

脱,固定失败。锁定加压钢板的钉板之间通过螺纹锁定,骨折端的稳定依靠钉板之间的成角稳定,其整体稳定结构相当于内固定支架,克服了传统手术的缺点,达到坚强内固定,缩短患者卧床时间,能早期负重,更快地恢复髋关节功能,减少术后并发症,提高患者生存质量。

3.3 应用股骨近端锁定钢板的优点 (1) 稳定性更好,在骨折复位后,由于骨折严重粉碎,骨块不稳定,普通的钢板难以提供足够的稳定性,锁定钢板螺帽可以直接锁定在钢板的锁定孔内,骨折端的稳定依靠钉板之间的成角稳定,而不是钢板与骨面之间的摩擦力,钢板螺钉通过锁定孔与骨骼坚实固定,而且还具有外固定支架的支撑固定作用,既可维持肢体长度,又提高了固定的强度。(2) 创伤小,易于骨折愈合。钢板置入时,近端可以通过小切口使骨折复位,不剥离软组织,植入钢板,远端通过开小口拧入螺钉,操作简便,节省手术时间,不需要剥离骨膜,软组织损伤少,最大限度地保留了骨膜及软组织的血运,且接骨板和骨皮质无需紧密接触,骨膜损伤减少,降低对骨血运的影响,利于骨折愈合。(3) 植入钢板不需要与骨折端完全贴附,对接骨板无需进行精确折弯,骨质疏松和粉碎性骨折螺钉的锚合力和

抗拉力强,可依靠系统稳定性实现坚实固定,避免螺钉松动或脱出。(4) 跨度较长的锁定加压钢板带锁螺钉系统具有弹性内固定作用,减少了应力遮挡,增加了骨折断端的应力刺激,促进了骨折的愈合。本组研究采用解剖锁定钢板进行股骨转子间骨折内固定,具有损伤小、手术时间短、固定可靠、发生骨折并发症概率低等优点,具有良好的临床应用价值。

参考文献

- 1 刘海春,陈允震,杨子来,等. 股骨粗隆间粉碎性骨折不同内固定疗效分析[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2005,20(1):18-20.
 - 2 李必奎,陈周兵,徐富生. 股骨近端锁定钢板治疗股骨转子间骨折[J]. 中国修复重建外科杂志,2011,25(10):1273-1275.
 - 3 Sadowski C, Lübbeke A, Saudan M, et al. Treatment of reverse oblique and transverse intertrochanteric fractures with use of an intramedullary nail or a 95° screw-plate: a prospective, randomized study[J]. J Bone Joint Surg Am,2002,84-A(3):372-381.
 - 4 何正华,胡阿威,夏春明,等. 股骨近端解剖型锁定钢板在老年股骨粗隆间骨折治疗中的应用[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2010,25(4):316-317.
 - 5 线洪涛. 股骨近端锁定接骨板治疗股骨转子间骨折疗效分析[J]. 中国实用医药,2010,5(16):72-73.
 - 6 高先亭,朱裕成,杨天明,等. 解剖钢板内固定治疗老年股骨转子间骨折[J]. 临床骨科杂志,2009,12(4):424-425.
- [收稿日期 2012-08-14][本文编辑 刘京虹 吕文娟]

学术交流

艾滋病合并马尔尼菲青霉菌病肝脾B超表现分析

谢伟雄, 梁柱石, 莫让辉, 邓宇雄, 陈均防

作者单位: 543001 广西,梧州市第三人民医院B超室

作者简介: 谢伟雄(1976-),女,大学本科,主治医师,研究方向:临床超声诊断。E-mail:xwxzy189@126.com

[摘要] **目的** 分析艾滋病(AIDS)合并马尔尼菲青霉菌病(PSM)后肝脾B超表现。**方法** 对102例AIDS合并PSM(观察组)以及同期102例AIDS不合并PSM患者(对照组)的肝脾超声图像资料进行对比分析。**结果** 肝右叶斜径、肝门脉主干径、脾脏厚度的均值观察组分别为(140.13±14.15)mm、(10.51±1.22)mm、(41.48±9.51)mm,对照组分别为(135.91±12.34)mm、(10.86±1.19)mm、(37.77±8.71)mm,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$);脾肿大、肝脾均肿大、脂肪肝声像检出率观察组分别为54.90%、45.10%、45.10%,对照组分别为40.20%、27.45%、10.78%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。**结论** AIDS合并PSM患者发生肝脾肿大和脂肪肝病变率较高,肝脾肿大和脂肪肝是艾滋病合并PSM特征之一。

[关键词] 艾滋病; 马尔尼菲青霉菌病; 超声图像

[中图分类号] R 445.1 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2012)12-1152-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.12.19

Manifestations of ultrasound images of liver and spleen in patients of AIDS complicated with penicilliosis marneffei XIE Wei-xiong, LIANG Zhu-shi, MO Rang-hui, et al. Department of Ultrasonography, the Third Peoples Hospital of Wuzhou, Guangxi 543001, China

[Abstract] **Objective** To analyze the manifestation of ultrasound images of liver and spleen in patients of AIDS complicated with penicilliosis marneffei (PSM). **Methods** The ultrasound images of liver and spleen in 102 cases of AIDS complicated with PSM (treatment group) and 102 patients of AIDS without PSM (control group) in the same period were analyzed retrospectively. **Results** Ultrasonography showed that the oblique diameter of right liver lobe, diameter of hepatic portal vein and thickness of the spleen (mean) were (140.13 ± 14.15) mm, (10.51 ± 1.22) mm, (41.48 ± 9.51) mm respectively in the treatment group, and (135.91 ± 12.34) mm, (10.86 ± 1.19) mm, (37.77 ± 8.71) mm respectively in the control group, there were statistically significant differences between two groups ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The rate of splenomegaly, hepatosplenomegaly and fatty liver were 54.90%, 45.10%, 45.10% respectively in the treatment group, and 40.20%, 27.45%, 10.78% respectively in the control group. There were significant differences between two groups ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). **Conclusion** The rates of hepatosplenomegaly and fatty liver are higher in the patients of AIDS complicated with PSM. Hepatosplenomegaly and fatty liver are one of features in patients with AIDS complicated with PSM.

[Key words] AIDS; Penicilliosis marneffei; Ultrasound images

马尔尼菲青霉菌病 (penicilliosis marneffei, PSM) 是由马尔尼菲青霉菌 (penicillium marneffei, PM) 感染引起的真菌性疾病, 是获得性免疫缺陷综合征 (AIDS) 常见的并发症^[1]。AIDS 合并 PSM 的临床表现十分复杂, 现将我院 2006-08 ~ 2010-10 收治的 102 例 AIDS 合并 PSM 的肝脾 B 超资料与同期收治的 102 例 AIDS 不全并 PSM 的肝脾 B 超资料进行对比分析, 现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2006-08 ~ 2010-10 在我院确诊的 102 例 AIDS 合并 PSM 住院患者为研究对象 (观察组), 并以同期住院的 102 例无 PSM 的 AIDS 病例作对照 (对照组), 观察组中男 75 例, 女 27 例; 年龄 (38.24 ± 13.24) 岁; 性接触感染 57 例, 静脉共用针头吸毒 (或伴性接触) 感染 32 例, 母婴传播 2 例, 其它及不详感染途径 11 例。对照组中男 79 例, 女 23 例; 年龄 (40.54 ± 12.05) 岁; 性接触感染 46 例, 静脉共用针头吸毒 (或伴性接触) 感染 45 例, 母婴传播 0 例, 其它及不详感染途径 11 例。两组的性别、年龄、感染途径等方面比较差异均无统计学意义 (P 均 > 0.05), 具有可比性。

1.2 诊断和检验方法 病例临床诊断参考 2005 年我国卫生部《艾滋病诊疗指南》^[2], HIV-1 抗体阳性由广西壮族自治区疾病预防控制中心艾滋病确证实验室用免疫印迹法确证, 外周血 CD4⁺ 淋巴细胞检测由广西梧州市疾病预防控制中心采用美国 BD 公司提供的

试剂和流式细胞仪检测; PSM 诊断以血、骨髓等体液培养或找到马尔尼菲青霉菌为依据, 马尔尼菲青霉菌培养和鉴定由本院细菌室进行, 临床所取标本接种于沙保罗培养基中培养, 使用法国生物梅里埃公司产 AP120CauX 真菌鉴定系统进行马尔尼菲青霉菌鉴定。

1.3 B 超检查方法 全部病例在获得确诊后 3 d 内采用美国 GE 公司生产的 LOGIQ400CL 彩超仪检查肝、脾, 凸阵探头, 频率为 3.5 ~ 4.0 MHz, 肝脏检查时采用仰卧位或左侧卧位及右前斜位, 对肝脏依次作剑突下纵横切、肋缘下各个方位的斜切以及从右第 4 ~ 5 肋间开始的各个肋间隙的扫查; 脾脏检查主要测量脾脏的厚度, 以右侧卧左手举起放于头部位, 从左侧腋前线至腋后线间的相应的肋间逐一进行探测, 通过肋间斜切面显示脾门及脾静脉, 测量脾门至脾对侧缘的厚度, B 超检查方法和诊断标准参考《超声医学》^[3] 第 4 版。

1.4 统计学方法 应用 PEMS3.1 统计软件进行数据处理, 计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 u 检验, 计数资料率的比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组肝脾 B 超测值比较 观察组的肝右叶斜径、脾脏厚度均值显著大于对照组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 肝门脉主干径小于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组肝脾 B 超测值比较 ($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	肝左叶长径 (mm)	肝左叶厚径 (mm)	肝右叶斜径 (mm)	肝右叶厚径 (mm)	肝门脉主干径 (mm)	脾脏厚度 (mm)
观察组	102	75.14 ± 17.08	57.48 ± 9.68	140.13 ± 14.15	110.63 ± 12.75	10.51 ± 1.22	41.48 ± 9.51
对照组	102	72.77 ± 16.44	55.71 ± 11.06	135.91 ± 12.34	109.84 ± 12.57	10.86 ± 1.19	37.77 ± 8.71
<i>u</i>	-	1.006	1.212	2.272	0.447	2.084	2.901
<i>P</i>	-	0.314	0.225	0.023	0.654	0.037	0.004

2.2 两组肝脾肿大和脂肪肝声像检出率比较 观察组肝脾均肿大、脾肿大和脂肪肝声像检出率均显著高于对照组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。见表 2。

表 2 两组肝脾肿大和脂肪肝声像检出率比较 [$n(\%)$]

组 别	例数	肝肿大	脾肿大	肝脾均肿大	脂肪肝声像
观察组	102	67(65.69)	56(54.90)	46(45.10)	46(45.10)
对照组	102	55(53.92)	41(40.20)	28(27.45)	11(10.78)
χ^2	-	2.4674	3.8524	6.1285	28.1446
<i>P</i>	-	0.1162	0.0497	0.0133	0.0000

3 讨论

3.1 PM 是一种高致病性条件性真菌,PSM 多发于东南亚及中国南部等气候温热潮湿地区,免疫力低下者如 AIDS 为易感人群,AIDS 合并 PSM 的临床主要表现为发热、浅表淋巴结肿大、皮疹、贫血、血小板减少、纳差、轻~中度肝功能异常(常被误诊为病毒性肝炎),CD4⁺ 细胞计数降低等^[4]。

3.2 本组资料显示,AIDS 合并 PSM 患者的肝右叶斜径、脾脏厚度测值均明显增大,脾肿大、肝脾均肿大的比率分别为 54.90% 和 45.10%,脂肪肝声像检出率为 45.10%,均高于无 PSM 的患者,与吴碧君等^[5]报道基本一致;而无 PSM 的 AIDS 患者脾肿大比率为 40.20%,脂肪肝声像检出率为 10.78%,与何云等^[6]报道相似。说明 AIDS 合并 PSM 患者发生肝脾肿大和脂肪肝的病变率较高,提示肝脾肿大和脂肪肝可能是 AIDS 合并 PSM 特征之一。

3.3 PM 多侵犯免疫功能低下的患者,单核吞噬细胞系统是主要受损部位,单核吞噬细胞系统分布于全身,脾脏和肝脏是人体的最大免疫器官,所以合并

PSM 后常常犯及肝脾;PM 是一种真菌,感染人体后可导致变态反应和中毒性病变,在肝脾可发生实质弥漫溶解性坏死、脂肪变性或形成肉芽肿性、化脓性、无反应性及坏死性病变等^[5]。由于 HIV 病毒本身在肝内枯否细胞、内皮细胞内大量贮存,导致肝窦屏障坏死,血液与肝细胞内代谢交换改变,使实质细胞暴露于各种病原体中,导致肝细胞破坏、再生。Capponi 等^[7]对小鼠、田鼠、大白鼠进行 PM 感染实验发现,其病理学特点是肝脾肿大,并见淋巴结炎和包含巨细胞的肉芽肿,从实验病理上说明了 AIDS 合并 PSM 后容易导致肝脾病变。B 超可对肝脾进行重复性无创检测,所以在临床中通过 B 超动态观察肝脾变化对了解 AIDS 合并 PSM 者病情的进展有一定意义。

参考文献

1 Ruxrungtham K,Phanuphak P. Update on HIV/AIDS in Tharland[J]. Jmed Assoe Thai, 2001,84:1-17.
2 卫生部发布第一部《艾滋病诊疗指南》[J]. 世界临床药物,2005,26(8):454-459.
3 周永昌,郭万学,主编. 超声医学[M]. 第 4 版. 北京:科学技术文献出版社,2003:873-1026.
4 李凌华,唐小平,蔡卫平. 101 例艾滋病合并马尔尼菲青霉菌病的临床研究[J]. 中国艾滋病性病,2008,14(1):12-14,20.
5 吴碧君,汤庆,周爱群,等. 艾滋病合并播散性马尔尼菲青霉菌病腹部超声表现分析[J]. 中国超声医学杂志,2011,27(3):246-248.
6 何云,王曦曦,陈琳,等. 艾滋病患者腹部 B 型超声检查结果分析[J]. 中国感染控制杂志,2007,6(5):343-344,357.
7 Capponi M,Selgretain G,Sureau P. Penicilliosis from Rhizomys sinensis[J]. Bull Soc Pathol Exot Filiales,1956,49(3):418-421.
[收稿日期 2012-07-17][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]

欢 迎 订 阅 欢 迎 投 稿 欢 迎 刊 登 广 告

本刊地址:广西南宁市桃源路 6 号,邮编:530021,电话:(0771)2186013
E-mail:zgclxyzz@163.com

《中国临床新医学》杂志编辑部