

论文选集

庆祝开院五周年

1989·5—1994·5

北京电力医院

對匠求精
對患者满腔熱情

馬電力醫院五周年題

史大楨

一九九四年五月廿日

**谨以此卷献给辛勤耕耘在
电力卫生战线上的同志们**

庆祝北京电力医院开院五周年

前 言

北京电力医院自1989年5月20日开院,至今五周年。五年历程,五年艰辛。五年来,在“求实奋进,艰苦创业,精益求精,救死扶伤”的医院精神指引下,始终坚持以医疗为中心,严格管理,锐意改革,医、教、研、防取得了长足进步。广大职工努力为电力职工和北京市民提供优质的医疗服务。完成大量临床医疗工作的同时,不断总结,不断前进,撰写了大量的论文和论著。为庆祝开院五周年,我们将1989年1月至1994年5月间的论文268篇汇集成卷,在本卷中全文刊登在各类杂志上发表的论文100篇,对刊登在内部刊物上的论文、参加各种会议交流的论文以及综述、译文共168篇,本卷仅刊登标题索引对论著及专著做了简介。

由于本卷编辑时间仓促,我们又缺乏经验,不足之处在所难免,欢迎各位专家,同行及作者们批评指正。

在此谨向全院干部职工热烈祝贺开院五周年,对本卷提供材料的同志们表示衷心感谢!

北京电力医院

1994年5月20日

目 录

~~~~~

## 内 科

1. 40例正常青年人24小时动态心电图分析·····罗 维等 (1)
2. 经食道超速心房起搏治疗室上性快速心律失常(附29例分析)·····靳三友等 (2)
3. 以急腹症为首表现的流行性出血热1例报道·····王湫莹等 (4)
4. 50例缺血性脑血管病的临床表现与CT扫描 脑血管造影分析·····孙秀卿等 (6)
5. 风心病并发尖端扭转型室速·····孙跃林等 (9)
6. Holter监测中发生机械伪差3例·····李 放 (10)
7. 高渗性非酮症糖尿病昏迷误漏诊2例·····周国平 (12)
8. 肝肾综合征(HRS)附85例临床分析·····滕本荣等 (13)
9. 房性室性早搏后P—R间期逐渐延长 一例·····马玉凤等 (17)
10. 闭锁综合征一例·····周国平等 (18)
11. 慢性酒精中毒致脊髓亚急性联合变性一例·····周国平等 (19)
12. 青年人大量吸烟可诱发急性心肌梗塞·····张跃林等 (20)
13. 貌似脑血管病的老年人脑肿瘤·····靳守华 (22)
14. 缺血性中风的不同药物治疗对血液流变学和脑血流量变化  
的研究·····周国平 (24)
15. 消栓灵与川芎嗪治疗脑梗塞120例的 对比 研究·····靳守华 (28)

## 外 科

1. 胸腔出口压迫综合征(Tocs)并锁骨下 动脉病变三例报告·····佟蔚廷等 (30)
2. 中西医结合治疗晚期肝癌38例报告·····佟蔚廷等 (33)
3. 如何处理经普通导尿失败的急性尿潴留·····林建国 (35)
4. 肝癌破裂采用TAE行肝叶切除的 报 告·····黄振兴 (38)
5. 腰椎椎管侧隐窝综合征·····曹家绪 (40)
6. 罕见的腹壁间隙疝1例报告·····杨宝田等 (42)
7. 浅谈拇趾甲皮瓣修复拇指撕脱伤3例报告·····范双田 (44)
8. 中西医结合治疗中晚期恶性肿瘤存在的问题·····佟蔚廷等 (46)
9. 1981—1990年国外结、直肠癌的临床研究  
(一) 结、直肠癌肝转移·····佟蔚廷 (48)
10. 1981—1990年国外结、直肠癌的临床研究  
(二) 结、直肠癌的病因·····佟蔚廷 (52)

|                                             |           |
|---------------------------------------------|-----------|
| 11. 1981—1990年国外结、直肠癌的临床研究                  |           |
| (三) 早期诊断问题                                  | 佟蔚廷 (54)  |
| 12. 1981—1990年国外结、直肠癌的临床研究                  |           |
| (四) 结、直肠癌的治疗                                | 佟蔚廷 (57)  |
| 13. 表现为进行性梗阻性黄疸的胰岛细胞瘤 1 例                   | 佟蔚廷 (61)  |
| 14. 改良拖入固定术治疗后尿道狭窄闭塞 (附 1 例报告)              | 林建国 (62)  |
| 15. 阑尾粘液囊腺瘤并梗阻 1 例报告                        | 林方才等 (64) |
| 16. 关于唇裂手术出血问题的探讨                           | 燕水才等 (66) |
| 17. 颌面部血管瘤的外科治疗                             | 燕水才 (68)  |
| 18. 应用鼻翼下三角瓣法修复单侧唇裂的体会                      | 燕水才等 (70) |
| 19. 股骨髁上后弓角截骨术, 治疗小儿麻痹所引起的膝关节屈曲畸形 (附 7 例报告) | 范双田等 (73) |
| 20. 重手法按摩致腰椎间盘突出纤维环的急性破裂                    | 李德文等 (75) |
| 21. 三苯氧胺并发眼底病变 (附 1 例报告)                    | 佟蔚廷 (76)  |
| 22. 腹腔异物形成假性囊肿 1 例                          | 李 光 (79)  |
| 23. 阑尾术后并发肠道大出血 1 例报告                       | 李 光 (80)  |
| 24. 肝癌溶解综合征                                 | 佟蔚廷等 (81) |
| 25. TPN致急性无石性胆囊炎 1 例 报 告                    | 高庆方等 (82) |
| 26. 原发性肝癌伴低血糖昏迷误诊为肝昏迷 1 例报告                 | 杨宝田等 (83) |
| 27. 二氢埃托菲 (DHE) 治疗 癌 痛 45 例临床观察             | 燕水才 (83)  |
| 28. 乳头溢液的临床意义 (44 例分析)                      | 杨宝田 (86)  |

## 妇科 儿科 中医科

|                                 |           |
|---------------------------------|-----------|
| 1. 妇科盆腔肿块超声显象诊断                 | 霍玉英 (87)  |
| 2. B超诊断宫内节育环合并宫内、宫外同时妊娠 1 例 报 告 | 霍玉英等 (89) |
| 3. 卵巢妊娠破裂 (附 4 例报告)             | 佟 立 (90)  |
| 4. 中西医结合治疗婴幼儿腹泻理论的探讨            | 李库勤 (94)  |
| 5. 肾病患者水肿或库兴氏征时实际体重的估算          | 段 坤 (96)  |
| 6. 异病同治二则                       | 刘世兰 (97)  |
| 7. 大黄廑虫丸治疗积聚                    | 刘世兰 (99)  |
| 8. 脂溢性湿疹治验 1 例                  | 刘世兰 (99)  |

## 眼科 五官科 麻醉科

|                       |            |
|-----------------------|------------|
| 1. 氩激光小梁成型术治疗原发性开角青光眼 | 冯跃庭等 (100) |
| 2. 激光治疗后鼻孔闭锁 一 例报告    | 贾满生等 (103) |

|                                       |       |       |
|---------------------------------------|-------|-------|
| 3. 塑料薄膜在乳突根治术中的应用 (附二例报告) .....       | 贾满生等  | (104) |
| 4. 全喉摘除后的语言康复 .....                   | 王增勤等  | (105) |
| 5. 嗅神经母细胞瘤 (附5例报告) .....              | 王增勤等  | (107) |
| 6. 巩膜表面骨瘤一例 .....                     | 刘 军等  | (110) |
| 7. 无创脉搏——血氧饱和度监测仪的临床应用 (附20例报告) ..... | 张 瑞 香 | (111) |
| 8. 85%大面积烧伤合并“ARDS”抢救成功的一例报告 .....    | 张 瑞 香 | (113) |
| 9. 椎管内注药治疗外伤性截瘫神经痛的初步探讨 .....         | 张 瑞 香 | (116) |
| 10. 氩激光小梁成束术后的早期眼压反应 .....            | 冯跃庭等  | (119) |
| 11. 气管切开术在烧伤病人中的应用 .....              | 李晓燕等  | (122) |

## 检 验 科

|                                         |       |       |
|-----------------------------------------|-------|-------|
| 1. 一例轻链病的实验室诊断 .....                    | 张 颖等  | (123) |
| 2. 潘氏变形杆菌 (Protns, Pemezi) 的培养与鉴定 ..... | 王惠书等  | (125) |
| 3. 巨噬细胞活化的五种检测法及评价 .....                | 范纯武等  | (127) |
| 4. 慢性胃炎粘膜中Ig间质沉着及其细胞类别 .....            | 范纯武等  | (130) |
| 5. 三M蛋白型巨球蛋白血症一例 .....                  | 范 纯 武 | (133) |
| 6. 血清蛋白电泳质控血清的制备及应用 .....               | 张 颖等  | (134) |
| 7. 200例腹泻病人的菌型分型及药敏 .....               | 齐 宏等  | (136) |
| 8. 三种尿酶试剂的比较 .....                      | 张 颖   | (137) |
| 9. 葡萄糖氧化酶法定量检测尿糖的探讨 .....               | 王 秀 英 | (139) |
| 10. 简易快速的CTC定量试验 .....                  | 范 纯 武 | (142) |
| 11. 复合组织切片——免疫荧光技术在检测自身抗体中的应用 .....     | 范 纯 武 | (142) |
| 12. 关于配制甲醛溶液含量的计算问题 .....               | 刘 玉 芬 | (147) |

## 病 理 科

|                                    |      |       |
|------------------------------------|------|-------|
| 1. 肾上腺髓性脂肪瘤的临床病理特征 (附1例报告) .....   | 袁孝宾  | (149) |
| 2. 姬姆萨染色检测胃镜切片中幽门螺旋菌的价值 .....      | 袁孝宾等 | (151) |
| 3. 胃肠道原发性恶性淋巴瘤——两例根治病例临床病理分析 ..... | 王梓祯等 | (154) |
| 4. 原发性丛源性肺动脉二例 .....               | 袁孝宾等 | (158) |
| 5. 卡波西氏肉瘤 (Kaposi's Sarcoma) ..... | 王梓祯等 | (160) |
| 6. 与肿瘤鉴别困难的直肠克隆氏病 .....            | 王梓祯等 | (162) |
| 7. 乳腺错构瘤·例报告 .....                 | 王梓祯等 | (164) |
| 8. 左侧横膈下迷走肝并发巨大肝细胞瘤·例报告 .....      | 王梓祯等 | (165) |

## 功 能 科

1. B型超声诊断左侧闭孔疝一例 .....王 萍 (166)
2. 彩色Doppler对30例正常儿童冠状动脉超声分析.....赵秀风等 (167)
3. 多普勒超声和二维超声对冠心病诊断的对比分析.....赵秀风等 (171)
4. 小肠多发性腺癌一例.....赵 树 东 (176)
5. 精神运动性癫痫图象/脑电图 分 析.....陈懋华等 (176)
6. CO<sub>2</sub>激光治疗足底纤维瘤病 1 例报告.....李 力 等 (178)
7. PDA切面选择对手术经路 的 影 响.....赵秀风等 (179)

## 医 院 管 理 及 其 他

1. 北京电力医院.....张启瑟 (181)
2. 发挥医院图书馆在医疗科研中的作用.....翟志明 (183)
3. 期刊的管理及利用.....刘黎英 (185)
4. 浅谈企业职工医院人员结构特点对护理管理的影响及解决方  
法的探讨.....陈贵民 (187)
5. 纤维内窥镜常见故障检修点滴.....盛爱军 (189)
6. 进口心电监护系统遥测信号弱的改进.....盛爱军 (190)
7. 东芝SSA——90A B超故障检修.....盛爱军 (190)
8. 晚期肿瘤患者的心理护理.....陈 莉 (191)
9. 硬膜外麻醉的护理体会.....陈 莉 (193)

# 40例正常青年人24小时动态心电图分析

北京电力医院内科 罗 维 靳三友

我们选择了20~39岁男女各20人进行了动态心电图(DCG)检查,现报道如下。

本组40例正常青年人均是本院职工,经过详细询问病史、体检、X线胸片、血脂血糖化验、平静心电图检查,确定无心血管疾病者为对象。

使用双通道MEMOPORTC监视器及携带式记录盒。受检查胸前常规置放双极导联及一无干电极。受检者活动如常,并作详细24小时活动记录,除睡眠8小时外,无其它特殊医嘱。磁带回放时,先通过心律失常电子计算机以60倍速度自动检出各种心律失常,并打印报告,然后,再以60倍速度按予选键分类,计算各种心律失常。以常规心电图的低速记录下需要测量和分析的部分。全部心律失常数,以手控计数器记下的数目为准。结果见附表。

从附表可以看出,40例中,24小时总心率,平均心律,男性均高于女性。这可能与男性活动量普遍较女性大,时间长有关。而在醒时最高心率和最低心率、睡时最高心率和最低心率四项中,女性均略高于男性。

40例受检查者几乎全有跑步、上楼、骑自行车等较剧烈活动。从表中可以看出,几乎全有窦性心动过速。窦性心率过缓者30例,占75%,大多数窦缓发生在夜间睡眠后,只有2例在白天出现短暂的窦性心动过缓。窦缓的发生率男性多于女性,大多数 $>50$ 次/分,其中 $<50$ 次/分为4例,男性3例,女性1例。无 $<40$ 次/分者。

窦性节律不齐者17例,占42.5%。窦性节律不齐多在睡眠中出现,少数仅在白天出现。以相邻周期相差10~15%为轻度节律不齐计算,检出的17例全属轻度范围,男性多于女性。

如果以R—R间距1.5秒以上为窦停标准,那么本组未发现窦性停搏。但可见短暂地出现I度房室传导阻滞和II度I型房室传导阻滞,例如本组中有1例女性。夜间最低心率48次/分,P—R间期0.24秒,ST段弓背向下样抬高0.2mv,为典型的迷走神经张力增高的心电图表现。

40例中均未出现ST段下移,日记中无胸闷、心慌的记录。有3例出现一过性的T波倒置及正负双向,而本人无任何不适的记录。这些单纯的T波倒置的意义尚待研究。本组很少发现由体位改变等生理因素引起的明显T波倒置。另外,约有20例,R波振幅有较明显的变化,夜间呈现高R波、高ST段、高T波的三高现象,即早期复极综合征。

本组均未发现交界性早搏和逸搏。出现房性早搏者22例,占55%, $>10$ 次/24小时者仅1例,为12次/24小时。从本组结果看出,房性早搏数约在1次/1万次心搏左右。本组检出房室早搏18例,占45%, $>10$ 次/24小时者只有2例,最多为15次/24小时。按Lown氏分级,都属于良性室性早搏。本组室性早搏也在1次/1万次心搏左右。出现房性早搏、室性早搏的比例较大,但频度很低。可见本组房性、室性早搏的频数是否会随年龄的增长

而增多，尚待继续观察。

本组未见房颤、房扑、房性心动过速、室速、室颤、Ⅱ—A—VB等。

附表

40例正常青年人心律失常分布

| 作者       | 本组     |      | Brodsky |     | 范美珍等  |      |
|----------|--------|------|---------|-----|-------|------|
| 年龄       | 20—39岁 |      | 23—27岁  |     | 22—62 |      |
| 总例数      | 40     |      | 50      |     | 55    |      |
| 心律失常类别   | 例数     | %    | 例数      | %   | 例数    | %    |
| 窦性心动过速   | 39     | 97.5 | 50      | 100 | 55    | 100  |
| 窦性心动过缓   | 30     | 75.0 | 50      | 100 | 55    | 100  |
| 窦性心律不齐   | 17     | 42.5 | 50      | 100 | 55    | 100  |
| 窦性暂停     | —      | —    | 35      | 68  | —     | —    |
| 房性早搏     | 22     | 55.0 | 28      | 56  | 33    | 60   |
| 房性心动过速   | —      | —    | 1       | 2   | 1     | 1.8  |
| 室性早搏     | 18     | 45.0 | 25      | 50  | 15    | 27.3 |
| 室性心动过速   | —      | —    | 1       | 2   | —     | —    |
| I度房室传导阻滞 | 2      | 5.0  | 4       | 8   | 1     | 1.8  |

(本文刊于临床医学杂志89年2期)

## 经食道超速心房起搏治疗室上性 快速性心律失常(附29例)分析

北京电力医院 靳三友 邹蕙茹

快速性室上性心律失常是内科门急诊常见病，由于其发作时常引起明显的血液动力学改变和临床症状，故须给予紧急处理与治疗。经食道心房起搏治疗快速性室上性心律失常是在1973年首先由Moutoyo等报告，国内从1982年初报告其在临床上的应用，本文报告经食道心房调搏超速抑制，治疗29例(33例次)快速室上性心动过速。

### 资料与方法

#### 一、一般资料：

从1981年至1985年间我们共治疗快速性室上性心律失常29例(33例次)，其中男性16例，女性13例，年龄25~65岁(平均50.2岁)，50岁以上者17例占58.6%。这29例中阵发性室上性心动过速者23人(27例次)，预激综合征并发心动过速者1例，心房扑动者5例。

在这29例中有二次以上反复发作者27例，持续二年房朴者1例，持续房颤7年经电除颤治疗转为窦性心律，7天后又转为房朴者1例。有冠心病史者4例，其余均无器质性心脏病史，住院治疗者3例，其它都在急诊室治疗，有的患者是经促进迷走神经张力措施和多种抗心律失常药物治疗无效时而改用此方法。

## 二、治疗方法：

我院应用苏州市电子技术研究所研制的，SHB—I型经食道心房调搏器，电极导管为国产双极导管（6号），治疗前不须特殊准备，不须用镇静剂或麻醉药，经鼻腔（或口腔），将双极起搏导管送入食道，固定在心房与食道相比邻的部位，起搏电压32—36伏，输出脉宽1—2ms，调搏频率比患者自身心率快20—30次/分，起搏脉冲持续时间为3—10秒。

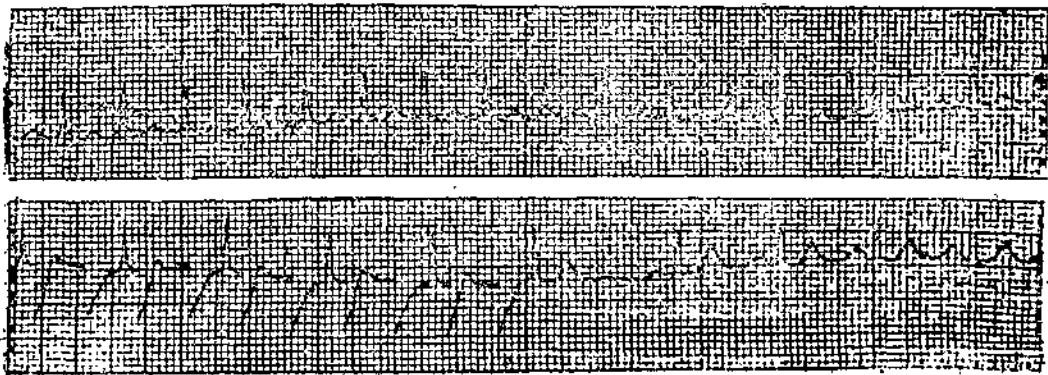
关于起搏导管插入到食道的长度，是根据我院窦房结功能试验的经验并参考梁氏等报导的方法，采用如身高为150厘米，则管长为35厘米，身高每增加10厘米则管长增加1厘米，一般身高150—180厘米者，则管长为35—38厘米。本组29例的结果是：男性16例，平均身高为171.6（范围在162—180）厘米，平均管长为36.6（范围在35—38）厘米。女性13例中，平均身高160.7（范围在150—168）厘米，平均管长为35.7（范围在34—36）厘米，男女合计平均身高166.7厘米，平均管长为36.2厘米。

## 结 果

本组29例中阵发性室上性心动过速者23例（27例次），1例预激综合症合并阵发性心动过速，经过超速心房调搏治疗后均立即恢复为窦性心律，（见图I），治疗成功率达100%。5例心房朴动中有3例经过连续二次调搏治疗均无变化，另外2例经过治疗当即转为心房纤颤，心室率减慢10—20次/分，其中1例又经过2分钟突然转为窦性心律。由上结果可以看出心房朴动经治疗后都未能立刻转为窦性心律。

## 讨 论

经食道心房调搏治疗阵发性室上性心动过速和预激综合症合并阵发性心动过速，是确实有效的方法，本组共24例（28例次），经过治疗均立即转为窦性心律，成功率达100%，与郭氏等（3）报告相同。心房调搏治疗心房朴动，部分患者经治疗后由心房朴动转为心房纤颤，心室率减慢，可改善临床症状，个别病例又可由房颤自动转为正常的窦性心律，由此看来似有一定疗效，但有3/5的患者经治疗后无变化，初步分析，本方法治疗心房朴动都未能立刻恢复窦性心律，可以认为无明显效果，今后如何提高房朴的复律技术有待进一步研究。



在治疗中关于电极导管插入食道的深度,我们是根据患者的身高而酌定,一般身高150—180厘米,则管长定为35—38厘米,如有肺气肿的患者管长应适当延长,如心脏扩大者应酌情缩短,以免心室应激(4),但均不须X—线协助定位。

治疗时,起搏电压为31—35伏,调搏持续时间3—10秒,由于发放脉冲的时间很短,电流较弱,术中除少数人自觉胸骨后有灼痛感外,多数无症状,而术中和术后均无其它不良反应。

总之,经食道心房起搏治疗快速性室上性心律失常是一种非创伤的治疗方法,而优于心内膜心房调搏。本方法操作简单,安全可靠,作用准确迅速,无其它副作用,又可重复使用,患者经济负担小,故易于接受治疗,也易于普及,一般基层病院或门诊部都可开展,所以,在急诊室遇到阵发性室上性心动过速或预激综合征伴阵发性心动过速的患者可以首先考虑选用此方法,尤其是对药物治疗不见效或反复发作而有耐药者,均可采用此种方法治疗。

图I 标准II导描记,上联为治疗前心率170次/分,调搏频率为200次/分,脉冲停止后,立即恢复窦性心律。

#### 参 考 文 献

- 1、Montoyo JV et al, Cardioversion of tachycardias by transesophageal atrial pacing Am, J Cardiol 1973: 32: 85.
- 2、梁康特等:经食道心房起搏测定窦房结恢复时间的方法学研究及临床应用评价。中华心血管杂志1982: 10: 178
- 3、郭继鸿等:食管心房调搏治疗心律失常的研究,中华心血管杂志,1984; 12; 119
- 4、陈福华等:经食道心房调搏测定老年人窦房结功能 初步报告,中华心血管杂志, 1982: 10: 175。

(本文刊于水电医学杂志90年1期)

## 以急腹症为首发表现的流行性出血热1例报道

北京电力医院内科 王淑莹 张景美 王滨涛

流行性出血热(EHF)的临床表现十分复杂,可分为10多种临床类型,其中以急腹症为首发症状的EHF病例报道甚少,发生率为4.34%。最近我院收治了1例,现报道如下。

患者,男,20岁,由浙江农村来京,家中鼠多。因发热4天、腹痛1天入院。4天前出现寒战、高热,3次就医均诊为“上感”,给予庆大霉素等药物治疗,热退。当日下午

突发持续性腹痛，伴恶心、呕吐，来我院急诊。检查，上腹肌紧张，全腹压痛、反跳痛，移动性浊音（-），肝浊音界存在，以“急性弥漫性腹膜炎”收入外科。入院当日出现多尿，肉眼血尿。B超提示腹腔积液，双肾肿大，皮髓质分界不清，集合系统不规则。腹部试穿未抽出液体。次日下午出现端坐呼吸、咳粉红色泡沫样痰及鲜血，胸片示两肺野满布雪片状、团絮状阴影，拟为“肺出血—肾炎综合征”转入内科。查体：T36.9℃，P100次，R32次，Bp18/14Kpa（135/105mmHg），神清，端坐位，鼻翼煽动，皮肤无潮红、出血点及皮疹，球结膜无充血，双下肺可闻及捻发音，腹肌紧张，有压痛、反跳痛，以脐周为著。双肾区叩痛（+）。

转科次日下午出现颜面、前胸部皮肤轻度潮红，胸腹部、前额后背及硬腭陆续出现数个出血点，双眼外眦片状出血，双下肢可凹性浮肿。病程中一直呈多尿，每日达2000~500ml。

化验检查：末梢血WBC $21.7 \times 10^9/L$ ，N82%，L18%，未见异型淋巴细胞，Plt $50 \times 10^9/L$ ，尿比重为1.010~1.016，尿蛋白（+++），RBC满视野，偶见颗粒、透明管型，血尿素氮为 $47.3 \text{ mmol/L}$ ，血肌酐为 $592.3 \mu\text{mol/L}$ ， $\beta_2$ -微球蛋白为 $4397.4 \text{ ng/ml}$ ，抗肾小球基底膜抗体阴性，EHF抗体：IgM1:80（阳性），IgG1:160（阳性）。三P试验（-），IgG、IgA、IgM、CIC、C<sub>3</sub>补体定量、凝血酶原时间、纤维蛋白原定量均正常。

治疗及转归 给予抗炎、抗凝、大剂量激素、对症支持治疗，并用结肠灌洗法治疗氮质血症。1周后腹痛、呼吸困难、咯血等症状减轻，腹水消失，尿蛋白转阴，1个月后上述症状消失，血压、尿量恢复正常。血尿素氮降至 $3.9 \text{ mmol/L}$ ，血肌酐降至 $93.7 \mu\text{mol/L}$ ，复查EHF抗体（IgM）为1:80，痊愈出院。

**讨论** EHF最基本的病理生理改变是全身小血管及毛细血管的广泛损伤，相应的临床症状在某些病人却首先表现为某一系统或器官的损害。其中以急腹症为首发症状的称为腹型EHF，目前机制不明，推测与传染途径有关：人食入被带毒鼠排泄物污染的食物，病毒及毒素首先损害胃肠粘膜血管，肠管充血、出血，大量炎性渗出液积聚于腹腔刺激腹膜，产生腹膜炎的症状及体征。继血管壁受损进而激活外源性凝血系统，加之血液浓缩，造成肠系膜微小血管血栓形成，导致肠管缺血性炎症，也是产生腹痛的原因之一。肾周围及腹膜后水肿亦可加重腹痛。

EHF是较常见的传染病之一，某些病人缺乏典型的临床症状及病程演变，因此对来自流行区的发热患者一定不要掉以轻心。对这类病人只要诊断及时，治疗得法，预后是比较好的。

（1990年12月30日收稿 1991年2月9日修回）

（本文刊于北京医学91年5期）

# 50例缺血性脑血管病的临床表现 与CT扫描脑血管造影结果分析

北京部队总医院神经内科 范正公 刘美杰  
北京电力医院神经内科 孙秀卿

## 临床资料

本组病例是从确诊为缺血性脑血管病的236例中筛选出50例在同期内进行了CT扫描和脑血管造影两项检查,其余186例仅做过其中一项检查。50例中,男性42例,女性8例,年龄45~64岁,平均37.2岁,其中40岁以下者27例,41岁以上者23例。检查距发病时间:1个月以内者9例,1月~1年者21例,一年以上者20例。临床表现:急性起病出现一侧肢体无力无缓解者13例;进行性一侧肢体无力者12例,反复发作一侧肢体无力后变为持续性无力者7例;强直一阵挛性癫痫发作者3例;左侧肢体短暂性麻木无力者2例;发作性运动性失语、混合性失语、智能障碍伴上肢无力、智能障碍伴双下肢无力大小便失禁、发作性右眼眶痛伴右睑下垂、双下肢无力伴构音不清、进行性记忆力下降、头痛伴感觉性失语、头痛后突然昏迷、发作头性痛、双眼黑朦伴眩晕发作、吞咽困难伴运动性共济失调及左半身痛触觉减退各1例。检查前拟诊:颈内动脉系统缺血性脑血管病27例,烟雾病3例,强直一阵挛型癫痫发作3例,脑血管畸形3例,TIA发作2例,椎一基底动脉系统缺血性脑血管病3例,头痛原因待查2例,脑出血、蛛网膜下腔出血、右动眼神经麻痹、外伤性右额硬膜下血肿、桥脑病变、运动性共济失调和癫痫性偏瘫发作各1例。

## CT和脑血管造影检查

CT检查,50例中见局部低密度影,诊为脑梗塞者33例,其中一例为右小脑半球梗塞,增强扫描后见高密度阴影者2例(共占70%)。呈非特异性改变(脑萎缩)者6例,无异常影像者9例,二者占30%。CT检查为特异改变者,在临床表现为一侧肢体无力、麻木、语言障碍及头痛等表现,脑血管造影其中6例显示为一侧颈内动脉闭塞,2例大脑中动脉闭塞,1例为大脑前动脉闭塞。CT检查阴性的9例中,5例临床为一侧肢体无力者,脑血管造影分别为左大脑动脉狭窄、左大脑前动脉闭塞、左大脑前动脉闭塞并左大脑中动脉狭窄、左颈内动脉虹吸段狭窄及右大脑中动脉与大脑前动脉均狭窄各一例。另外4例脑血管造影也有异常:1例为椎动脉闭塞,临床表现为双眼黑朦伴眩晕发作;1例为椎动脉狭窄合并基底动脉闭塞,临床表现一侧肢体无力,饮水呛咳伴对侧耳鸣;1例左大脑前动脉闭塞,临床为强直一阵挛型癫痫发作,再一例为右大脑前动脉闭塞,临床上为发作性右眼眶痛伴右眼睑下垂,诊断为右动眼神经不全麻痹。

脑血管造影检查：发病1年以内造影者30例，异常者20例，阳性率为66.7%。1年以上造影者20例，异常者13例，阳性率为65%。脑血管造影显示颈内动脉闭塞者10例，大脑前动脉闭塞者8例，大脑中动脉闭塞或狭窄者10例，椎—基底动脉闭塞或狭窄者4例。全脑血管造影1例，见右颈内动脉和双椎动脉均狭窄，伴双大脑中动脉及前动脉闭塞，并有较多的侧肢循环，大脑后动脉开放供血。脑血管造影的阳性率为66%，17例脑血管造影未见异常，其中呈进行性一侧肢体无力者5例，CT扫描分别为局限性顶枕区、颞底部、内囊、顶叶深部及额叶楔形脑梗塞；3例急性偏瘫者，CT扫描见均为内囊局限性梗塞；2例典型TIA发作者，神经系统检查无阳性体征，CT扫描为内囊前肢梗塞及多发性脑室型基底节—内囊区梗塞；1例发作性头痛，神经系统检查无阳性体征，CT扫描为局限性枕叶梗塞；余6例为：双下肢麻木无力伴言语障碍、进行性记忆力下降、发作性意识丧失四肢抽搐、头痛伴感觉性失语、头痛后突然昏迷和言语不清者各1例。CT扫描分别为底节区裂隙型梗塞、顶后部腔隙性梗塞、额叶前部、顶叶、颞顶部低密度区及颞顶部软化灶。

CT和脑血管造影检查均为异常者18例，占本组50例的36%。其中14例为明显的偏瘫（包括中枢性舌瘫及肢体瘫）；余4例为：强直—阵挛型癫痫发作和智能减退伴右上肢麻木（而神经系统检查均为正常）各1例；大小便失禁伴双下肢无力及吞咽困难伴运动性共济失调各1例。脑血管造影及CT检查病变部位相符者15例。余3例为：右大脑中动脉闭塞者1例，CT检查见双侧额顶、颞叶多发性脑梗塞，临床表现为两次左侧肢体瘫痪，一次右侧肢体瘫痪，但未做左侧脑血管造影；左大脑中动脉狭窄者1例，CT扫描为双侧额叶、左顶、枕、颞叶多发性脑梗塞，而临床表现为左侧肢体活动不灵，且右侧未做脑血管造影；另1例为右颈内动脉造影正常，而CT扫描为右顶枕区不规则之低密度区，但左颈内动脉狭窄，临床表现为左侧肢体无力，提示CT和脑血管造影不符，并且脑血管造影和临床表现也不相符。

CT和脑血管造影后的诊断。按全国神经精神科学会议制定的急性脑血管病分类标准，本组50例均符合缺血性脑血管病，其中41例均有持续存在的神经系统体征，诊为脑梗塞；余9例分别为：暂时性一侧肢体无力2例；暂时性偏身感觉减退1例；发作性运动性失语1例，体征均在24小时恢复正常，符合TIA的诊断要点；强直—阵挛型癫痫发作者3例，发作性头痛及智能减退伴右上肢麻木者各1例，虽未见神经系统异常体征，但CT扫描（除1例脑血管造影为颈外动脉狭窄外）均见局部脑梗塞，故属于无阳性体征的缺血性脑血管病。

## 讨 论

本组50例缺血性脑血管病，均在同一住院期间进行了CT扫描和脑血管造影检查，占同期做过CT扫描或/和脑血管造影的缺血性脑血管病总例数（236例）的21.2%。

50例中脑血管造影正常者17例，根据CT扫描所见可将他们分为三种类型：①内囊区局限性梗塞。②大脑皮层局限性梗塞。③腔隙性脑梗塞。关于缺血性脑血管病患者脑血管造影正常的报告。国外文献为17~63%，国内报告占4~8%，本组为34%。有关正常的原因许多作者曾作过探讨，认为可能与下述因素有关：①病变血管口径较小。②发病至血管造影间隔时间较长，侧枝循环已建立，闭塞之血管再通。③血压紊乱。④腔隙性梗塞。⑤无栓塞性脑梗塞。⑥动脉小分枝变异较大。⑦梗塞范围小于闭塞血管的供应区等有关。

本组17例脑血管造影阳性者的梗塞部位,经CT扫描提示闭塞的血管为大脑中动脉的深穿枝和供应皮层的小动脉,与脑血管造影往往难以显示这类小动脉的闭塞有关。

CT扫描阴性(包括非特异性改变)者15例,占本组总例数的30%。有些作者认为确有脑血管闭塞而CT扫描无相应改变,可能与下述原因有关:①起病在3天以内或30天以上行CT扫描。②病变区脑组织的等密度现象(fogging effect)。③小的腔隙性梗塞。④病灶位置低。本组CT扫描阴性的患者其脑血管造影的结果证明,闭塞或严重狭窄的血管病为颈内动脉、大脑前动脉、大脑中动脉、椎动脉和椎-基底动脉等主干性血管。CT和脑血管造影检查距起病8天至22年不等,再CT检查的阴性结果均经造影剂增强对比所证实,故难以用上述理由解释。我们推测可能与病情发展较慢,病变区已有一定的侧枝循环,以致脑组织的病理改变较轻,CT扫描不能分辨之故。

缺血性脑血管病患者的脑血管造影和/或CT扫描的评价:CT扫描是确诊脑梗塞最好的手段之一,在急性期虽很大比例为阴性,但可迅速排除脑出血、硬膜下血肿或肿瘤等,对治疗和判断预后也是重要的依据,特别是对那些临床症状不明显,CT扫描为腔隙性病灶的患者得到确诊,并可同时显示病灶的位置、大小、数目,周围水肿区有无占位效应等。但由于“模糊效应”等因素也可显示正常,故应根据临床表现定期复查或/和强化检查。而脑血管造影可直接显示脑动脉血管床的病变形态,对确定诊断,明确闭塞部位,程度和侧枝循环等情况提供客观的依据,对外科治疗,判断预后疗效观察和病因分析都有帮助,CT无此优点。但造影距发病时间越长其结果正常的可能性就越大,Alter等认为发病后超过30天才做脑血管造影;能与临床符合的病例就不足20%,本组发病一年内做脑血管造影的阳性率为66.6%,而一年以上则为65%,两者无显著差异,与上述结果不符。但究竟相隔多长时间造影合适颇难以确定,因此曾有人提出两者对脑血管病的诊断价值各有所侧重,不能互相代替。

本组50例中,CT扫描及脑血管造影二者均见特异性改变者仅18例(占36%),其余32例或为CT扫描见脑梗塞,或为脑血管造影见血管严重狭窄或完全闭塞,说明缺血性脑血管病患者只用这两项检查中的一项,均可能引起误诊,为了鉴别诊断,确定治疗和估计预后,如有条件应同期进行两种检查,当其中一项检查为阴性时,争取进行另一项检查更有必要。(北京冶金医院)

### 参 考 文 献

- 扬露春:急性脑血管疾病1925例临床分析。中华神经精神科杂志 15: 129, 1982。  
肖崇武:急性脑梗塞100例临床分析。中华内科杂志 21: 257, 1982。  
田新良,等:闭塞性脑血管病晚期血管造影的随访。中风与神经疾病杂志 1: , 122 1984。  
Silverstein A: Arteriography of stroke 11 Factors relating to the normal angiogram Arch Neurol 13: 441, 1965。

(本文刊于中国影像技术9卷4期)

# 风心病并发尖端扭转型室速

北京电力医院(100073) 张跃林 靳三友 戴中美

尖端扭转型室性心动过速(Torsade de Pointes, TdP)国内外报道颇多,引起TdP常见原因,除Q—T间期延长综合症以外,还可见于多种原因或某些疾病的继发性Q—T间期延长如电解质紊乱、药物中毒性反应、严重的心肌疾患等。本文报道2例风心病并发TdP:

**例1:**男,30岁,因患风湿性心脏病20年,心慌、气短加重伴少尿一周入院。当时查血清钾 $5.1\text{mEq/L}$ ,心电图QTc为 $0.51''$ 。患者入院后,立即行心电监护,并给予强心、利尿、吸氧及扩张血管药物治疗,于入院当晚23点,心电示波出现TdP。立即给予阿托品 $1\text{mg}$ 静推并加氟美松,心率维持70次/分以上,以后2天发作TdP两次,第二次发作数秒后,发生心脏骤停 $12''$ ,出现阿斯综合症,经心外按摩及静脉滴入异丙肾上腺素等治疗后,恢复窦性心律,以后给予异丙肾上腺素持续静点,并给予强的松治疗,未再发生TdP,病情平稳后出院。

**例2:**女,52岁,因患风湿性心脏病19年,二年前并发房颤,为纠正房颤收入院。入院后各项检查无异常发现,血清钾 $4.7\text{mEq/L}$ ,QTc $0.38''$ 。入院一周后开始电转复治疗,先给予奎尼丁 $0.2$ 三次/天,次日上午9:00时行电转复术,即刻恢复窦性心律,心率64次/分。患者转复前后无不良反应,于12:10时突然出现TdP,心室率达210次/分,立即给予静推利多卡因,恢复窦性心律,心率58次/分,u波高大,QTc $0.614''$ ,并给予利多卡因,恢复窦性心律,心率58次/分,u波高大,QTc $0.614''$ ,并给予利多卡因、异丙肾等治疗。在12小时内反复发生TdP22次,电除颤8次,最后抢救无效死亡。

**讨论:**1. TdP发作时临床表现症状凶险,若处理不当,易致室颤,有关TdP的机制至今尚不十分清楚,一般认为Q—Tu的延长是TdP的发病基础。目前多数学者认为是后除极使u波加大超过阈电位而触发TdP。

左室功能不全也可能与TdP发生有关。本文二例报告中,Q—Tu间期均明显延长,例1发生TdP考虑与心肌严重受损,左室功能不全有关。例2则考虑在心肌受损基础上,奎尼丁的药物毒性作用。

2. 在风心病死亡因素中,心衰居首位,是死亡的主要危险因素。另一危险因素是猝死占34.3%,猝死原因之一是快速型室性心律失常(室速或室颤)所致。本文二例风心病并发TdP,如果发现和抢救不及时,极易发生猝死。风心病并TdP性猝死常见的诱因:(1)电解质紊乱、低血钾(镁)与同时存在的高醛固酮血症及代谢性碱中毒,致心律失常的危险性明显增高;(2)神经体液机制激活,心衰病人儿茶酚胺分泌较多,交感神经—肾上腺系统机能亢进;(3)治疗心衰合并心房纤颤的大多数药物都可引起快速型室性心动过速,如洋地黄制剂,奎尼丁等药物。