

3. 李铁一, 等. 中华放射学杂志 1989; 23: 346
 4. Uaruh H. et al. Ann Thorac Surg 1986; 41(2): 224

5. Pennes D R. et al. AJR 1985; 144(3): 507
 6. Pearlberg J L. et al. AJR 1988; 150(2): 265
 (1991年11月收稿, 1992年9月修回)

ROLE OF CT IN LUNG CANCER DIAGNOSIS

Hu Hongjie, Xu Shunliang and Zhang Xidao

Affiliated First Hospital

Twenty-five patients with pulmonary malignancies were evaluated by computerized tomography(CT) and plain films. The results fully showed the importance of scanning in CT examination which was a lot superior to plain films in identifying the border, and the density of the lesions, the adenopathy in the pulmonary hilum and mediastinum, the extent of invasion into the mediastinal structures and the chest wall. Lobulated or spiculated solitary nodules with a CT value of <100Hu were confirmative evidence of the peripheral type of pulmonary cancer. In the case of the central type of pulmonary cancer, CT scanning could visualize both the endobronchial and extrabronchial parts of the lesion simultaneously. In addition, the findings of small-cell bronchogenic carcinoma were reviewed as well.

KEY WORDS Lung neoplasms/diag, X-Ray computed tomography

食道心房调搏诱发阵发性房室传导阻滞一例

附属第一医院心内科 胡中江 叶玲娣 徐秋萍 陈天秩

1 病例摘要

患者男, 58岁。因半月内反复昏厥三次而入院。每次昏厥前感胸闷, 昏厥持续时间数分钟, 苏醒时大汗淋漓。8年前曾ECG检查发现右束支传导阻滞。入院体检: 心率84次/分、律齐、无病理性杂音, 心浊音界无明显扩大, 血压18.0/12.0kPa。ECG示: I度房室传导阻滞、房内传导阻滞、完全性右束支传导阻滞。动态心电图: 窦性心律不齐, 偶发房早, 完全性右束支传导阻滞。运动试验: 连续下蹲起立5min, 当心率达125次/分时, 出现偶发P波不能下传, 或阵发性2:1房室传导阻滞。食道心房调搏按常规方法进行^[1]。结果示: SNRT 1400ms,

cSNRT 520ms, SACT_M180ms, AVN_{ER} 390ms, 房室结文氏阻滞点[510ms, 2:1阻滞点390ms。当用分级递增法逐渐增快调搏频率至约154次/分(S,S,390ms)时, 出现阵发性房室传导阻滞(Paroxysmal A-V Block, PAVB), 长达15s以上, 患者出现昏厥, 当即进行心脏按摩, 及先后静注阿托品1.5mg、地塞米松10mg, 心律转为房颤, 心率约75次/分, 血压16.0/10.7kPa, 患者神志转清。但30min内又反复出现PAVB 4次, 每次持续数秒至数分钟。立即送心导管室安装按需型心脏起搏器。

2 讨论

患者半月内反复昏厥 (下转第216页)

文成年人牙周炎和青少年牙周炎患者的白细胞在牙周组织可溶性抗原存在时,其粘附玻壁的能力明显低于牙周正常者,提示患者机体内可能存在对自身牙周组织的免疫反应。

3.3 本文两组牙周炎患者的血清IgA和C₃含量均较正常者低。血清IgA在抗感染中能发挥一定的作用。C₃是重要的补体成份,补体激活的经典途径和替代途径均需通过C₃, C₃含量下降表明患者非特异性体液免疫功能受到一定的影响。

3.4 LT试验 本组资料表明牙周炎患者T细胞转化功能与牙周正常者相似,但并不能证明患者T细胞各亚群的比例和功能与正常人一致,故有必要对牙周炎患者T细胞亚群的数目和功能作进一步研讨。

已有不少文献报道产黑色素类杆菌、牙龈类杆菌、伴放线嗜血杆菌和牙密螺旋体等与牙周病的发病密切相关,且此等微生物常在正常人龈下样本中被检出^[7~10]。机体免疫功能下降是引起菌群失调症的重要原因之一,牙周炎患者免疫功能低下有可能破坏龈下正常菌群的平衡,导致上述微生物的

大量繁殖而致病。我们的实验结果还表明,成年人牙周炎和青少年牙周炎患者免疫功能变化相似。

参 考 文 献

1. Ivan M R, et al. Immunology of Oral Diseases 1st ed, London; Blackwell, 1980; 391—359
2. Page R C, et al. J Periodontal 1981; 52 (2): 477
3. 金诚宽,等. 日本牙周病学会杂志 1980; 22 (1): 1
4. 袁诗芬,等. 口腔医学 1984; 4(2): 57
5. 北京医学院微生物学教研组编. 实验免疫学. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 1980; 33~34
6. 杨贵贞主编. 医用免疫学. 第1版. 长春: 吉林人民出版社, 1981; 385~386
7. Lai C H et, al. J Clin Periodontol 1986; 13(4): 572
8. Vogel GR. Exp Oral Res 1987; 113(3): 345
9. 陈莉丽,等. 国外医学口腔医学分册 1988; 15 (4): 193
10. 肖晓蓉. 国外医学口腔医学分册 1987; 14(6): 344

(1991年3月收稿, 1992年3月修回)

(紧接第204页) 各种检查诊断不明,经食道心房调搏检查证实为心脏传导系统功能障碍,PAVB。PAVB是指在窦性心律房室传导为1:1或2:1时,突然出现的完全性房室传导阻滞,即间歇性阻滞^[2]。阻滞的部位可位于房室结、希氏束干或希氏束支或分支。阻滞发生在束支及分支的情况,必定先有一侧永久性阻滞,然后在某种机制下另一侧发生阻滞,因而产生PAVB。由于心率变快或变慢都可导致PAVB,因此PAVB可分为心动过速依赖性PAVB与心动过缓依赖性PAVB。本例存在完全性右束支传导阻滞8年,食道调搏过程中,当起搏频率递增到一定程度时,由于阻滞区细胞极化低下,室上性激动连续通过阻滞区,引起重复性的隐匿传导,乃出现PAVB,故属于心

动过速依赖性PAVB。PAVB在临床上诊断较为困难。对于疑有PAVB者而动态心电图不能确诊时,可考虑心脏电生理检查。但鉴于PAVB发生时,一旦处理失误,常可招致意外。故对病情要做到充分预测,并做好急救准备,在起搏过程中需连续心电监测,一旦出现PAVB,为避免昏厥发作应立即心脏按摩,对反复发作PAVB者应及时安装心脏起搏器,由于食道心房调搏难于进行心室起搏,对这类病人进行食道心房调搏应慎重。

参 考 文 献

1. 宁佩英主编. 食道心房调搏术临床实用手册. 第1版. 北京: 中国展望出版社, 1986年
 2. 石毓澍、李忠成编著. 临床心脏电生理学. 第1版. 天津: 天津科学技术出版社, 1989年
- (1992年1月收稿, 同年5月修回)