DOI:10.16016/j.1000-5404.1992.03.041

2-DE 能早期诊断室壁瘤，既简单且可靠，用 M 型超声法可检出 50%，用切面超声法可全部检出[2]。与心血管造影相关性好. Visser[3] 等对 386 例心肌梗塞患者进行 2-DE 和左室电影造影，发现 2-DE 诊断和排除室壁瘤的敏感性、特异性为 93%和 94%，而且定位准确。本组 2 例 2-DE 诊断前壁及心尖部室壁瘤并作左室数字减影造影定位完全一致。既往认为心肌梗塞后持续 ST 段抬高是诊断室壁瘤的重要指标。以抬高＞2mm 为诊断依据[4]本组 15 例中 7 例符合，6 例漏诊，敏感性 86%，特异性 46%。因此，2-DE 诊断室壁瘤优于心电图，阳性率及准确率高，实用价值大，作者认为基本可取代心血管造影。

3.3 室壁瘤的范围、程度与心肌纤维化、瘢痕形成和缺血程度相平行，瘤体愈大，室壁愈薄，室壁运动异常愈明显 EF 及%ΔD 愈低，EF 及%ΔD 与室壁运动计分呈明显负相关（r =-0.70，0.60），因此，室壁运动计分是一项全面反映心功能的无创性指标。

3.4 2-DE 检查时应注意事项

3.4.1 全面系列多方位扫查，充分显示心脏的各个节段，特别指出室壁瘤好发于心尖部，心尖部受累阳性率高，本组占 66.6%. 心电图对心尖部病变诊断较困难，因无特定的定位导联，而 2-DE 能充分显示心尖节段，尤其是心尖四腔及心尖左室长轴二腔切面是必须扫查的。

3.4.2 在评定室壁运动时，要考虑到室壁各节段与冠状动脉供血的关系，如后下壁、后间隔多数由右冠状动脉供血，当上述节段发生室壁瘤时不要忽略观察右室壁的运动状况。

3.4.3 调节增益和抑制，将心内膜清晰显示。

3.4.4 扫查时注意探头方向，尤其是扫查左室短轴切面时必须保持声束垂直，防止假象和误差的出现。

关键词 超声心动描记术；心肌梗塞

参考文献

1. Visser CA, Kan G, Meltzer RS, et al. Icidence, timing and prognostic value of left ventricular aneurysmx formation after myocardial infarction, a prospective serial echocarodiography study of 158 patients. Am J Cardiol 1986;57:729

2. 町井洁著。郭文斌 刘成仁译。切面超声心动图学。广东：广东科技出版社，1985：329.

3. Visser CA, Kan G, David GK, et al. Echocardiographic-cineangiographic correlation in defecting left ventricular aneurysm. A prospective study of 422 patients. Am J Cardiol 1982;57:729

4. 郑秋甫 孙荣荣 原金生。冠心病二维超声心动图室壁活动异常与心电图改变的对照观察。中华老年医学杂志 1987;2:83

（收稿：1991-11-14；修回：1992-04-07）

带血管蒂髂骨块移位治疗青少年股骨颈骨折的经验

王爱民 蒋祖言 李万卿 （第三军医大学大坪医院骨科）630042

青少年股骨颈骨折比较少见，常由较大暴力引起。其股骨头无菌性坏死及骨不连的发生率较高[1,2]。带旋髂深血管蒂髂骨块转位能有效地改善股骨头的血循环，从而降低了股骨头坏死及骨不连等并发症[3,4]。本文回顾我院收治的 40 例青少年股骨颈骨折治疗，比较带旋髂深血管蒂髂骨块转位与切开复位三翼钉内固定等方法的疗效，发现前者具有骨折愈合快，功能恢复好，并发症少等优点。现介绍如下：

1 临床资料

自 1978 年至 1989 年，我院收治 40 例青少年股骨

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

颈骨折患者。其中，男 22 例，女 18 例。年龄 9～30 岁，平均 19.7 岁。左侧 23 例，右侧 17 例。受伤至手术或治疗时间：最短 1d，最长 2951d，平均 203d。其中伤后 3 周内接受手术或治疗的 22 例，18 例为陈旧性骨折。致伤原因：高处跌下或车祸等致的重度暴力伤 30 例（75%），绊倒或摔跌等轻度暴力伤 5 例（12.5%），病理性骨折 5 例（12.5%）。

骨折类型：头下型或骨骺型 13 例，经颈型 18 例，基底型 9 例。手术或治疗时合并其它部位骨折 6 例，头颅损伤 3 例，大粗隆结核 1 例。18 例陈旧性骨折中，10 例存在骨折不连接，9 例有不同程度的股骨头坏死。随访情况：本组随访 35 例，随访时间为 1 年～11 年 8 月，平均 5 年 5 月。

治疗方法：随访的 35 例中，根据处理方法的不同分成Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ组。Ⅰ组 11 例按李氏[4]报告的手术方法进行，行带旋髂深血管蒂髂骨块转位，用 3 枚自制的带有螺纹的骨圆针（∅4.0mm）交叉内固定，一枚螺丝钉固定髂骨块。Ⅱ组 13 例，切开复位三翼钉内固定。Ⅲ组 6 例，闭合复位三翼钉或加压螺钉内固定各 2 例，牵引或单髋人字石膏外固定 2 例。Ⅳ组 5 例，均属陈旧性股骨颈骨折，股骨头已发生坏死或变形。行髋关节融合 3 例，麦氏（Mcmurray）截骨术 1 例，贝氏（Bathelor）截骨髋成形术 1 例。功能评定：各组随访时，髋关节功能均按 Harris[5]报告的方法进行评定记分，并拍髋部 X 线片（图 1、2）。

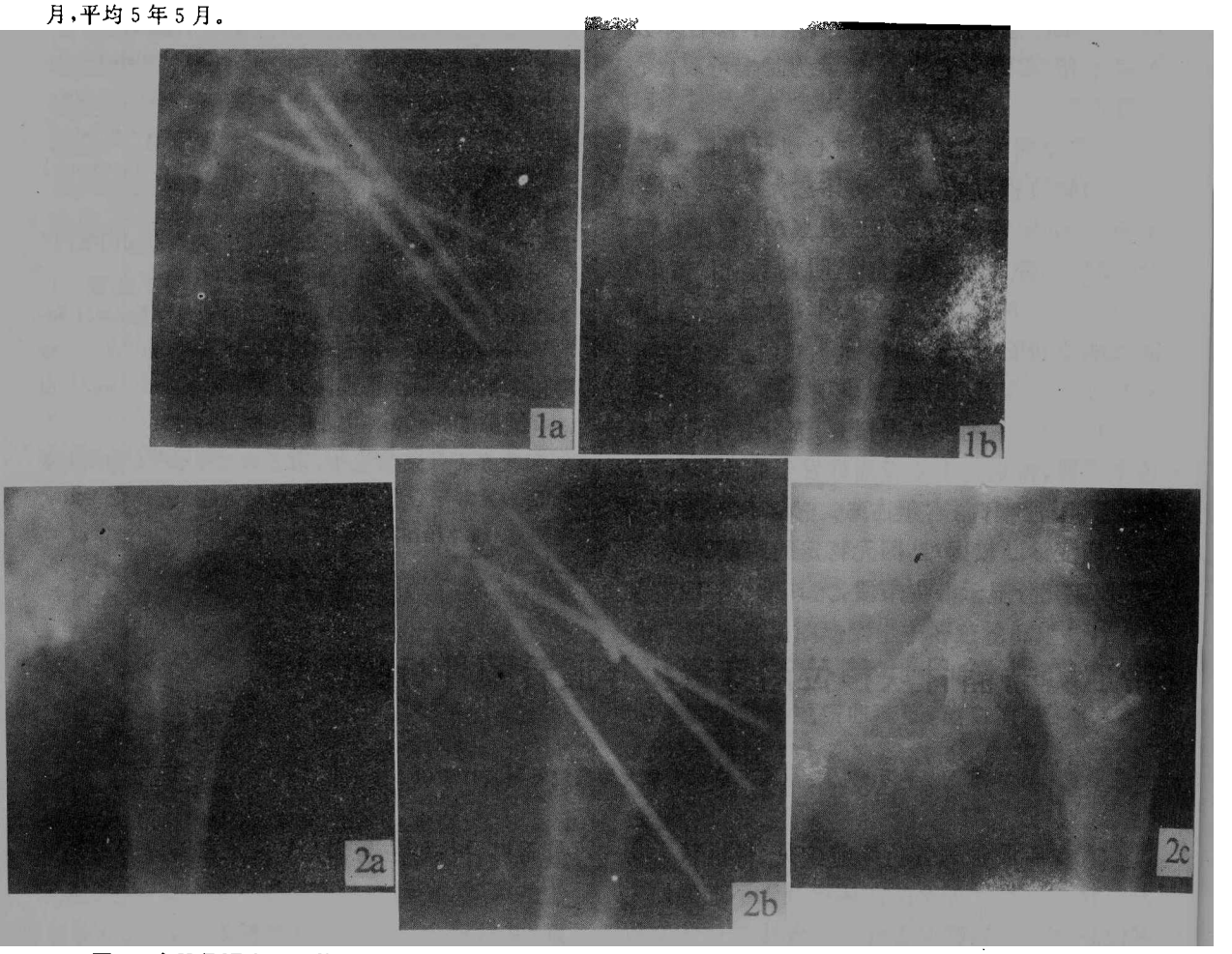


图 1 右股骨颈陈旧性骨折，骨不连，股骨头早期坏死，行带旋髂深髂骨块转位术后（图 1a），5 年后，骨折已愈合，股骨头基本正常（图 1b）。

图 2 左股骨颈头下型骨折（图 2a），术后 3 月余，骨折线模糊（图 2b）。2 年后骨折已愈合，股骨头正常，髂骨块成活（图 2c）。

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

2 结果

Ⅰ组无股骨头无菌性坏死，Ⅱ组股骨头坏死 6 例(46.2%)；Ⅲ组 2 例(33.3%)。Ⅰ组坏死率明显低于Ⅱ组($P \leqslant 0.05$)。骨折不连接Ⅰ组未发生(0%)，Ⅱ组发生 3 例(23.1%)，Ⅲ组 1 例(14.3%)。内固定失误Ⅰ组 3 例(27.3%)，包括螺纹针突出皮肤，折断及过深进入髋臼各 1 例；Ⅱ组 1 例(7.7%)，为三翼钉未进入股骨头。随访时，各组髋关节功能评分($\bar{x} \pm s$)：Ⅰ组：95±5.7；Ⅱ组：77.2±18.3；Ⅲ组：82±23.5；Ⅳ组：67.8±11.1。Ⅰ组非常明显优于Ⅱ组及Ⅳ组($P \leqslant 0.01$)，显著优于Ⅲ组($P \leqslant 0.05$)(详见附表)。

附表 四组病人情况一览表

组别	病例	年龄(岁) 范围	年龄(岁) 平均	病因 重度损伤	病因 轻度或病理性	伤至手术时间(平均 d)	骨折部位 头下型或骨骺型	骨折部位 经颈型	骨折部位 基底型	Paiuls 角(平均)	股骨头坏死 术前	股骨头坏死 随访时	骨不连 术前	骨不连 随访时	随访时间(月)	Harris 氏功能平分($\bar{x} \pm s$)
Ⅰ	11	17-30	23.4	7	4	107.4	7	3	1	50.1	3	0	3	0	73.4	95±5.7
Ⅱ	13	14-30	18.6	9	4	40.2	1	7	5	55	0	6	1	3	61.4	77.2±18.3
Ⅲ	6	9-30	14	5	1	32.8	1	3	2	39.2	0	2	1	1	36.2	82±23.5
Ⅳ	5	9-27	17.8	4	1	1057.2	2	2	1	57.2	5	-	3	-	90.4	67.8±11.1

3 讨论

股骨颈骨折后，其滋养动脉供血中断。加之青少年股骨颈骨折多由重度外力所致，使髋关节关节囊及圆韧带受到一定程度的损伤，支持带动脉及圆韧带内血管可受到不同程度的损害。致股骨头处于缺血的危象中，如不及时改善血循环，则很容易发生股骨头骺部缺血坏死和骨不连接等并发症[1,2,6]。

本文 11 例采用带旋髂深血管蒂块转位，不但无一例发生骨不连及股骨头坏死，而且 3 例手术前有Ⅰ、Ⅱ期股骨头坏死的患者，手术后也基本修复正常。Ⅰ组术后的髋关节功能明显优于其它各组。我们认为其原因有：(1)带旋髂深血管蒂骨块能直接供给足够的血供，改善股骨头血液循环。动物试验证实，带血管蒂的髂骨块转位后，其周围有较多的成骨细胞生长，在股骨颈与大粗隆的骨槽部位为初期愈合现象，在股骨头内的髂骨块，周围有丰富而排列整齐的成骨细胞，远处至软骨下可见破骨细胞，基本上是爬行代替的方式使缺血的股骨头得以恢复[4]。(2)髂骨骨块带有骨膜，弥补了股骨颈处于无骨膜状态，从而成骨速度较快。我们观察到，髂骨块植入后 3 个月左右，虽然 X 线片上骨折线仍模糊可见，但已可见髂骨块与股骨头颈部已融合。半年后骨折已完全愈合，骨折线消失。(3)不需要吻合血管且成功率高。本组 11 例均一次手术成功。(4)3 枚带螺纹的骨圆针具有防止近端骨折块旋转，固定可靠，对骨骺损伤少及占据体积少而有利于髂骨块转位嵌入等优点。但手术后螺纹针折断，退出或过深进入髋臼的发生率高达 27.3%，所以，还需进一步改进。

切开复位三翼钉内固定，尽管可使骨折达到良好的对位。但由于其损伤较大，青少年骨质致密，不易穿入，往往导致骨折线分离，使愈合困难，而引起股骨头缺血坏死。本文采用切开复位、三翼钉内固定治疗的 13 例，股骨头坏死及骨折不连接的发生率分别高达 46.3% 和 33.3%。髋关节功能非常明显地差于带旋髂深血管蒂髂骨块转位组。

总之，我们认为：根据青少年股骨颈骨折的特点，恢复及改善股骨头的血液循环，良好的复

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

位及有效的内固定，是保证治疗效果优良的基本因素。带旋髂深血管蒂髂骨块转位，3 枚带螺纹的骨圆针内固定，能满足上述要求，是一种较好的手术方式。

关键词 股骨颈骨折/外科手术；髂骨/移植

参考文献

1. 刘洪奎 臧鸿声。青少年股骨颈骨折 28 例治疗体会。第二军医大学学报 1986；7：54
2. McDougall A. Fractures of the neck of the femur in the childhood. J Bone Jiont Surg 1961；43-B：16
3. 陈中伟 张光健 仇红宝。带旋髂深血管蒂髂骨移植治疗成人股骨头无菌性坏死的初步报告。中华显微外科杂志 1986；9：74
4. 李万卿 刘长江 蒋祖言，等。陈旧性股骨颈骨折的治疗（实验研究与临床疗效 观察）。中华骨科杂志 1987；7：176
5. Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures treatment by mold arthroplasty. an end-result study using a new method of result eveluation. J Bone Jiont Surg 1969；51-A：735
6. Visuri T, Vara A, Meurman KO. Displaced stress fractures of femeral neck in young male adults：a report of 12 operative cases. J Trama 1988；28：1562

（收稿：1991-09-23；修回：1992-02-10）

脑 干 出 血

朱德辉 屠永华 李露斯 （第三军医大学西南医院神经内科）630038

CT 的应用，为脑干出血的诊断提供了依据。自 1987 年以来，我科共诊治经 CT 证实的脑干出血 14 例，占同期脑出血的 5.2%，现报道如下。

1 临床资料

本组男性 10 例，女性 4 例。年龄 43～76 岁，平均 4.7 岁。高血压 12 例，原因不明 2 例。曾有脑出血史者 2 例。除 1 例在睡眠中发病外，其余均在日常活动或休息时发病。

1.1 临床表现

起病 1 骤，迅速达高峰者 10 例，进行性进展者 4 例。症状以一侧肢体麻木与/或无力最多见（13 例），头晕头痛与呕吐各 8 例，言语不清、意识障碍及尿失禁各 3 例，复视、睁眼困难、口周或面部麻木及心慌等各 2 例，幻嗅、视力模糊、眩晕、耳鸣、听力减退、听觉过敏、声音嘶哑及舌硬等各 1 例。入院时体检：11 例血压增高，2 例正常，1 例血压下降伴中枢性高热。昏迷与嗜睡各 2 例，意识清楚 10 例。有脑膜刺激征者 7 例。周围性面瘫 4 例，外展神经麻痹 3 例，动眼神经麻痹 2 例，第Ⅰ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅸ、Ⅹ、Ⅻ颅神经障碍各 1 例，眼球震颤 7 例，双瞳缩小 4 例，同向偏视与 Horner's 征各 3 例，上视不能与言语障碍各 2 例，共济失调、一个半综合征、强哭强笑与视幻觉各 1 例。四肢瘫 1 例，偏瘫 11 例，其中 8 例伴偏身感觉障碍。本组病例无长束体征者 2 例，无周围性颅神经障碍者 5 例，呈交叉性瘫痪者 7 例。

1.2 实验室检查

血常规白细胞增高 3 例。血糖增高 2 例。脑脊液检查 12 例，压力均正常，细胞总数正常 2 例，7×10^6/L 1 例，$0.048\sim0.9\times10^6$/L 9 例，蛋白增高（0.55～1.0mmol/L）8 例。神经电生理检查：脑电图检查 7 例，1 例正常（延髓出血），4 例轻度异常，1 例中度异常（中脑出血），1 例呈β型。脑干听觉诱发电位检查 9 例，均为异常，其中 5 例呈一侧性，4 例呈两侧性。体感诱发电位检查 2 例，正常与一侧异常各 1 例。视觉诱发电位检查 4 例，1 例正常，3 例两侧性异常。

1.3 头颅 CT 检查

除 1 例在起病后 50d 扫描见一侧中脑被盖小圆形低密度软化灶外，其余均在病后 1～5d 检查呈高密度出血灶。血肿局限于桥脑者 7 例，中脑被盖部 4 例，桥中脑被盖部、一侧全脑干及延髓右背侧各 1 例。血肿横径 0.8～4.3cm，容量 0.8～14.1ml。4 例呈现第四脑室

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