维普资讯 http://www.cqvip.com

2 结果

所有使用爱母乐牌MCu功能性宫内节育器妇女,1个月、3个月、半年、1年分别复诊,适应率达100%,避孕率达100%,副作用轻,术后阴道流血不超过5 d,量少,无血块。1例当月经期出现阴道流血量较多(超月经量),经门诊输液观察,抗炎治疗或使用止血药物3 d后好转,第2、3个月通过电话回访月经量正常。2例术后2~3 d出现腹痛情况,尚能忍受,未作特殊处理好转。未发现脱落及带环受孕现象。

3 讨论

已婚育龄妇女无禁忌证,自愿选用宫内节育器避孕者都可选用该种避孕方法。患者宫颈松驰及有陈旧性裂伤或使用其它宫内节育器频脱,有其他不适应情况者均可试用,适应后可终身不取。"爱母乐"表面光滑,支架纤细,可减轻对子宫内膜的刺激,降低出血和疼痛的副反应,阴道流血时间短,因此出现因上环而引起的盆腔炎、宫颈炎的机率相对减少,取环后易恢复生育能力。爱母乐牌MCu功能性宫内节育器是以子宫活动力学原理为设计路线研制而成的一种抗排斥、优质长效、副反应轻微的宫内节育器。"爱母乐"可以在人体温度范围内保持原有形状并具有超弹性,不易变形,耐腐蚀,抗疲劳,良好的组织相容性功能。同时,它两臂端固定的铜粒,被盖置到两子宫角处,在宫腔高部位释放铜离子并布满宫腔有效地干扰精子进入和胚胎着床,避孕效果良好。

由于"爱母乐"属支架式环,弹性好,体积小,一般不需扩张宫颈就能很顺利放置,受术者痛苦小。如宫颈过紧,也只需适当扩张到4.5号就能放置,而其它节育器一般都要扩到6.5号左右,这样相对减轻了受术者的痛苦。取出时,由于支架纤细宫颈扩张不需太大,使用环勾、环钳都易取出,相对也会缩短取环时间,同样达到减轻疼痛的效果。放置后同样利用B超、X光复查,方便易行。

严格排除使用"爱母乐"的禁忌证,术前做好妇科检查,阴道清洁度化验及相关的其它实验室检查,必要时作全身体格检查。放置前必须执行"告知制度"及签"手术自愿书",告知患者可能出现的问题。术中严格无菌操作,轻柔、准确的将爱母放置于宫腔内。监测生命征,有异常时及时处理。术后可能出现下腹不适或轻微出血,属正常现象,5~7 d后自然好转,如果症状持续时间较长或较重,应及时就诊。放置后2周内禁止性生活及盆浴,可淋浴。1月后复查B超了解放置是否正确,如发现放置位置错误应及时处理。术后3个月、半年和1年随访复查1次,以后每年1次。

(编辑:朱志立)

老年退行性心脏瓣膜病的诊治体会

姜青文[1],于守宏[2] (1.鞍山市双山医院;2.鞍山市曙光医院,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 心脏瓣膜病;退行性;诊治
[中图分类号] R 654.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)02-0139-02

老年退行性心脏瓣膜病(又称老年行性心脏瓣膜钙化性瓣膜病)是随年龄增长而表现的心脏瓣膜老化、退行性病变和钙质沉积所引起的老年性疾病,容易导致心律失常、心衰甚至猝死。现将我院2000年至2007年收治的184例老年退行性心脏瓣膜病的诊治体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者184例,其中男104例,女80例,年龄60~87岁。病人科室分布情况:心内科92例;呼吸内科28例;神经内科44例;外科19例;妇科1例。

1.2 方法

首先排除其他原因的心脏瓣膜病,经超声、心电图检查及临床资料(如高血压、冠心病病史等)进行综合分析。超声心动机进行心脏各瓣膜超声检查。判断标准:心脏各瓣膜增厚并发现有钙盐沉积者即可确诊为老年退行性心脏瓣膜病。

[收稿日期] 2007-11-08 [修回日期] 2007-12-15

2 结果

184例中发生于主动脉瓣68例(占37%);二尖瓣26例(占14%);三尖瓣18例(占10%);肺动脉瓣1例(占0.5%);其中还有7例同时发生于主动脉瓣和二尖瓣(占3.8%)。年龄与老年退行性心脏瓣膜病的关系成正比,即年龄越大发病率越高;在高血压和冠心病的人群中,该病发病率较高。

3 讨论

老年退行性心脏瓣膜病是随年龄增长而表现的心脏瓣膜老化、退行性变和钙质沉积所致的心瓣膜病。分析其病因,首先从机械因素看,可能与高血压有关。当高血压时,心脏主动脉瓣承受压力较大,易使瓣膜上胶原纤维断裂,裂隙中利于钙盐沉积进而造成瓣膜钙化与硬化,最终使瓣膜老化增厚,使其功能异常,如主动脉瓣关闭不全或狭窄,并由此而产生的一系列病理生理改变,临床表现有心律失常、传导阻滞以及晕厥、心衰、猝死等。从本组资料看,发生本病的人群中以高血压为最多并且大部分发生于主动脉瓣膜,也说明了这一问题。老年退

维普资讯 http://www.cqvip.com

行性心脏瓣膜病还与动脉粥样硬化相类似的特征,即心脏瓣膜钙化与中央及周围的动脉粥样硬化具有相似的过程。此外,当钙磷代谢异常,长期患慢性肺病部疾病等也都促使老年退行性心脏瓣膜病的发生。

超声心动图是诊断老年退行性心脏瓣膜病的可靠方法。由于该病早期无症状,临床检验又无特异性,故诊断的可靠方法是进行超声检查。此项检查不仅能确定病变的部位,还可确定病变的严重程度,尤其在高血压和冠心病的人群中进行超声检查,能够根据心脏形态、结构及功能的改变情况来评价病情变化及预后情况,指导医生治疗。由于老年退行性心脏瓣膜病的发生与高血压和动脉粥样硬化有一定关系,长期患慢性肺部疾病是该病的促发因素。所以,预防该病必须从早期治疗开始。对已经发生老年退行性心脏瓣膜病,应保持良好心态,避免各种因素的刺激,平时不可剧烈运动和酗酒,可适当做轻微的体育活动和吸氧,努力改善肺功能,在饮食方面应多食新鲜疏菜和水果,主食以碳水化合物为主,少用高蛋白高脂肪食物,定期到医院复查心脏彩超,并在医生的指导下用药。

(编辑:左艳芳)

晶体半脱位白内障的手术方法探讨

吕 品 (鞍山市双山医院眼科,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 白内障;手术;人工晶体植入
[中图分类号] R779.66 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)02-0140-01

眼球钝力伤致晶体半脱位而发生晶体浑浊的病例在临床上并不少见,散瞳后在裂隙灯下检查不难确诊。自1996年起,我院对晶体半脱位的白内障患者,采取现代白内障囊间摘除联合后房型人工晶体植入手术,未见远期明显并发症,在一定程度上,可避免前部玻切所产生的并发症和不必要的经济负担,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组19例钝力伤所致晶体半脱位白内障患者,男16例,女3例;年龄20~61岁,平均年龄48.5岁。晶体悬韧带断裂均不超过180°,所有病例晶体脱位部分均向后倾,2例伴玻璃体脱入前房。下方脱位10例,鼻侧脱位4例,颞侧脱位6例。

1.2 手术方法

手术在球后麻醉下进行,做上方宽2 mm巩膜遂道切口,前房注透明质酸钠0.2 mL,行2~10点位一字截囊,水分离晶体核,使核松动,透明质酸钠从晶体核的边缘注入晶体核的后方,使晶体核与后囊膜之间形成一个空隙,将晶体圈匙伸入核的后方与晶体核一起缓缓拉出。冲洗残留晶体皮质,再次注入粘弹剂于囊袋内。将人工晶体植入囊袋内,不能转动,撕出前囊膜,吸出前房内透明质酸钠,缝合伤口[1]。有3例患者术前检查前房角粘连大于180°,故又联合小梁切除术。

2 结果

20例晶体悬韧带断裂,晶体半脱位白内障患者经晶体囊间摘除联合囊袋内人工晶体植入,术后人工晶体位置略向后倾斜者15例,但光学部分在瞳孔区,并未形成单眼复视;功能位置后倾2例;水平方向脱位者人工晶体左右偏斜3例,因前房有少许玻璃体所致。术后2周内2例有一过性高眼压,经20%甘露醇250 mL静滴,噻吗洛尔滴眼液每日2次点眼,眼压逐渐恢复正常。术后矫正视力:0.1者3只眼,0.2者9只眼,0.3者7只眼,0.5者1只眼。

3 讨论

晶体半脱位白内障截囊时应以水平划开前囊膜为宜,避免开罐式截囊,这样可使悬韧带不至于再断裂,防止玻璃体脱出前房或眼外。囊袋内注吸皮质时,由于悬韧带有部分断裂,易使囊袋收缩面加大悬韧带断裂,故注水时要使水流量小些,慢慢吸出囊袋内皮质。植入人工晶体前,囊袋内粘弹剂要充满,使袋口张开,植入人工晶体必须一次性植入上袢,不能在袋内转动人工晶体,否则囊袋脱位,人工晶体脱入玻璃体。下方晶体悬韧带断裂者行人工晶体植入术后,均有下方后倾,但无大碍,上方悬韧带健全,则起到悬吊作用。如上方悬韧带断裂,则因人工晶体重力关系,会发生下沉、脱位。本组无上方悬韧带断裂病例[2-3]。本文所采用的晶体囊间摘除外伤性白内障为半脱位晶体患者植入后房型人工晶体。术式简单易行,避免前部玻璃体切割带来的麻烦和诸多并发症,适合在基层医院推广实施。

[参考文献]

[1] 陈茂盛,孙 勇,姜 德,等.晶体半脱位白内障手术治疗的临床探讨[J].中华眼科杂志,2003,39(11):683-685.
[2] 卢 奕,陆国生,熊 瑛.人工晶状体置换术的疗效观察[J].中华眼科杂志,2002,38(11):670-673.
[3] 罗莲珍,刘建英,罗 伟,等.小切口白内障摘除联合人工晶体状体植入术围手术期护理[J].局解手术学杂志,2006,15(3):214-215.

(编辑:蒋登金)

[收稿日期] 2007-11-23 [修回日期] 2008-02-22