维普资讯 http://www.cqvip.com

素用量为4mg/100ml预充液，根据激活凝血时间（ACT值）监测肝素化水平。抑肽酶用法：成人用量300万KIU，小儿用量10～15万KIU/kg，全身麻醉后，成人用5%葡萄糖注射液或生理盐水100ml加入100万KIU抑肽酶静脉滴注，200万KIU稀释后加入预充液中，小儿用法相同，预充液中加入抑肽酶的量为静脉滴注量的2倍，并观察记录肝素及鱼精蛋白用量，术中ACT值，总输血量和血浆量，术后24小时胸腔引流量。

二、结果

治疗组与对照组进行比较，其年龄、体重、病种，氧合器类型，总转流量及主动脉阻断时间和手术方法均无差异，治疗组输血量和输血浆量，术后胸腔引流量均较对照组少，有明显差异，$P<0.05$，见附表。

附表 对照组和治疗组病人各项指标对比（$\bar{x}\pm s$）

组别	肝素（mg）	鱼精蛋白（mg）	ACT值（秒）			术后24小时胸腔引流量（ml）	输血量（ml）	输血浆量（ml）
			肝素化前	肝素化中	中和后			
对照组	190.6±14	247±15	128±10	680±42	139±11	277 ±26	421.2	40
治疗组	189.4±13	245±14.3	128±10	782±46	121±6	205.6±32	151.1	10

总输血量和输血浆量分别减少至对照组的35%和25%，术后24小时胸腔引流量比对照组减少20%，用抑肽酶后，ACT时间延长。

三、讨论

抑肽酶是一种多肽类蛋白酶抑制剂，与血浆蛋白酶包括胰蛋白酶，纤溶酶，激肽释放酶等多种蛋白酶的血浆活性点可逆地结合使之失活。研究证实，用抑肽酶可减少术中、术后出血量的35～40%[1]，抑肽酶通过保护血小板的粘附、聚集功能，减少血小板的活化等途径来缩短出血时间，故CPB前、中使用抑肽酶可明显减少术后出血和输血量。抑肽酶与肝素有协同作用。可使ACT时间延长，但不增加肝素与鱼精蛋白的用量，即能充分抗凝又保护健全的凝血功能。现体外循环术中常规使用大剂量的抑肽酶，有个别病人出现过敏反应，在用药前应做皮试，其方法：取原液1ml用生理盐水稀释至6ml，取其中1ml（1600KIU）皮下注射，观察皮肤反应，阴性者方可应用[2]。抑肽酶在CPB中成人剂量为300万KIU，小儿为10～15万KIU/kg。分别用于静脉滴注1/3量，体外循环机预充液中加入2/3量。自大剂量抑肽酶用于CPB后，病人可出现过敏反应，主要表现为皮肤潮红或皮疹、支气管痉挛，气道压力升高，血压下降，严重者可致休克。输注时若出现过敏反应，应停止给药，进行急救处理，如应用肾上腺素，肾上腺皮质激素和扩容治疗。使用抑肽酶组术后24小时胸腔引流量，输血和输血浆量减少，证实了应用抑肽酶确实达到了减少失血及输血量的最终目的。

参考文献

1.杨天宇，等.血小板获得性损害与体外循环出血并发症.《国外医学》麻醉学与复苏分册，1997，3(18)：137.
2.张东亚. 心血管术中应用大剂量抑肽酶的严重不良反应—过敏.《国外医学》麻醉学与复苏分册，1997.3(18)：135.

（收稿：1998－12－07）

113－114 异位妊娠 诊断 治疗 20

132例宫外孕临床分析

耿 蕾* R714.22

宫外孕是妇科临床常见的急腹症，其发病率逐年上升。我院自1995年1月～1997年12月间共收治宫外孕132例，现就临床诊治结果回顾总结，就宫外孕发病主要因素及误诊情况进行分析和探讨。

一、临床资料

1.发病率：3年间我院分娩总数为9180例，各年分别为2896例，3114例，3170例。各年宫外孕发病率分别为1.38%(40例)，1.41%(44例)，1.51%(48例)。其

* 作者单位：25000 山东省淄博市妇幼保健院

维普资讯 http://www.cqvip.com

总发病率为1.44%(132例)。年龄在20~47岁之间,其中25~35岁发病率最高,平均年龄30.8岁。

2.与宫外孕发病的有关因素:有流产史者80例,占60.6%,最多流产4次;置宫内环者46例,占34.1%;盆腔炎或附件炎者30例,占22.7%;双侧输卵管结扎术后4例,占3.03%;二次宫外孕6例,占4.55%;有手术史(剖宫产或肌瘤挖除术)6例,占4.55%。

3.诊断:132例宫外孕除依据病史、症状、体征外,并选用以下辅助检查:(1)尿酶标HCG检查阳性110例,可疑阳性18例。其中10例在发病前检查阳性而误诊早孕行人工流产术。(2)B超提示附件区包块126例,见妊娠囊者86例。(3)阴道后穹窿穿刺12例,阳性10例。(4)诊断性刮宫3例,病检报告蜕膜组织而怀疑宫外孕,住院观察并确诊。

4.误诊情况:误诊为早孕10例,先兆流产2例,阑尾炎4例,急性盆腔炎6例,腹痛原因待诊10例。

5.治疗:手术108例,中西医结合保守治疗24例。手术患者切除患侧输卵管者72例;患者附件切除10例;卵巢楔形切除16例。其中二次宫外孕手术因患者未生育,行输卵管修补术1例。手术中出血最多者3000ml,平均900ml。手术患者均病理证实为宫外孕。本组病例无1例死亡,手术病例住院平均8天。

二、讨论

1.宫内环与宫外孕的关系:宫内节育器是否会引起宫外孕,是一个人们关注和争论的问题。近年来,宫内环与宫外孕发病率的关系,已引起国内外重视。实际上,随着宫内环的广泛应用,宫外孕的发生率增高。本文资料显示带器妊娠率34.1%。有学者电镜观察宫内节育器妇女的输卵管粘膜,发现其纤毛细胞明显减少,分泌细胞增多,且有大量白细胞浸润[1],形成输卵管炎,为其发病机理,因此,积极防治置宫内环妇女的输卵管炎,是减少宫外孕发病率的重要因素。

2.反复流产与宫外孕的关系:本资料显示发生宫外孕病人有流产史者80例,占60.6%,最多流产4次。该80例病人术中见输卵管增粗或迂曲,呈慢性炎者64例。因流产后女性生殖道抵抗感染的生理防御功能减弱,阴道正常酸性因阴道流血而改变;颈管轻度扩张;蜕膜剥脱后扩张的血窦及凝血块为良好的细菌滋生地;因此,流产后如不注意卫生或有性生活,细菌极易经粘膜上行,引起输卵管内膜感染[2],最终导致宫外孕发生。做好各年龄阶段女性的生殖健康教育,减少人工流产次数,可降低宫外孕的发病率。

3.重复异位妊娠:本文中二次宫外孕并手术者6例,属重复异位妊娠[3]。该6例病人均于第1次宫外孕切除患侧输卵管术后2~4年内发病。此类病人治疗原则与异位妊娠相同,但贵在预防。因此对于宫外孕患者无生殖要求者应切除患侧输卵管同时结扎对侧输卵管,达到长期避孕的目的。本文中对侧输卵管结扎后仍有4例患者再次宫外孕,均为院外行双侧输卵管结扎术,术后1~3年内患病。虽然输卵管结扎为小手术,但仍应予以重视,由有经验医师进行。输卵管结扎术式有40多种,但常用者为输卵管峡部抽芯包埋法。

4.误诊分析:误诊较常见的是早孕而行人工流产术。既增加了病人痛苦又可能延误宫外孕的诊治。因此,对于有停经史,查尿酶标阳性的病人不应盲目诊断为早孕而行人工流产术。对于妇科检查不符合月份者应行B超检查。B型超声为无创伤性检查,操作简便,直观性强。对于行人工流产术时未查见绒毛者,应补查B超排除宫外孕方可怀疑漏吸。同时应做好随诊。对于异常腹痛或长期少量阴道流血者应警惕宫外孕。对于以腹痛而就诊于其他科室的女性病人,首诊医师应仔细询问月经来潮与否,并酌情检查尿酶标HCG,必要时请妇科医师会诊。

参考文献

1.郑怀美.妇产科学.第3版.北京:人民卫生出版社,1992,100.
2.苏应宽,徐增祥,江森.新编实用妇科学.山东:科学技术出版社,1994,308.
3.石一复.重复异位妊娠.实用妇产科杂志,1996,4:184.

(收稿:1999-01-04)