DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.01.030

谓[2][3]此瘤无钙化，本文1例海绵状血管瘤有砂粒样钙化伴“空气半月征”。如病灶呈“栅栏”状或“咬链”状肿块伴有增粗的血管纹与肺门相连，Valsalva氏试验见肿块形态、大小有变化，或见扩张性搏动，病变处闻及杂音应考虑肺动静脉瘘。如肺部呈网状肺纹伴弥漫性结节灶，患者有紫绀等亦为本病表现。本病平片诊断较难，9例中而6例误诊。体层摄影有助诊断，能显示病变形态、轮廓和密度的特点。还可显示本病的输入或输出血管，以及肿块与支气管的关系。选择性肺动脉造影，尤其电影摄影可获得本病的病理解剖形态及血液动力学改变的详细资料，可确诊本病，并有助于手术治疗或采取血管栓塞治疗的措施。

参 考 文 献

1. 郭德文 王辰杰。肺动静脉瘘的X线诊断。中华放射学杂志 1980；14:295
2. 寇 澎 王余力 许家驹，等。肺良性血管瘤五例报告。中华放射学杂志 1982；16（1）:78
3. Bahr YW, Shinn KS, Chol BS, et al. The air meniscus sing in sclerosing hemangioma of the lung. Radiol 1978; 128:27

（收稿：1990.08.06；修回：1990.12.21）

窦房结电图对病窦综合征的诊断价值及3种检测方法的对比

司良毅 张远慧 王敏中 倪廷枢 马慧卿（西南医院 心肾科）

窦房结电图（SNE）可直接记录窦房结（SAN）电位，现已逐步应用于临床以检测SAN功能。目前临床常用方法有体表法、食道导管法（食道法）和心内导管法（心内法）3种。本文对33例病窦综合征(SSS)及非SSS用上述3种方法所作64次SNE进行对比分析，结果如下：

1 材 料 与 方 法

1.1 受检者

33例，其中男20例、女13例，年龄19岁～68岁，平均49.5岁。诊断SSS13例，房室传导阻滞（A-VB）1$_0$例，其它10例。检测前停用影响SAN及房室结功能药物3 d，然后作SNE。分别行体表法28例、食道法25例、心内法11例。同步记录体表与食道SNE20例；体表与心内SNE 9例、食道与心内SNE11例；另作食道心房调搏22例。

1.2 方法

体表法用南京医学院设计的C导联连接法[1]，食道法用4～6极食道导管电极置于食道至出现P前波时固定电极，心内法均由股静脉插入4极导管电极，在X线下送至上腔静脉与右房交界处，至出现P前波时定位。仪器使用RM-6200型多导生理记录仪、AB-621型生物电前置放大器。

2 结 果

2.1 SSS及非SSS组3种方法窦房传导时间

（SACT）值见附表。

在同1组8种方法间SACT无显著差异（$P>0.05$），而SSS组比非SSS组明显延长（见图1），差别非常显著（$P<0.01$）。

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

表 SSS组及非SSS组3种方法所测SACT值（$\bar{x}\pm s$ mS）

	体表法	食道法	心内法
SSS	233±44.4*	223±56.3*	210±42.2*
非SSS	89±29.6	82±35.4	78±27.4

注：*：$P<0.01$（SSS与非SSS比较）

2.2 3种方法成功率

体表法28例中成功20例，成功率71.4%，食道法25例成功19例，成功率76.0%，心内法11例仅1例失败，成功率为90.9%。

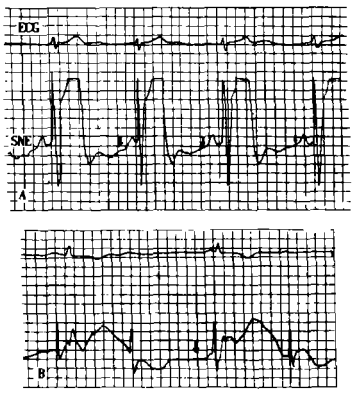


图1 为体表法SNE。A图为正常SNE，箭头所示为P前波，SACT正常；B图为SSS并Ⅲ°A-VB，箭头所示SACT明显延长。

2.3 P前波形态及时相关系

3种方法所测波形类似，多数呈上斜型，少数呈圆顶型（见图2）。圆顶型多见于SSS或A-VB，且多伴SACT延长。同步记录体表心电图、体表与食道、体表与心内、食道与心内SNE。多数的P前波、A波、V波在各组中均有时相关系，心电图的T、U波一般持续时限较短而SNE的T、U波多后延，见图3。

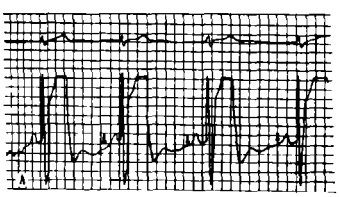


图2 A图箭头所示P前波呈上斜型；B图箭头所示P前波呈圆顶型。

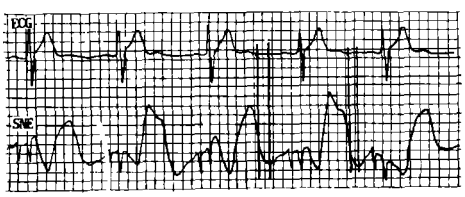


图3 箭头所示SNE的T、U波较ECG的T、U波明显后延

2.4 图形质量

体表法中有8例有干扰，较重，食道法4例有干扰，较轻，心内法干扰最小。基线飘移以食道法最明显，心内与体表法大致相似，均不太重。

2.5 SACT与食道调搏测窦房结恢复时间（SNRT）的关系

二者多呈正相关；但有两例SNRT正常而SACT分别为180mS及240mS。另1例SNRT长达2360mS而SACT正常。

3 讨 论

在SSS组中3种方法测SACT在210～233mS，而非SSS组为78～89mS，$P<0.01$。本结果与Wajszczuk[2]用体表法所测非SSS 95±52mS及SSS组216±51mS及国内1组食道法分别为85±22.6mS和196±28.3mS[3]的结果相近。表明这3种方法均对SSS有诊断及鉴别诊断价值。在同组中SACT值以心内法最短，食道法次之，体表法最长，这可能与心内法测

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

试点与SAN最近有关。Reiffel[4]等还证实用SNE测SACT比心房调搏法间接测SACT更准确。Bethge[5]在窦律时记录到P前波及A、V波，而心搏突然停止的长间歇中仍记录到P前波而无A、V波，从而直接证实其为窦房传导阻滞(SAB)。并可根据P前波的规律及其与A波的关系鉴别Ⅰ°、Ⅱ°、Ⅲ°SAB、窦性停搏或单纯窦缓。并可与房性心律失常相鉴别。在3种记录方法中以心内法成功率高、图形质量最好，需精确定量时应作首选；但体表法简单易行，无痛苦，所测值与心内法接近，在初诊筛选时可首选。食道法介于二者之间。SNE的T、U波较体表心电图的T、U波明显后延，这与SNE记录时所用的增益高有关，观察时应注意，以免误认。对SSS的诊断，应综合分析多项指标，如本组有2例SNRT正常但SACT分别延长至180mS及240mS，另1例SNRT延长至2360mS而SACT正常。如综合二者分析，则可提高诊断符合率。

参考文献

1. 蔡毓英 叶定忠 林谷秀，等。体表窦房结区电活动的非叠加实时检测。南京医学院学报 1986；6：233
2. Wajszczuk WJ, Palko T, Przybylski J, et al. Non-invasive recording of sinus node region activity. Circulation 1981;64 (SupplⅣ) :298
3. 郑昶。食道内记录窦房结电图的研究。心电学杂志 1986；5：2
4. Reiffel JA, Gang E, Livelli F, et al. Indirectly estimated sinoatrial conduction time by the atrial premature stimulus technique:Patterns of error and the degree of associated inaccuracy as assessed by direct sinus node electrography Am Heart J 1983;106:459
5. Bethge C, Gebhardt-seehausen U, Mulliges W, et al. The human sinus nodal electrogram:Techniques and clinical results of intra-atrial recording in patients with and without sick sinus syndrome. Am Heart J 1986;112:1074

（收稿：1990.05.24；修回：1990.12.22。）

应用Luque棒固定治疗脊柱下腰段骨折脱位（附3例报告）

徐明球 曾宪政 李起鸿 周仲安（西南医院 骨科）

脊柱下腰段骨折脱位在临床上并不少见。1989年以来我院收治2例下腰段骨折脱位和1例腰椎多段骨折脱位，在椎板减压的基础上采用Luque棒固定于椎板及髂骨，取得良好效果，现报告如下：

1 病例介绍

例1 唐××，男，36岁。砸伤腰骶部后2d入院。膝下痛觉消失，伸拇长肌、伸趾肌肌力0级、二便失禁。X线照片：腰$_5$椎体粉碎性骨折伴脱位，远端骨折片向左移位约1/4椎体。右坐骨、耻骨支骨折。入院后急诊手术、椎板减压、复位、Luque棒固定（见附图）。术后3周截瘫恢复，并离床扶拐行走。

例2 苏××，男，23岁。塌方石块压伤腰骶部后8d入院。双下肢运动感觉丧失，二便失禁，骶部有8cm×6cmⅠ度褥疮。椎管测压完全梗阻。X线片示：腰$_1$至腰$_4$椎体向右侧移位约1/2～1/4椎体，腰$_5$椎板破裂，腰$_1$椎体压缩约2/3，并向后突约1/4椎体，上下两处均有附件骨折。完全性截瘫。入院后8d在

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