

北京地区 1242 例急性心肌梗死患者 住院治疗状况调查

王硕仁 刘红旭 赵冬 雷燕 王薇 尚菊菊 房玉涛 史载祥 黄毅 李清朗

北京地区急性心肌梗死治疗状况调查协作组

【摘要】 目的 调查北京地区急性心肌梗死(AMI)救治水平及存在问题。方法 采用统一调查表,对北京地区 12 家医院 2000 年 1 月至 2001 年 3 月的 1242 例 AMI 进行登记,以中国 2001 年《急性心肌梗死诊断和治疗指南》(《指南》)为评价依据,描述 AMI 的诊疗现状,并对影响病死率相关的因素进行单因素和多因素的分析。结果 1242 例 AMI 患者平均年龄 63.0 岁,1/3 的患者年龄 < 55 岁。总病死率为 9.10%。37.9% 的患者进行了溶栓与急诊介入治疗,总再灌注治疗率 56.0%。住院期间药物使用率,硝酸酯类药 90.0%,阿司匹林 87.8%,肝素 88.7%, β 受体阻滞剂 73.4%,血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI) 77.6%,调脂药 43.6%,活血、益气中药静脉点滴 30.5%。多因素分析,可降低病死率的综合因素有再灌注治疗、调脂药物、静脉滴注中药、 β 受体阻滞剂、ACEI、低分子肝素和洋地黄。结论 北京地区 AMI 治疗距《指南》的要求尚有一定差距,应建立 AMI 再灌注治疗的绿色通道,规范地遵循《指南》从事医疗实践,深入探讨中医药在 AMI 治疗中的地位,是面临的重要课题。

【关键词】 心肌梗死; 治疗现状

Study on the therapeutic status of 1242 hospitalized acute myocardial infarction patients in Beijing
WANG Shuo-ren*, LIU Hong-xu, ZHAO Dong, LEI Yan, WANG Wei, SHANG Ju-ju, FANG Yu-tao,
SHI Zai-xiang, HUANG Yi, LI Qing-lang and Beijing Collaborative Study Group on Therapies Status
of Acute Myocardial Infarction. *The Center Laboratory of Chinese Medicine Internal Department of the
Ministry of Education, Beijing University of Chinese Medicine and Pharmacology Dongzhimen Hospital,
Beijing 100700, China

Corresponding author: WANG Shuo-ren, Email: doctor_wang@sohu.com; LIU Hong-xu, Email: LHX_@263.net

【Abstract】 Objective To investigate and analyze the therapeutic level and the existing problems on acute myocardial infarction (AMI) management in Beijing. **Methods** We collected clinic data of 1242 AMI patients from 12 hospitals in Beijing, from January 2000 to March 2001, using a uniformed questionnaire, and evaluated the status of the diagnosis and treatment of AMI according to the Chinese guidelines issued on December 2001. Corresponding factors which influencing the mortality were also analyzed by one-way factor and multiple factors analysis methodologies. **Results** The mean age of the 1242 AMI patients was 63.0 years old and about one third of them were under 55 years old. In hospitals, the total mortality was 9.10%. 37.9% of the patients had received therapy of the intravenous thrombolysis and emergency PCI with a total rate of reperfusion therapy as 56.0%. The in-hospital rates of drug use were as follows: Nitrates 90.0%, Aspirin 87.8%, heparin 88.7%, beta-blockers 73.4%, angiotensin converting enzyme inhibitors(ACEI) 77.6%, lipid regulating agents 43.6%. The rate of intravenous therapy of TCM by promoting the blood circulation and supplementing the vital energy was 30.5%. Results from multiple factors analysis showed that the compositive factors which could lower the mortality were reperfusion therapy, lipid regulating agents, intravenous therapy of TCM, beta-blockers, ACEI, lower molecule heparin and digitalis. **Conclusion** Data from this study showed that there still existed a gap between clinical management on AMI and the guideline in Beijing. To set up a straightway passage of reperfusion therapy, to become more standardized to follow the guideline in undertaking the medical treatment practice, and to go deep into discuss the status of TCM on AMI management seemed the important tasks we are facing.

【Key words】 Acute myocardial infarction; Currently status of therapies

基金项目:首都医学发展科研基金北京医学卫生科技联合攻关项目(2003-I-04)

作者单位:100700 北京中医药大学东直门医院 北京市重点实验室 中医内科学教育部重点实验室(王硕仁);首都医科大学附属北京中医医院(刘红旭、尚菊菊);首都医科大学附属安贞医院流行病学研究室(赵冬、王薇);中国中医科学院(雷燕);中国中医科学院广安门医院(房玉涛);卫生部中日友好医院(史载祥);北京市中西医结合学会(黄毅);北京市同仁医院(李清朗)

通讯作者:王硕仁, Email: doctor_wang@sohu.com; 刘红旭, Email: LHX_@263.net

目前急性心肌梗死(acute myocardial infarction, AMI)的发病特点和治疗措施都较二十世纪七八十年代发生了巨大变化。再灌注治疗成为 AMI 的重要治疗措施,药物治疗也有了更多的循证医学证据。目前 AMI 有何新的发病特点?其住院治疗现状如何?病死率和主要致死原因是什么?为回答上述问题,本研究对北京地区 12 家医院 2000 年 1 月至 2001 年 3 月的 1242 例 AMI 的病例进行相关分析,为使 AMI 的治疗进一步规范提供依据。

资料与方法

1. 研究样本:由中国中西医结合会心血管病专业委员会发起,北京 10 家三级甲等医院与 2 家二级甲等医院组成北京市 AMI 治疗状况调查协作组。以 12 家医院 2000 年 1 月 1 日至 2001 年 3 月 31 日出院所有 AMI 病例为调查对象,共 1242 例有效病历。调查方法由中国中西医结合会心血管病专业委员会制定。调查前,协作组各成员单位主要参加者对调查表内容逐一讨论、明确其定义内涵和填写表示法。

2. 研究方法:AMI 诊断与治疗评价标准采用 WHO 1979 年标准^[1]和 2001 年中华医学会心血管病分会《急性心肌梗死诊断和治疗指南》(《指南》)标准^[2]。全部调查问卷进行复核后,由北京安贞医院流行病学研究室对调查项目编码、建立 ACCESS 数据库。经过培训的专门录入人员 2 次计算机录入数据,并经差异逻辑法查错。数据交北京安贞医院流行病学研究室进行独立的数据分析。

3. 统计学分析:应用 SPSS 10.0 统计软件对三组以上计量资料进行 F 检验和 q 检验、计量资料进行 t 检验;计数资料进行 χ^2 检验。对于病死率与疾病一般影响因素和各治疗措施的关系分析,先采用逐一的单因素分析,后采用 logistic 回归进行多因素分析。

结 果

1. 一般状况:1242 例 AMI 患者平均年龄 63.0 岁 ± 12.2 岁,其中 10% 的患者年龄 ≤ 45 岁,25% 患者年龄在 46~55 岁,50% 患者 56~65 岁,15% 患者 > 65 岁。患者的一般临床情况及伴发疾病见表 1。

2. 心肌梗死部位、性质及造影结果:从心肌梗死部位来看,下壁及局限前壁者较多,占全部观察病例的 86.2%。Q 波伴 ST 段抬高者占全部观察病例的 75.7%。梗死部位及性质的频度分布见表 2。

表1 北京地区 12 家医院 1242 例 AMI 患者的一般临床情况及伴发疾病

临床情况	病例数	占全部病例的%	临床情况	病例数	占全部病例的%
男性	859	69.2	心功能异常		
女性	383	30.8	Killip I 级	733	50.0
高血压病	644	51.9	Killip II 级	295	23.8
糖尿病	298	24.0	Killip III 级	118	9.5
血脂异常	224	18.0	Killip IV 级	96	7.7
有脑梗死病史	133	10.7	各类心律失常	297	23.9
有脑出血病史	18	1.5	梗死后心绞痛	122	9.8

表2 1242 例 AMI 患者心肌梗死部位及性质的频度分布

心肌梗死部位	病例数	占全部病例的%
下壁	585	47.1
局限前壁	486	39.1
广泛前壁	223	18.0
后壁	211	17.0
右室	98	7.9
侧壁	86	6.9
Q 波伴 ST 段抬高	940	75.7
Q 波不伴 ST 段抬高	29	2.3
无 Q 波伴 ST 段抬高	77	6.2
无 Q 波不伴 ST 段抬高	146	11.8
心肌梗死性质不详	50	4.0

1242 例患者中 507 例进行了冠状动脉造影检查(占全部观察病例的 40.8%)。单支病变者 231 例(占全部造影病例的 45.6%,下同),双支病变者 145 例(28.6%),3 支或 3 支以上者 109 例(21.5%)。另有 18 例造影时未发现问题。冠状动脉造影所见有病理意义的狭窄(≥50%)、次全闭塞和完全闭塞的发生频度均以左前降支最高,右冠状动脉和左回旋支次之(表 3)。

表3 1242 例 AMI 患者冠状动脉主干及各分支狭窄程度频度分布

冠状动脉病变	冠状动脉左前降支	右冠状动脉	冠状动脉左回旋支	冠状动脉左主干
无狭窄	144	251	346	487
< 50% 狭窄	15	4	4	4
50%~74% 狭窄	52	49	35	9
75%~94% 狭窄	129	69	55	6
95%~99% 狭窄	72	46	23	0
完全闭塞	95	88	44	1

注:表内数据为例数

3. 再灌注治疗:

(1)溶栓治疗:静脉溶栓 299 例,占调查病例总数的 24.1%;明确再通者 182 例,再通率 60.9%。

使用重组组织型纤溶酶原激活剂 113 例(占静脉溶栓患者总数的 37.8%,下同),链激酶治疗 11 例(3.7%),尿激酶治疗 155 例(51.8%)。其他药物治

疗或记录不详 20 例。

距发病 < 3 h 溶栓者 81 例(占时间记录明确病例总数 247 例的 32.8%, 下同), 3~6 h 88 例(35.6%), 6~12 h 54 例(21.9%), 12~24 h 18 例(7.3%)。对照《指南》, 222 例病例符合 I 类指征, 28 例符合 II a 类, 21 例符合 II b 类; III 类者 3 例。

未溶栓原因分析, 超时病例 444 例(占应该溶栓患者的 58.7%)、禁忌证 165 例、心电图 ST 段未升高 102 例、原因不详 94 例、家属拒绝 13 例。其他病例分别为 ST 段回落 13 例、自溶 2 例、PTCA 治疗 110 例。

(2) 介入治疗(PCI): PCI 共 397 例次, 占调查病人总数的 32.0%; 其中急诊 PCI 172 例(13.9%)、延迟 PCI 225 例。介入再通 337 例, 再通率 84.9%。

溶栓及急诊 PCI 治疗累计 471 例, 早期再灌注治疗率 37.9%。总再灌注治疗率(包括溶栓及 PCI 治疗) 56.0%。

4. 药物治疗: 应用硝酸酯类患者占全部观察病例的 90.0%, 阿司匹林占 87.8%, β 受体阻滞剂占 68.0%, 血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI) 占 69.6% (表 4)。

表 4 1242 例 AMI 患者应用心肌梗死药物治疗情况

应用药物	病例数	实际使用百分率(%)
硝酸酯类	1118	90.0
阿司匹林	1091	87.8
肝素	1102	88.7
普通肝素	202	16.3
低分子肝素	900	72.5
β 受体阻滞剂	845	73.4*
ACEI	865	77.6#
ARB	15	1.2
调脂药	541	43.6
钙阻滞剂	268	21.6
洋地黄	135	14.1
极化液	243	19.6
各类抗心律失常药	111	8.9
I 类抗心律失常药	79	6.4
II 类抗心律失常药	9	0.7
III 类抗心律失常药	22	1.8
IV 类抗心律失常药	2	0.1

* 未使用 β 受体阻滞剂的 397 例中, 有禁忌证者 71 例, 情况不详者 20 例, 实际使用患者占应使用患者的 73.4% (845/1151); # 未使用 ACEI 患者中明确记录禁忌证者 127 例, 实际使用患者占应使用患者的 77.6% (865/1115)

1242 例 AMI 患者在所有中医医院和部分西医院使用了中药治疗, 379 例患者接受了中药静脉制剂点滴治疗。使用频度高的前 6 种静脉制剂: 川芎嗪、生脉饮(含参生脉、参麦注射液)、血塞通或血栓通、丹参、复方丹参和葛根注射液。中药静脉制剂

单独或组合成三大类治法: 益气法(55 例)、活血法(212 例)和益气活血法(112 例)。其他中药治疗还包括中药汤剂和口服成药。

5. AMI 患者住院期间病死率的影响因素分析: 1242 例 AMI 患者中共发生 113 例死亡, 总病死率 9.1% (包括 < 24 h 死亡)。其中心源性死亡 91 例, 非心源性死亡 13 例, 情况不详死亡者 9 例。

(1) 与死亡相关的一般临床资料的单因素分析: ① 年龄与病死率: 40 岁以下和 60 岁以上年龄段的 AMI 病死率高, 与 40~59 岁年龄段 AMI 病死率的差异有统计学意义 ($P < 0.0001$), 见表 5。② 性别与病死率: 859 例男性患者中 61 例死亡, 病死率 7.1%。383 例女性患者中 52 例死亡, 病死率为 13.6%。男女性别的病死率的差异有统计学意义 ($\chi^2 = 12.632, P < 0.0001$)。③ 并发症、伴随疾病与病死率: 在本研究中 AMI 病死率与心律失常、Killip 分级有关, 与梗死后心绞痛无关。脑卒中病史与 AMI 病死率有显著相关(表 6)。

表 5 AMI 患者病死率与发病年龄的关系

项目	年 龄 组 (岁)					
	<40	40~	50~	60~	70~	≥ 80
非死亡比例(%)	37 (92.5)	167 (98.8)	207 (97.6)	376 (91.9)	285 (85.3)	57 (73.1)
病死率(%)	3 (7.5)	2 (1.2)	5 (2.4)	33 (8.1)	49 (14.7)	21 (26.9)

注: 括号外数据为例数

表 6 AMI 患者病死率与并发症的关系

并发症	例数	死亡例数	病死率(%)	χ^2 值	P 值
心律失常					
无	945	50	5.3	58.96	< 0.0001
有	297	63	21.2		
心功能异常				250.21	< 0.0001
Killip I	733	11	1.5		
Killip II	295	23	7.8		
Killip III	118	19	16.1		
Killip IV	96	60	62.5		
梗死后心绞痛				0.001	0.570
无	1120	102	9.1		
有	122	11	9.0		
脑卒中病史				6.91	0.010
无	1109	92	8.3		
有	133	21	15.8		

(2) 病死率与各项治疗措施的单因素分析: 将再灌注治疗、药物治疗逐一与病死率进行 χ^2 检验, 结果: 普通肝素和钙拮抗剂未产生使 AMI 病死率显著改变的作用。未区分心衰与否时使用利尿剂及洋地黄的 AMI 患者病死率显著高于不用者; 其他治疗则在单因素分析中都具有降低病死率的作用(表 7)。

表7 AMI 患者病死率与各治疗措施的单因素分析

治疗措施	使用情况	病死例数	χ^2 值	P 值
溶栓	未通	10(9.7)	13.9	0.003
	再通	6(3.3)		
介入	未通	7(14.3)	50.4	<0.0001
	再通	4(1.2)		
硝酸酯类	未用	25(20.2)	16.2	<0.0001
	使用	88(7.9)		
阿司匹林	未用	50(33.1)	83.8	<0.0001
	使用	63(5.8)		
β 受体阻滞剂	未用	84(21.2)	94.8	<0.0001
	使用	29(3.4)		
ACEI	未用	68(18.0)	47.6	<0.0001
	使用	45(5.2)		
极化液	未用	79(7.9)	7.9	<0.003
	使用	34(14.0)		
普通肝素	未用	95(9.1)	0.01	1.000
	使用	18(8.9)		
钙拮抗剂	未用	94(9.7)	1.8	0.230
	使用	19(7.1)		
洋地黄	未用	97(8.1)	23.8	<0.0001
	使用	16(34.0)		
利尿剂	未用	65(6.3)	45.3	<0.0001
	使用	48(22.6)		

注:括号内数据为病死率(%)

(3)多因素分析:将再灌注治疗、药物治疗及患者一般资料代入 logistic 回归统计模型中进行多因素综合分析。结果:AMI 病死率升高的影响因素有(以危险度从高到低排序)心功能不全、脑卒中病史、急性期心律失常、梗死部位和年龄。病死率降低的影响因素有(以危险度由低到高排序)再灌注、调脂药物、静脉滴注中药、 β 受体阻滞剂、ACEI、低分子肝素(表 8)。

表8 AMI 患者病死率与影响因子的多因素分析

因素	β	P 值	OR 值 Exp(β)	OR 值 95% CI
心功能	1.389	0.000	4.001	3.221~4.995
脑卒中	1.007	0.012	2.738	1.165~3.544
心律失常	0.623	0.034	1.865	1.047~3.319
梗死部位	0.343	0.110	1.409	0.926~2.145
性别	0.147	0.616	1.158	0.946~2.303
年龄	0.033	0.000	1.034	1.002~1.066
再灌注治疗	-0.922	0.008	0.398	0.201~0.787
调脂药物	-0.791	0.049	0.453	0.177~0.475
中药静脉制剂	-0.633	0.027	0.531	0.303~0.930
β 受体阻滞剂	-0.603	0.000	0.565	0.341~0.934
ACEI	-0.548	0.064	0.578	0.324~1.032
低分子肝素	-0.531	0.046	0.588	0.349~0.991
洋地黄	-0.529	0.152	0.589	0.268~1.214

讨 论

北京地区上一次 AMI 治疗状况调查是在 20 世纪 90 年代初期。此后 10 年间静脉溶栓技术已经普及,急诊 PCI 在北京多家综合医院的心脏中心得以开展,AMI 的治疗已经全面进入再灌注时代。药物治疗也有了更多的循证医学证据。本次调查反映了

近年北京地区 AMI 的发病、治疗及病死率诸方面的特点。

北京地区 AMI 发病呈现年轻化的特点。本调查 1242 例 AMI 患者平均年龄接近 63 岁,10% 患者年龄在 45 岁以下,25% 患者年龄为 46~55 岁,即 1/3 的 AMI 是中青年人。这一特点在男性患者中更为突出。

北京地区 12 家医院 AMI 患者住院期间总病死率的平均数是 9.10%,这一数值明显低于北京市 20 世纪 70 年代初的死亡率 23.20%^[3]、80 年代初的 11.1%~13.70%^[4] 和 90 年代初 10.8% 的水平^[5]。死亡年龄以 40 岁以下和 60 岁以上年龄段为高。

分析 AMI 患者住院期总病死率进一步降低的原因,再灌注治疗具有重要的意义。80 年代初北京地区仅见静脉溶栓个案病例报告,本次调查有 24.07% 患者进行了静脉溶栓治疗、31.96% 的病例或进行急诊 PCI(172 例)或延迟 PCI(225 例),合计再灌注治疗达 56.03%。本组适宜溶栓而超时者 444 例,是已溶栓病例的 1.48 倍。该结果提示:提高 AMI 病例早期就诊率有助于提高再灌注治疗率,AMI 病死率将会进一步降低。

在本研究中,北京地区 12 家医院 AMI 患者急性期 ACEI 的实际使用率为 77.58%, β 受体阻滞剂实际使用率为 73.41%。这些数字显示参加调查研究的北京市医院在 AMI 急性期 ACEI 和 β 受体阻滞剂的使用与指南比较尚存在一定差距。对于本次临床流行病学工作中,发现的影响病死率降低的前 2 位和 3 位因素(调脂药物、静脉滴注中药)将会对临床药理和实验药理工作有积极的影响。

从以上调查结果看,再灌注治疗已成为 AMI 治疗和降低病死率的重要手段,建立 AMI 再灌注治疗的绿色通道仍是我们面临的重要课题。AMI 的治疗现状与我国《指南》和国际间循证医学的证据尚存在一定差距,完整、规范地按照我国《指南》从事医疗实践也是当前重要的任务。深入探讨中医药在 AMI 治疗、特别是再灌注治疗中的地位,是中西医结合医学重要的研究方向。本研究作为回顾性横断面调查,不可避免地存在抽样误差和回顾偏倚,部分调查信息不完整。进一步组织多中心前瞻性研究,对 AMI 治疗具有更重要的临床指导意义。

[北京地区急性心肌梗死治疗状况调查协作组、首都医科大学安贞医院(吕树铮、刘文娟)、首都医科大学友谊医院(贾三庆、董晓冬、杨芳)、人民医院(蒋宝琦、吴彦)、卫生部中日友

好医院(贾海忠、严刚、王铁民)、首都医科大学北京中医医院(金玫、易京红)、中国中医研究院西苑医院(雷燕、张晓林、陆曙)、北京门头沟医院(付桂琴、陈凤欣、吴芬芳)、北京市中西医结合医院(吴红金、鲁燕鸣、姚全)、空军总医院(胡锦涛、刘朝中、王建昌)、中国中医研究院广安门医院(高改地、商秀洋)、北京中医药大学东直门医院(鲁卫星、李玉峰、刘玉庆)、海军总医院(石湘芸)给予大力支持协作,一并致谢]

参 考 文 献

1 国际心脏病学会和协会,世界卫生组织临床命名标准化联合专题组. 缺血性心脏病的命名及诊断标准. 中华内科杂志, 1981, 20: 254-256.

- 2 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病学杂志编辑部委员会, 中国循环杂志编辑部委员会. 急性心肌梗死诊断和治疗指南. 中华心血管病杂志, 2001, 29: 710-725.
- 3 北京地区冠心病协作组. 北京地区急性心肌梗死 1972-1983 年住院病例的临床概况及发病趋势监测. 中华心血管病杂志, 1985, 13: 162-165.
- 4 陶寿淇. 中华医学会第二届全国心血管病学术会议纪要. 中华内科杂志, 1983, 22: 710-713.
- 5 陈在嘉, 徐义枢, 孔华宇. 临床冠心病学. 北京: 人民卫生出版社, 1994. 45-46.

(收稿日期: 2006-04-13)

(本文编辑: 张林东)

· 疾病控制 ·

河北省邱县发育性髋关节脱位的社区筛查及流行病学调查

刘杰 武保志

发育性髋关节脱位 (developmental dysplasia of the hip, DDH) 是导致儿童肢体残疾的主要疾病之一, 对儿童健康影响较大, 如能做到早期诊断、治疗, 临床效果满意。该病的发生率世界各地有较明显差别, 我国目前没有完整的统计资料。河北省邱县有将婴儿置于土布袋中养育的生活习惯, DDH 患儿相对较多, 笔者利用儿童集中免疫接种的时机, 在社区中进行 DDH 筛查, 进行流行病学分析。

1. 资料与方法: 本次调查河北省邱县 2 个乡中 2 月龄至 3 岁儿童 2241 名, 其中男 1133 名, 女 1108 名。进行性别、年龄、胎次、育儿习惯的统计。询问儿童性别、年龄、胎次、育儿习惯(是否使用土布袋), 再由小儿骨科医师根据患儿步态、髋关节外观、Allis 征及 Ortolani 征等临床查体进行初步筛查, 再进一步行 X 线检查确认是否患 DDH。

2. 结果: 本次调查儿童 2241 名, 发现患儿 19 例, 包括本次调查发现及原诊断患 DDH 患儿, 均为单侧, 患病率 8.48%。男性 1133 名, 患病 7 例, 患病率 6.18%。女性 1108 名, 患病 12 例, 患病率 10.83%。因当地使用土布袋育儿大约至儿童 9 月龄时止, 故年龄设计分两组。第 1 组 2 月龄至 1 岁共计 842 名, 患病 9 例, 患病率 10.69%; 第 2 组 1~3 岁合计 1399 名, 患病 10 例, 患病率 7.15%。第一胎出生 1587 名, 患病 14 例, 患病率 8.82%; 第二胎出生 654 名, 患病 5 例, 患病率 7.65%。育儿习惯中使用土布袋的 1027 名, 患病 14 例, 患病率 13.63%; 不使用土布袋的 1214 名, 患病 5 例, 患病率 4.12%。

3. 讨论: 根据文献报道^[1], 上海市妇产医院调查的 DDH 患病率约为 0.91%, 北京地区为 3.8%, 沈阳市某医院为 1.75%, 香港地区为 0.07%, 河北省邱县的患病率明显高于

文献报道, 提示有特殊原因。文献报道^[1], 地区与种族间该病的发病率有很大差别, 这与遗传因素、环境影响和生活习惯有关; 习惯背婴儿的民族该病发生率低, 喜欢用捆绑方法的民族, 使新生儿髋关节固定于伸展、内收位, 其发生率明显增高, 如我国汉族的习惯。根据本文调查结果进行统计学分析, 使用土布袋育儿习惯的人群 DDH 患病率明显高于不使用土布袋的人群 ($P < 0.05$)。笔者查看了土布袋并询问育儿习惯, 发现土布袋的宽度小于患儿双髋外展屈膝的宽度, 患儿髋关节在袋中处于伸展、内收位, 不能完成外展, 髋关节不能稳定发育, 导致该病发生。单侧患病多见是由于正常一侧髋关节在袋中尚能保持外展, 而患侧髋关节在袋中处于伸展、内收位, 无法正常发育, 导致该病发生。随着年龄的增长, 脱位侧髋白的前倾逐渐加重, 提示 DDH 应早诊断、早治疗, 以阻止髋白的前倾进行性加重^[2]。而不同性别、年龄、胎次的人群, DDH 患病率差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。笔者考虑可能是因为当地使用土布袋育儿将许多出生时髋白深度浅、髋关节不稳定的病理状态加重^[1], 极易导致患 DDH, 使其与不同性别、年龄、胎次的关系被掩盖, 或者是与本次调查的阳性样本量小有关系。婴幼儿期是髋关节发育和稳定的关键时期, 因此应尽早恢复头白的同心关系, 恢复髋关节正常的生物力学作用, 使髋关节的病理改变在小儿的快速生长期得以纠正^[3]。

参 考 文 献

- 1 吉士俊, 潘少川, 王继孟. 小儿骨科学. 济南: 山东科学技术出版社, 2000. 142-143.
- 2 李连永, 赵群. 幼儿发育性髋关节脱位髋白病理形态的三维 CT 研究. 中华小儿外科杂志, 2005, 26: 572.
- 3 吉士俊, 马瑞雪, 刘卫东. 努力实现发育性髋关节的新生儿筛查及预防. 中华小儿外科杂志, 2003, 24: 199-200.

(收稿日期: 2006-08-31)

(本文编辑: 张林东)

作者单位: 056002 河北省邯郸市第一医院骨科(刘杰); 河北省邱县且寨乡卫生院骨外科(武保志)