DOI:10.16016/j.1000-5404.1993.06.024

参考文献

1. Hutchins GM, Bulkely CM. Infarct expansion versus extension: Two different complications of acute myocardial infarction. Am J Cardiol, 1978; 41:1127
2. Weisman HF, Healy B. Myocardial infarct expansion, infarct extension, and reinfarction: Pathophysiologic concepts. Prog Cardiovas Dis, 1987;30:73
3. 王 浩 李儒汉。心肌梗塞伸展的临床分析。起搏与心脏,1989;3:59
4. Pirolo JS, Hutchins GM, Moore GW. Infarct expansion: pathologic analysis of 204 patients with a single myocardial infarct. J AM Coll Cardiol, 1986;7:349
5. Erlebacher JA, Weiss JL, Eaton LW, et al. Late effects of acute infarct dilation on heart size: a two-dimentional echocardiographic sutdy. Am J Cardiol, 1982;49:1120
6. Meizlisch JI, Berger HJ, Plankey M, et al. Functional left ventricular aneurysm formation after acute anterior transmural myocardial infarction: incidence, natural history and prognostic implications. N Engl J Med, 1984;311:1001
7. Hochman JS, Wong SC. Effect of atenolol on myocardial infarct expansion in a nonreperfused rat model. Am Heart J, 1991;122:689

(收稿:1992-10-10;修回:1993-07-08)

眼眶爆裂骨折的 CT 诊断

王文献 (第三军医大学新桥医院放射科) 630037

眼眶爆裂骨折临床并不少见,CT 对此病的诊断有独到之处,现将我们遇到的7例报道如下。

1 一般资料

7例均有明确的外伤史和典型的临床症状、体征,均系男性,年龄11～38岁,左侧6例,右侧1例。受伤原因:击伤3例,撞伤3例,爆炸伤1例。临床表现:5例均有不同程度的视力减退,失明2例,合并有复视2例,眼球上转受限2例。

CT 扫描用 GE sytec 3000型体部扫描机,行横断和直接冠状面扫描,层厚3～5mm,连续扫描包括全部眶区,照骨及软组织窗片。

2 CT 表现

眶内壁中断、内移并伴随有内直肌及眶内脂肪疝入者7例均有,但疝入的程度不同(图1)。



图1 左眶周软组织肿胀并气肿形成、眶内壁中断,内直肌及眶内脂肪疝入筛窦。

眶底骨折5例,表现为冠状面见眶底壁不连续,周围软组织肿胀、增厚,2例见骨折片向下成角伴上颌窦出血1例,4例可见"泪滴征",表现为上颌窦上壁局限凸出的脂肪样密度影(图2,3)。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

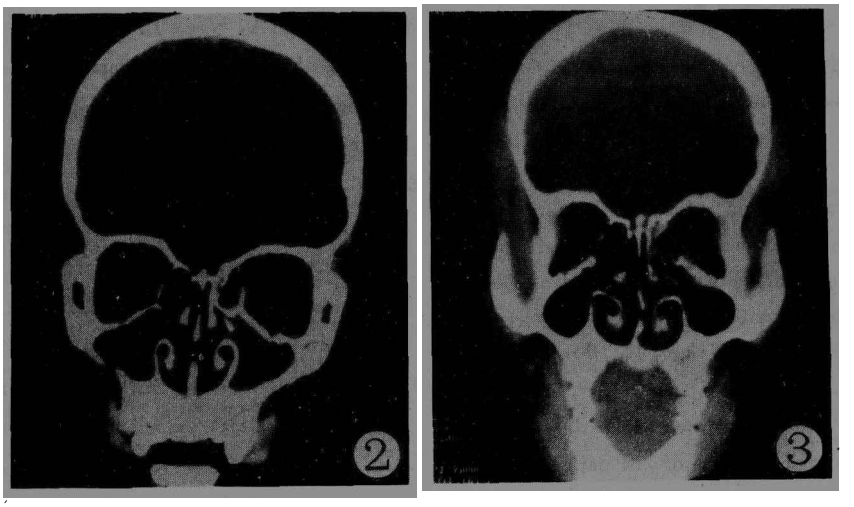


图2 左眶内壁上部中断、眶内软组织疝入筛窦、眶下壁中断局部粘膜增厚。

图3 左眶内壁中断、眶内软组织疝入筛窦、眶下壁不连续、上颌窦上壁"泪滴征"可见。

合并其它骨折(复合骨折)2例,包括颧骨、上颌骨、视神经管骨折。

眶周软组织肿胀5例,2例合并有皮下气肿,1例眶内亦有明显气肿。

眼球破裂移位1例。

3 讨论

眼眶爆裂骨折1844年由 Mackenzie 首先扫述,1957年 Smith 和 Regan[1]定名为爆裂骨折(Blowout fracture),多为眶部钝伤所致。眼眶骨折分两大类:一类为顶壁和外壁的骨折,另一类为底壁和内壁的骨折。前一类由直接暴力引起,后一类多由间接暴力所致,首先是由暴力撞击眶部软组织致眶内压力增高,间接作用于眶壁而发生骨折。这种由眶内压力骤然增高引起的眶壁骨折称为爆裂骨折。眶内脂肪及肌肉可嵌入骨折处。骨折的好发部位为眶下裂后部内侧1～3mm 处,而多不直接通过眶下沟。骨折好发部位与骨壁最薄弱区不完全一致,可能与外力的方向和作用有关。小儿眶内壁富有弹性,故16岁以下多为眶下壁骨折,16岁以上多为眶内壁骨折[1]。本组7例均有眶内壁骨折,且均系青年男性。

此病临床可有眶周水肿、血肿、复视、眼球突出或内陷、眶下区感觉迟钝、眶周气肿、垂直复视,尤其是眼球上视复视是典型症状。复视是由于下部眼肌嵌顿引起,也可因眶内出血、神经肌肉水肿及眼球下陷引起;眶周气肿是骨折通过鼻窦的表现[1]。部分眶顶壁及外侧壁骨折者可合并有颅内血肿、脑膜破裂伴脑脊液鼻漏及上睑血肿等。

虽然 X 线常规拍片、断层对此病诊断有一定帮助,但 CT 除显示骨折外,清楚显示的肌肉状态是确定复视和治疗方案的可靠依据。CT 诊断爆裂骨折并不难,关键是对此病要有所重视,实际工作中往往因扫描技术方面的原因而不能全面显示本病的征象。从本组资料及其它报道中看出,本病的主要信息是靠直接冠状扫描获得的[2],而横断扫描,有时层面尽管很薄,也不能代替冠状扫描,若无法作冠状扫描者,重建的冠状面图象也有帮助[3]。据我们的经验,调节合适的窗宽、窗位也很重要,这样才能更好地显示病变的细节部分。特别是眶壁骨折的深度对手术有重大

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

意义，应尽可能精确显示其范围及移位程度。眶内容物尤其是眼肌状况对手术及愈后关系较大，如下直肌及内直肌有无曲折、肿胀、嵌顿及周围出血、渗出等。

单纯的眼眶爆裂骨折多行保守治疗，骨折移位较著者附近眼肌多有移位、牵引甚至嵌顿，需手术治疗。

关键词 眶骨折；断层摄影术，X 线计算机

分类号 R777.5

参考文献

1. 高鹤舫。眼眶爆裂骨折。国外医学：临床放射学分册，1991；3：133～135
2. 高鹤舫 兰宝森。眼眶爆裂骨折的 CT 诊断。中华放射学杂志，1993；27(1)：16
3. Grossman CB. MRI and CT of the head and spine Maryland: Williams & Wilkins，1990：367

（收稿：1993-06-08；修回：1993-10-03）

综合疗法治疗腰椎间盘突出症（附90例报告）

魏友碧 张金芝 （第三军医大学西南医院理疗康复科）630038

腰椎间盘突出症是一种常见疾病，我们选择有神经根刺激和腰神经根损害体征，并经 CT 检查证实及肌电图检查有神经根性受损的腰椎间盘突出症90例患者，采用综合治疗方法取得较好疗效，现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

男性54例，女性36例，年龄20～66岁，平均40岁。病程1月～35年，平均3.5年。

1.2 治疗方法

1.2.1 牵引和推拿：使用广州羊城医疗器械厂 ATA－ⅡD 型自动牵引床，按人体体重百分比计算，起始牵引重量为人体重量的2/3，1～2 d 适应后每天增加5kg，至达体重量，某些病人可超体重量20%。每日一次，每次20min，4周为一疗程，疗程间隔一周。牵引后床上休息5min 行腰腿部推拿，一般为30min，每天一次。

1.2.2 热疗：超短波，腰骶部或臀部，对置法，每次30min，每日2次。

1.2.3 中频电疗：选用 K8832－T 电脑多功能电疗仪中治疗急、慢性疼痛及坐骨神经痛处方，痛点追踪，并置法，耐受量刺激，每次20min，每日2次。

1.2.4 体外反搏：使用广州医疗器械厂电脑控制 WFB－IV 增强型体外反搏装置，将气囊套包扎在双下肢大、小腿部位，然后气囊充气，缓慢调节压力到34.3～44.1kPa，每日一次，每次30min。

1.2.5 运动疗法：根据患者治疗后腰腿疼痛减轻程度，适当选用不同的锻炼方法：(1)床上运动：抬腿、单肢及双肢运动；(2)仰卧起坐锻炼；(3)旱船；(4)功率自行车渐加阻力。每日2次，每次10～20min。

2 结果

2.1 疗效评定标准

2.1.1 临床痊愈：症状、体征消失，腰部活动功能及生理曲度恢复正常，恢复正常工作。

2.1.2 显效：症状、体征大部分消失，脊柱侧弯及生理曲度基本恢复正常，直腿抬高在60°以上。

2.1.3 好转：症状、体征部分消失或减轻，可做轻工作。

本组90例中，痊愈53例(58.9%)，显效30例(33.3%)，好转7例(7.8%)。

2.2 典型病例

刘××，女性，37岁，工人。腰腿痛反复发作6年，加重10 d。不能站立及弯腰，腰部疼痛难忍伴左下肢放射性疼痛，从左臀部开始沿大小腿后外侧至足背。体查：腰肌紧张，L_4至S_2棘突间及椎旁肌压痛明显，左臀坐骨结节与股骨大转子之间压痛并放射至腘、腓肠肌。左直腿抬高试验45°，左跟腱反射较对侧减

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net