严重时患者常有濒临死亡的感觉，并感到呼吸困难。杨先生认为是心脏病，为此经常在疾病发作时服用速效救心丸，但效果不佳；曾反复拨打120，被救护车送至急诊科治疗。

为了治病，杨先生住进了心血管内科，做了动态心电图检查，结果显示偶发房性早搏；又做了心脏冠状动脉血管造影，结果显示未见明显异常。经过常规药物治疗，杨先生出院了，但仍然间断出现心前区不适、心慌、胸闷、呼吸不

畅症状，并因心前区不适症状多次在急诊科及心血管内科按变异性心绞痛、心律失常等进行治疗，有时到医院后数分钟症状自行缓解，有时输液后半小时症状完全消失。

在综合医院门诊中，有一部分患者出现焦虑症状的时候往往按心血管疾病治疗，但患者进行检查未发现明确的心血管疾病证据或不能合理解释患者症状的阳性检查结果；患者在综合医院门诊治疗暂时有效，但疗效不能持久，病情不稳定，为此反复检查、换药，导致病情延误及医疗资源的浪费。其实，在综合医院门诊中，一部分所谓的心血管疾病患者，往往是焦虑症患者，或二者共存。焦虑症有哪些表现呢？

焦虑症是一种以焦虑情绪或体验为主的神经症，主要分为急性焦虑发作（惊恐障碍）和广泛性焦虑两种。焦虑症的焦虑症状必须是原发性的。如果是继发于高血压病、冠心病、甲状腺功能亢进等躯体疾病的焦虑，应诊断为焦虑综合征。

急性焦虑发作（惊恐障碍）是一种

觉了，再不去急诊科“报到”了。经过3个月的门诊治疗，杨先生坚持服药，定期进行行为、心理治疗，未再出现心前区不适症状，工作与生活恢复正常。

在综合医院门诊中，有一部分患者出现焦虑症状的时候往往按心血管疾病治疗，但患者进行检查未发现明确的心血管疾病证据或不能合理解释患者症状的阳性检查结果；患者在综合医院门诊治疗暂时有效，但疗效不能持久，病情不稳定，为此反复检查、换药，导致病情延误及医疗资源的浪费。其实，在综合医院门诊中，一部分所谓的心血管疾病患者，往往是焦虑症患者，或二者共存。焦虑症有哪些表现呢？

焦虑症是一种以焦虑情绪或体验为主的神经症，主要分为急性焦虑发作（惊恐障碍）和广泛性焦虑两种。焦虑症的焦虑症状必须是原发性的。如果是继发于高血压病、冠心病、甲状腺功能亢进等躯体疾病的焦虑，应诊断为焦虑综合征。

急性焦虑发作（惊恐障碍）是一种

以反复惊恐发作为主要原发症状的神经症。发作并不局限于任何特定环境，具有不可预测性，没有特定的诱发因素。发作时患者往往有强烈的恐惧、焦虑及明显的自主神经功能症状，并常有濒死、恐惧、心慌、胸部憋闷、肢体发抖、恶心、头昏、头晕等痛苦体验；发作突然，迅速达到高峰，发作时患者意识清晰，事后能回忆起来。发作后，患者往往诉说终生难忘，害怕下次发作。

广泛性焦虑障碍是指缺乏明确对象和具体内容的提心吊胆及紧张不安，伴有肌肉紧张、运动性不安。患者因难以忍受又无法解脱，而感到恐惧、担心。

不论急性焦虑发作还是广泛性焦虑障碍，二者出现时患者常常伴发植物性神经系统功能紊乱，主要表现为心慌、胸闷、头晕、呼吸困难、反复大小便、手抖出汗、皮肤异常等，而这些症状中往往让患者恐惧的是类似心脏病的不适症状及体验。

在综合医院，因对焦虑症缺乏足够

的了解，接诊医生往往只关注患者躯体不适症状的检查与治疗，忽视可能存在的心理疾病，导致漏诊及误诊，最终患者病情改善不理想，往往成为综合医院的“老病号”或者疑难杂症患者。

因此，当存在上述症状的时候，患者和综合医院医师要换个角度重新考虑问题，对焦虑症做到尽早发现、甄别。要将患者及时转诊到精神专科医院或者心理门诊进行有效治疗，早日使患者解除痛苦，减少不必要的医疗花费，节约医疗资源。

现在，对于临床中的真假心脏病，你分清了吗？

精神卫生之窗

协办单位：河南省精神病医院（新乡医学院二附院）
咨询电话：0373-3373990；0373-3373894