维普资讯 http://www.cqvip.com

from the lower respiratory tract.The drug resistant results showed that the strains were highly resistant to Cefalotine and Cotrimoxazole, and had a lower resistance rate to β-Lactams/ezymase inhibitor, Generation 3 Cefalosorine,Aminoglycoside. Especially there existed rare strains resistant to Imipenem. These antibiotics can be used to treat the Acinetobacter baumanii infection. Our reseach suggests that Acinetobacter baumanii is an important oppotunistic pathogenic bacteria which can lead the outbreak in ICU patients, so it should be highlighted in nosocomial infection.

KEY WORDS Acinetobacter baumanii; Nosocomial infection; Drug resistance

经膝部大隐静脉静脉造影评价下肢静脉瓣膜功能

临床学院血管外科研究室 程 勇* 廖俊林 张依仁
放射科 欧阳羽

提 要 评估经膝部大隐静脉造影评价下肢静脉瓣膜功能的临床价值。68例患有慢性静脉功能不全的74侧肢体接受经膝部大隐静脉造影术检查,并行下肢静脉顺行造影作对照研究。除2例造影证实系深静脉血栓形成再通外,66例72侧肢体造影结果分为:0级8侧(占11.1%),1级26侧(占36.1%),2级18侧(占25.0%),3级11侧(占15.3%),4级9侧(占12.5%)。其中,0级和1级假阴性5侧(占14.7%),2级假阳性7侧(38.9%),3级和4级评定结果一致。经膝部大隐静脉静脉造影术是一种安全、有效和准确地评价下肢静脉瓣膜功能的新的造影方法。

关键词 大隐静脉; 静脉造影; 瓣膜功能不全; 下肢
中图分类号 654.4

我们曾于1992年开展了经膝部大隐静脉静脉造影术用于评价下肢静脉瓣膜功能,取得肯定的效果[1]。自94年9月我们对其方法作进一步改进和完善至97年12月期间,共对68例74侧下肢进行经膝部大隐静脉静脉造影术。对其评价下肢静脉瓣膜功能的结果及其并发症作了深入探讨,现报道如下:

1 临床资料和方法

1.1 临床资料 对患有下肢静脉功能不全68例共74侧下肢作了造影观察,其中,男52例,女18例,男女之比为2.89:1,年龄18～76岁(平均53.1岁)。主要临床表现为下肢浅静曲张、小腿仲胀、足靴区色素沉着和溃疡等。造影机为日本产岛津EX—Ⅱ500mAX线机,放大率范围5%～10%之间。

1.2 经膝部大隐静脉静脉造影术 首先嘱患者站立位,于患肢膝关节侧或大腿下段大隐静脉主干处用美蓝标记,消毒铺巾局麻后,用尖手术刀作约1cm皮肤小切口,暴露出大隐静脉,选用4F中心静脉导管(德国贝朗产)直接穿刺并将导管送入隐股瓣远端而不进入股总静脉内,缝合皮肤切口后,用绷带加压包扎至大腿上段。使患者外于60℃半直立位并作乏氏(Valsalva)试验推注60%泛影葡胺,透视观察股静脉瓣膜功能,并分别摄取髋部、大腿段、膝关节部和小腿段平片。造影前后,静脉导管须输入少量肝素生理盐水(500ml:12500单位)。造影完毕,缓慢拔出导管。

1.3 下肢静脉顺行性造影术 参照顾小平等方法[2]顺行造影均在经膝部大隐静脉静脉造影术前进行。

1.4 判别下肢静脉瓣膜功能标准

1.4.1 经膝部大隐静脉静脉造影术参照Kistner分级标准0级:瓣膜功能良好,无造影剂逆流;1级:瓣膜最轻度关闭不全,造影剂逆流至大腿近侧部;2级:瓣膜轻度关闭不全,造影剂逆流至膝上;3级:瓣膜中度关闭不全,造影剂逆流至膝下;

* 男,1967－12出生,讲师

维普资讯 http://www.cqvip.com

4级:瓣膜严重关闭不全,造影剂逆流至小腿甚至内踝。

1.4.2 下肢静脉顺行性造影参照顾小平等提出的判断标准[2]。瓣膜功能正常:1.股静脉宽径:男≤1.4cm,女≤1.3cm;2.股静脉瓣膜:瓣膜数≥2对,瓣膜呈对称二瓣型;3.瓣窦—静脉宽径比值>1.2;4.乏氏试验,瓣膜下有完整均匀的透亮带。瓣膜功能异常:1.股静脉宽径:男>1.4cm,女>1.3cm;2.股静脉瓣膜:瓣膜数<2对,瓣膜形态异常;3.瓣窦—静脉宽径比较<1.2;4.乏氏试验,瓣膜下无透亮带,透亮带不均匀或瓣膜下造影剂密度普遍降低。

2 结果

2.1 经膝部大隐静脉静脉造影结果

68例74侧下肢72侧显影满意,2侧股静脉显影不清,并经顺行造影证实系深静脉血栓形成后再通。72侧下肢静脉瓣膜功能分布为:0级8侧(占11.1%),1级26侧(占36.1%),2级18侧(占25.0%),3级11侧(占15.3%),4级9侧(占12.5%)。其中,4侧(占5.6%)下肢合并股深静脉功能不全,3侧(占4.2%)下肢存在双股静脉变异,2侧(占2.8%)下肢先天性无瓣膜。

2.2 下肢静脉顺行性造影结果

瓣膜功能正常36侧下肢,男26侧,股静脉宽径为0.8～1.3cm(平均1.1cm),女10侧,股静脉宽径为0.8～1.2cm(平均1.1cm);瓣膜数2～4对(平均3.8对);瓣窦—静脉宽径比值为1.2～1.5(平均1.28);瓣膜下均有完整均匀透亮带。瓣膜功能异常36侧,男28侧,股静脉宽径0.9～2.0(平均1.47),与正常者比较差异显著($P<0.01$);女8侧,股静脉宽径为1.1～1.5cm,平均1.35cm,与正常者比较差异显著(P'0.01);瓣膜数0～4对(平均2～4对);瓣窦—静脉宽径比值0.9～1.1(平均1.05)与正常者比较差异显著($P<0.01$);瓣膜下透亮带不完整或无透亮带以及瓣膜上下造影剂密度普遍降低。(两种造影结果见图1至图6)。

2.3 两种造影方法评价下肢静脉瓣膜功能的对照

按照Kistner分级,0至1级判别瓣膜功能正常,2至4级判别瓣膜功能异常。对照顺行造影判别结

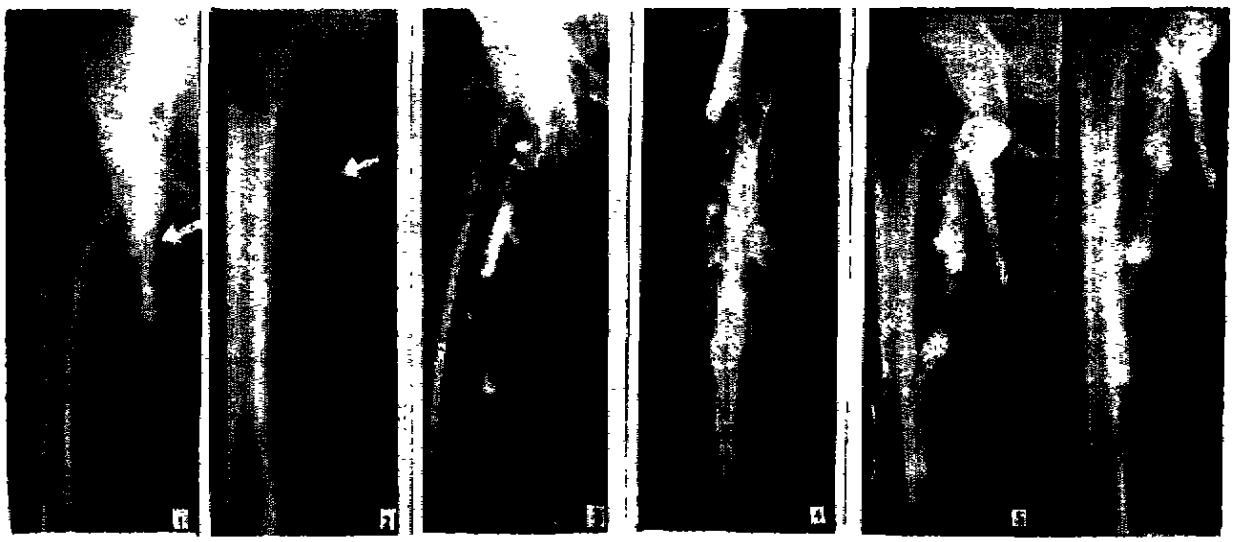


图1 显示下肢静脉瓣膜功能正常,(kistner 0级)↑所指为插管位置入股总静脉处
图2 显示瓣膜下透亮带完整(APG造影)↑所指处瓣膜功能正常
图3 显示瓣膜功能为kistner 1级,造影剂有少量倒流图4 显示下肢静脉瓣膜功能kistner 4级,瓣膜严重关闭不全,造影剂倒流至小腿下段。
图5 显示下肢静脉瓣膜功能为kistner1级,股段存在三对瓣膜。
图6 同图5同一侧肢体,显示存在双股静脉,另一侧股静脉无瓣膜存在。逆行造影剂倒流至远端。

维普资讯 http://www.cqvip.com

果,则0至1级假阴性率为14.7%(5/34),2至4级假阳性率为18.4%(7/38),其中2级假阳性率为38.9%(7/18),3至4级无假阴性发生,两者判断一致。(见表1)

表1 经膝部大隐静脉静脉造影与下肢静脉顺行造影对照

TSV		APG	
分级	肢体数	瓣膜功能正常	瓣膜功能异常
0	8	7	1
1	26	22	4
2	18	7	11
3	11	0	11
4	9	0	9
总计	72	36	36

2.4 **并发症** 2例(2.9%)发生大隐静脉血栓性浅静脉炎,无一例发生深静脉血栓形成、出血、血肿和切口感染。

3 讨论

经膝部大隐静静脉造影术和逆行性下肢静脉造影原理相同,通过大隐静脉插管途径,将造影剂注入股静脉瓣膜近端,因造影剂比重大于血液,通过观察造影剂倒流,来判断股静脉瓣膜功能。我们将原方法中切开并结扎大隐静脉改为直视下穿刺大隐静脉,其目的是保留大隐静脉,对股静脉存在有血栓形成后再通和狭窄等病变时也可用此方法接受检查而不受限制。这样既保存证了浅静脉通畅,又不致于深静脉回流障碍。为避免造影剂大量倒流于大隐静脉内而影响股静脉瓣膜观察,我们采取了体外绷带加压包扎法,迫使造影剂只进入股总静脉,从而得到满意显影效果。此外,本方法有效地避免了逆行造影直接穿刺股静脉造成深静脉血栓形成.出血和血肿等并发症.本组资料表明,本方法并发症发生率低,在2例大隐静脉血栓性浅静脉炎中,一例系患者对侧肢体造影前存在血栓性浅静脉炎,故应属造影禁忌;另一例是工作人员未将造影剂稀释,也未于造影前后滴注肝素生理盐水有关。

对照研究结果表明,本方法和逆行性下肢静脉造影一样存在一定假阳性和假阴性,其中0和1级假阴性率为14.7%,2级假阳性率为38.9%,与国内有关报道逆行性下肢静脉造影2级假阳性率31.8%相接近[3]。我们认为造成一种检查方法假阳性和假阴性有诸多因素所致,就本方法可能原因,我们提出如下看法:造成假阳性原因可能是,①股静脉瓣膜在平静呼吸时处于开放状态,以及患者作乏氏试验时,屏气所产生腹内压力和屏气时间不够,瓣膜仍处于开放状态时,造影剂存在倒流。故近来提倡所谓"标准乏氏试验"(Standardized Valsalva Maneuver)[4]即将50ml针筒连接至血压计,让病人收腹并呼气至该针筒内,维持40mmHg压力至少12秒。②部分病例中,造影剂可通过大隐静脉与股静脉之间交通支进入股静脉内;③少数病例中,患者存在双股静脉,其中一支股静脉瓣膜分布少或无瓣膜,导致造影剂从此支股静脉倒流至远端。造成假阴性原因可能是,①部分病例造影剂滞留于囊状扩张大隐静脉主干或进入曲张的静脉属支内,导致进入股总静脉造影剂量的不足;②合并有股深静脉瓣膜功能不全时,造影剂可大量进入股深静脉,使股浅静脉造影剂倒流不明显。③即使股浅静脉第一对瓣膜功能正常时,其远端瓣膜仍可因压力传递遭到破坏而出现远端瓣膜关闭不全[6]。本方法中,3级和4级与顺行造影判别结果一致,这表明本方法对于中度和重度瓣膜功能不全的判别准确度高。临床上对于3级和4级病人须进行股静脉瓣膜功能的修复,因此本方法有效地保证了对下肢静脉瓣膜功能评价的合理性。

总之,我们的体会是,本方法是现阶段对下肢静脉瓣膜功能评价所不能被替代有创性检查中,一种安全、有效和准确地评价下肢静脉瓣膜功能的新的造影方法。

参 考 文 献

1. 赵 刚, 等. 中华放射学杂志 1994; 12:832
2. 顾小平,等. 中华放射学杂志 1989; 13:152
3. 顾小平,等. 中华医学杂志 1989; 11:636
4. Morane JU, et al. Chronic venous insufficiency: assessment with descending venography. 1990. 174:441
5. 孙建民,等. 上海第二医科大学学报 1989; 4:286

(收稿日期 1998-10-12)

维普资讯 http://www.cqvip.com

The evaluation of lower extremity venous valvular function with trans-saphenous venography

Yong Cheng, et al
Vascular surgery research laboratory, college of clinical medicine

To assess the clinical value of trans- saphenous venography (TSV) in the evaluation of venous valvular function of lower extremities. 74 legs of 68 patients with chronic venous insufficiency were examined by TSV and compared with ascending phlebography (APG). 2 patients showed deep venous thrombosis, and of the other 72 legs of 66 patients, 8(11.1%),26(36.1%),18(25.0%),11(15.3%) and 9(12.5%) legs demonstrated grade 0,grade 1, grade 2,grade 3 and grade 4 changes respectively. There were 5(14.7%) false－negative vesults in grade O and I (38.9%) in grade 2,there was no difference in grade 3 and 4 as compared with that byTSV. TSV proved to be an effective,accnrate,safe and new method to eveluate venous valvular function of low extremities.

KEY WORDS Long saphenous venous, Venography ;Venous insufficiency; Lower extremities

小平矫板及固定矫正器联合治疗前牙深覆矫

临床学院口腔科 李晓智 *

中图分类号 R783

治疗前牙深覆矫有很多方法,临床上常用前牙平面板活动矫正器,后牙矫垫矫正器,小平矫板活动矫正器以及固定矫正器等等,这些方法单独使用有一定局限性,本文采用小平矫板及固定矫正器联合治疗的方法,收到很好的治疗效果,现报道如下。

1 材料与方法

1.1 病例选择及分组 选择前牙Ⅲ度深覆矫患者共50例,随机分为2组。实验组24例,用小平矫板和Begg矫正器矫治,年龄最小11.4岁,最大30岁;对照组26例,单纯用Begg矫正器矫治,年龄最小11.9岁,最大28.5岁。实验组与对照组内部均以15岁为界,各分为少年组(15岁以下包括15岁)和成年组(15岁以上)。

1.2 方法 所有病例均采用拔除 $\frac{4|4}{4|4}$ 后矫治。对照组拔牙一个月后即在 $\frac{321|123}{321|123}$ 唇面粘Begg托槽,按固定矫正器治疗深覆矫的常规方法进行矫治[4]。实验组前牙不整齐者先同上法粘Begg托槽,排齐前牙后再戴入小平牙合板;前牙整齐者在粘Begg托槽的同时戴入小平矫板,然后调磨基托前份磨光面使之与下前牙均匀接触,并使上下后牙分开1～2mm,无论进食与否全天戴用。注意上前牙腭侧和尖牙远中处应缓冲基托使其不致于影响前牙内收;当上下后牙有接触时在小平矫板前份添加自凝塑料,使后牙再次分开,如此反复操作直至咬合打开,此时即可摘下小平矫板,用固定矫正器继续治疗。

* 女,1957－01出生,副主任医师

2 结果

50例病例治疗前后X线头影测量情况如下:

表1 实验组与对照组分年龄组比较

	打开量值(mm/月)		打开时间(月)	
	实验组	对照组	实验组	对照组
少年组	1.818±0.3219**	0.9±0.115	2.55±0.73**	5.56±0.61
成年组	1.631±0.2267**	0.53±0.125	2.79±0.41**	7.24±1.94

** $P<0.001$