DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.01.031

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

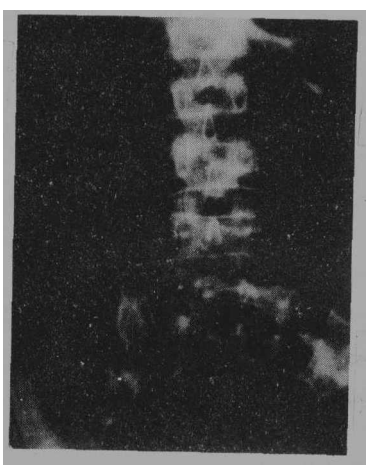
全麻下行椎板减压，见脊髓完全横断，给予复位，Luque棒固定。术后4周褥疮愈合，可坐轮椅户外活动。截瘫无恢复。

例3 罗×，女，22岁。房室倒塌压伤骶部1d入院。双下肢运动感觉正常，二便正常，骶部红肿，但无水泡。X线片示：腰$_5$椎体骨折脱位，远段骨折片向右移位约1/4椎体，骶椎向前移位1/5椎体。入院当天急诊手术复位，Luque棒固定。术后5d即下床行走。

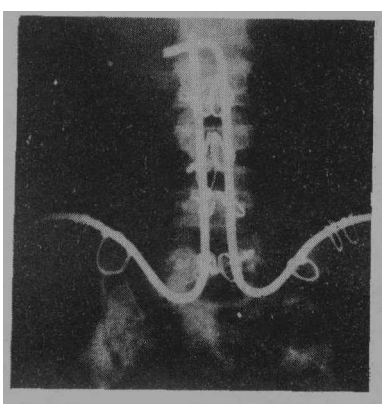
上述3例均随访半年，除例2未恢复，余2例均完全恢复正常，并都已参加一般轻工作。照片示脊柱固定复位良好，Luque棒未见上下移动和扭曲。

2 手术方法

手术在全麻或硬膜外麻醉下进行。先行骨折椎全椎板切除减压，清除血肿碎折片和其它致压物，直至椎管完全通畅为止。然后显露双侧髂后部，在骨折椎上下各切除2～3个棘间韧带和黄韧带显露硬脊膜。从棘间引入钢丝，取一对Luque棒，棒的下端弯成“L”型，经腰椎下段至骶上缘，从髂骨后嵴处插入或髂骨翼内侧插入髂骨。在捆棒之前采用外撑开器将骨折复位，达到复位满意，后分别将椎板下钢丝与“L”型Luque棒拧紧固定（见附图）。



附图 (a) 术前



(b) 术后

3 讨论

对脊柱骨折脱位的治疗，首先考虑脊柱再建，矫正畸形，稳定脊柱。恢复椎管管径从而达到脊髓减压。脊柱的后路固定是其方法之一，也是国内外学者在脊柱创伤中所关注的问题。自Luque技术用于治疗脊柱骨折脱位以来，许多文章报道了应用Luque棒内固定，脊柱融合和术后不需外固定是治疗胸腰段不稳定骨折脱位的有效方法。Luque棒对矫正后突畸形和旋转畸形较好，对骨折端固定较为可靠，但无纵向牵伸力。本文2例下腰段骨折脱位和1例多段骨折脱位，用其他方法复位，固定较困难，而采用“L”型Luque棒多点固定，在固定之前利用外撑开器使骨折脱位复位，然后用Luque棒矫正后突和旋转畸形，使脊柱尽早恢复正常解剖关系，有利于神经功能恢复。随访半年，脊柱固定对位良好，Luque棒未见上下移动和扭曲，从而证明可抵抗早期活动所造成的各种应力。

我们通过2例下腰段和1例多段脊柱骨折脱位的治疗体会是：（1）对下腰段骨折脱位并发下肢截瘫而椎管内有机械性压迫者，无全身感染和其它并发症者可采用此手术治疗。（2）棒的下端弯成“L”型，在腰椎下端至骶椎部，从髂骨嵴外侧翼插入或翼内面插入，

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

钻孔及钢丝固定。使Luque棒能稳定地沿着椎板根部围绕椎管形成一个扇形固定环，增强对椎体骨折的支撑能力和脊柱的稳定性。从技术上看虽有一定难度，但它是对腰椎下端到骶椎部疾病和骨折脱位的有用方法之一。(3) 本组病例在术后没用任何外固定的情况下，病人早期活动，避免了各种并发症，有利于神经功能恢复，有利于骨折愈合，同时也减轻了护理工作。

参 考 文 献

1. 吴振东 王海义 王怀甲。应用Luque棒固定治疗胸腰段骨折并发截瘫。创伤杂志 1988；4(2)：126
2. 李振宇 姜鸿志 董心，等。“冂”型Luque棒内固定治疗脊柱骨折脱位及受力分析。中华骨科杂志 1989；9(6)：414
3. 北原宏. Posterior spinal instrumentation の最近の进步。整、灾外 1987；30：1175
4. 周仲予。用Luque氏棒钢丝扭结固定治疗胸腰段脊柱骨折脱位伴截瘫。创伤杂志 1989；5(3)：134

(收稿：1990.04.06；修回：1990.12.20)

输尿管异位开口（附8例报告）

巨生产 蒋克钧 莫华根 杨唐俊（新桥医院 泌尿外科）

本文报告我院收治8例输尿管异位开口。1958年1例，1980年以后7例，其中复杂性输尿管异位开口2例。

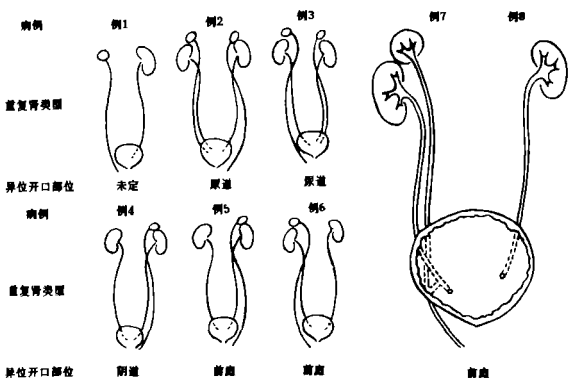
1 临 床 资 料

本组8例均为女性，年龄最大22岁，最小5岁，平均12岁。左侧3例，右侧5例。异位开口的类型及尿路畸形见附图，其开口在尿道2例，阴道1例，前庭4例，未定1例。

IVP检查：两侧双肾双输尿管2例，单侧双肾双输尿管5例，其中2例显影尚好，异位开口输尿管有轻微扩张，其余3例显影欠佳，造影剂浅淡，肾影小，异位输尿管明显增粗。1例正常侧肾影代偿性增大。

异位开口造影：用秃头针插入造影成功1例，硬膜外麻醉导管插入造影成功3例，未找到外口1例，失败3例。

膀胱镜检查：5例行此检查，1例膀胱内患侧无输尿管开口，三角区缺如（附图例1）。2例有3个口，患侧1个，对侧2个，呈上、下分布（附图例2、例3）。2例左右侧各有正常输尿管开口（附图例7、例8）。



附图 重复肾与输尿管异位开口的关系

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