维普资讯 http://www.cqvip.com

导管，诱发细菌感染。王汉臣[2]提出本病与乳头畸形有关。经久不愈的原因使乳头畸形不能矫正，细菌不断侵入。本文认为本病与乳头畸形有关，但不是唯一原因。Meguid[3]认为吸烟等影响病人体内的β－胡萝卜素水平，导致粘膜上皮组织受损，鳞状上皮化和角化过度，角蛋白阻塞乳管是导致乳管瘘的原因。本病发病缓慢，多无高热，几乎均有乳晕边缘或乳晕同一部位脓肿反复发作史，或脓肿切开后长期不愈史。作者将本病分为二种类型：(1)急性炎症型：主要表现乳晕处皮下炎症浸润块，红、肿、热、痛，脓肿形成时有波动感，病人可出现全身症状，如发热、头痛、全身不适。(2)慢性窦道型：主要表现为创口长期不愈合，形成瘘口，瘘口至乳头基底部皮下触及索条状包块，压痛，瘘口可有分泌物。可有乳头畸形。本组22例有乳头内陷。特别指出的是乳晕附近有炎症时应注意本病的可能性，如果能寻找到与之相通的乳管即可确定为本病。

二、诊断

本病应与乳腺结核和乳腺癌相鉴别。乳腺结核病人常伴有其它系统结核，细针穿刺或病理检查发现肉芽肿和结核菌，即可确诊。对疑为乳腺癌者术中做冰冻病理检查和术后病理检查确定诊断。

三、治疗

单纯使用抗生素不能治愈本病。必须手术治疗加抗生素。目前尚无治疗乳管瘘的统一手术方法。常用的手术方法包括瘘管切开，扩大引流和搔刮术，完整切除瘘管及周围炎性肉芽组织。较多作者主张整块切除瘘管和受累的导管[3,5]，切口可以一期愈合。另外对病变广泛，瘘管复杂，乳房严重畸形者，有人[6]主张作皮下乳腺切除或全乳房切除。行瘘管切开引流的病例仍有病情复发的可能[5,6]。本文认为在脓肿形成时先行切开引流，待炎症消退再行根治性手术。所谓根治性手术就是要彻底切除瘘管及与之相通的病变乳管。如有乳头畸形应当手术整形。作者强调用美兰做标记后，切除瘘管以及与之相通的病变乳管，术后全身应用对需氧菌及厌氧菌有效的抗生素。本组共治疗46例，随访6个月～5年无复发。

参 考 文 献

1. 赵志全，黄汉源. 乳腺导管瘘的诊断和治疗. 中华普通外科杂志，1998，13(4)：252.
2. 王汉臣，刘翠. 乳晕瘘43例诊治体会. 实用外科杂志，1990，10：250.
3. Meguid MM, Oler A, Numann PJ, et al. Pathogenesis－based treatment of recurring subareolar breast abscesses. Surgery, 1995, 118(4): 775.
4. Dixon JM, Thompson AM. Effective surgical treatment for mammary duct fistula. Br J Surg, 1991, 78(10): 1185.
5. Khoda J, Lantsberg L, Yeger Y, et al. Management of periareolar abscess and mamillary fistula. Surg Gynecol Obstet, 1992, 175(10)：306.
6. 李玉珠，姚其远，金 枕，等. 非哺乳期复发性乳腺炎的诊断和治疗探讨. 上海医学，1994，17(10)：569.

(收稿日期：2002－11－25)

·个案与短篇·

132例普通心电图与动态心电图的对照分析

李雪梅* 王善荣* 唐永锋*

普通心电图广泛应用于临床已久，且可对各类心律失常及心肌缺血等改变提供一定有价值的诊断依据，但是由于条件限制尚存在一定的不足之处，一是由于描记时间受限，记录心搏一般仅数十次，对于一过性心律失常和心肌缺血常不易发现，加之部分患者无明显症状及体征，往往容易造成临床诊断上的遗漏；二是由于部分患者即使有明显心悸或心绞痛等症状，但是发作时间一般短暂，普通心电图难以及时检查、记录、往往错过时机，以致不能给临床提供及时、可靠、全面的诊断治疗依据。所以动态心电应用于临床后，由于患者可不受条件限制，随身携带，且观察记录时间长，从某些方面弥补了以上不足，进一步提高了对各类心律失常及一过性心肌缺血的诊断价值。现将132例普通心电图与动态心电图进行对照分析，可进一步了解其动态心电图的临床应用范围及意义。

一、资料与方法

1.资料：对我院132例普通心电图正常或大致正常的受检者，同时进行动态心电监测。其中男77人，女55人，有临床症状者(心悸、胸闷、心绞痛发作等)98人，无症状者34人。

2.方法：采用的是蓝港公司与清华大学联合开发"蓝港牌"12导联24 h动态心电图系统。它采用超大容量闪速存储器作

(下转9页)

* 作者单位：1540040 黑龙江省林业总医院心电室

维普资讯 http://www.cqvip.com

讨 论

SMA是腹主动脉的重要属支，起自第12胸椎和第2腰椎椎体之间的腹主动脉前壁，起点大约低于腹腔动脉22 mm，位于胰腺后面，SMA的主干较长，先于胰颈胰体交界处的后面下行，再与肠系膜上静脉伴行，在胰颈下缘和十二指肠之间穿出。向下跨越十二指肠水平部进入小肠系膜根。在系膜根里最初它转向左，然后向下弯向右髂窝。SMA发出分支到胰腺，小肠，右半结肠和横结肠。早期对SMA的大体解剖研究表明，此动脉在腹膜后间隙的位置比较固定，自CT问世以来，近十年见国外有关SMA的少量报道[1,2]，但缺乏系统全面、综合研究，Meglbow在左肾静脉汇入下腔静脉的层面测定SMA的直径为0.5～0.9 cm，均值0.7 cm，密度同腹主动脉，周围有低密度的脂肪层。

一、SMA的CT显示率

从本组资料看，正常人的SMA平扫时显示率93%。强化显示率为98.5%，与Carrington研究证明SMA平扫时显示率为89%，增强时为98%相似。结合文献及本组资料的经验，本文认为SMA的显示率与以下因素有一定相关性：(1)造影剂给药方式宜采用自动压力注射器，并用大剂量注射法，它有利于SMA迅速达到最强化状态；(2)CT机型及扫描方式方面，螺旋CT优于进床式CT。扫描时间较短的机型优于较长的机型；(3)肠系膜及胰腺周围脂肪越多，越有利于SMA的显示与观察，脂肪较少的患者，SMA平扫时显示不清。(4)阅片人对SMA及邻近区域解剖关系的熟悉程度也会对正确辨认SMA及测量产生影响。

因此，如果采用高档螺旋CT扫描机，用自动压力注射器，大剂量注射造影剂，并以5 mm以下的层厚作重建图象，将会显著提高SMA的显示率，更有助于显示SMA的解剖毗邻关系。

二、SMA的CT正常表现

SMA在腹主动脉前方，与其距离小于同层面椎体矢径，向左不超过椎体的左侧缘，若主动脉扭曲，脊柱侧弯，腹部手术如肾切除术都会改变其位置。与胰腺的位置关系随层面不同而变化，在胰腺层面，SMA位于其背侧，在钩突层面它与肠系膜上静脉共同位于其腹侧，在左肾静脉汇于下腔静脉的层面测定肠系膜上动脉(SMA)直径均值6.5 mm，95%可信区间(4.1±8.9) mm，腹主动脉直径均值为13 mm，95%可信区间(10.4±15.6) mm。在左肾静脉汇入下腔静脉上10 mm平面；SMA直径均值6.7 mm，95%可信区间(4.4±9.0) mm。腹主动脉直径均值为14 mm，95%可信区间(12.7±15.3) mm；在左肾静脉汇入下腔静脉下10 mm平面：SMA直径均值为6.3 mm，95%可信区间(3.9±8.7) mm；腹主动脉直径均值为13 mm，95%可信区间(11.6±14.4) mm。

小结：1.SMA在CT上具有极高的显示率，尤其在强化表现中。2.SMA直径(在左肾静脉汇入下腔静脉平面)的正常值范围及SMA直径和腹主动脉直径之比值可以作为国人正常数据标准。

参 考 文 献

1.陈黔南.腹部选择性动脉造影有关的解剖学研究.解剖学杂志，1990，13：s84.
2.刘美音，尹群生，王宏宇，等.肠系膜上动脉及其小肠支的观测.解剖学杂志，1992，15：s45.

(收稿日期：2002－11－29)

(上接7页)

为存储介质，真正实现了12导联24 h全信息同步无压缩记录，保证了记录的可靠性和精确性。

二、结果

132例动态心电监测结果为，房性前期收缩61例(46.21%)，频发5例(3.7%)；阵发性室上性心动过速3例(2.3%)；短暂心房纤颤9例(6.81%)；室性期前缩35例(26.52%)，频发3例(2.3%)；交界区性前期收缩17例(12.88%)；间歇性预激症候群1例(0.7%)；缺血型ST－T改变(一过性)18例(13.64%)。

三、讨论

由上可见动态心电图由于比普通心电图检查持续时间长，获得的信息明显增多，其异常心电图的检出率也随之提高，尤其对一过性心律失常及缺血型ST－T改变的检出率明显高于普通心电图，并可较为详细的观察发作次数、规律、时间，为临床的定量、定性、诊断、治疗提供更为全面的依据及资料，并对一些无症状普通心电图无改变的患者提高其检出率，使其引起应有的重视及治疗。

(收稿日期：2002－09－10)