维普资讯 http://www.cqvip.com

尿激酶静脉溶栓治疗 20 例急性心肌梗塞

朱英杰*

近年来,对于老年患者急性心肌梗塞(AMI)普遍开展溶栓治疗尚有争议。我院自 1997 年 7 月至 2000 年 7 月对用尿激酶静脉溶栓治疗发病在 6h 以内的 AMI 患者进行对比观察。

一、资料与方法

1.病例选择:老年组 30 例,男 18 例,女 12 例,年龄 65~85 岁,平均(71.2±4.2)岁。非老年组 30 例,男 18 例,女 12 例,年龄 35~64 岁,平均(55.2~4.8)岁。两组患者除年龄差异有显著性意义($P<0.01$)外,其他各项差异均无显著性意义。

2.病例入选和冠脉再通标准均参照中华心血管病杂志编委会推荐方案,并除非溶栓禁忌证,但年龄不设上限。均选用国产尿激酶(广东天普制药有限公司)150 万 U 溶于生理盐水 100ml, 30min 内静脉滴入,同时均辅以口服阿斯匹林或皮下肝素及常规治疗。

二、结果

在开始输注尿激酶溶栓剂的 2h 内,老年组疼痛明显减轻者 23 例(77%),非老年组 24 例(80%)。老年组 S-T 段回降≥50%者 22 例(73%),非老年组 23 例(77%)。老年组心肌酶峰值前移者 19 例(63%),非老年组 18 例(60%)。而老年组出现再灌注心律失常者 24 例(80%),非老年组 25 例(83%)。两组间各项再通指标比较差异均无显著性($P>0.05$)。老年组再通率为 73%(22/30),非老年组也为 73%(22/30)。老年组 5 周内病死率为 15%(5/30),其中再通组猝死 1 例,未通组因顽固心衰死亡 2 例;非老年组溶栓未通因猝死,心源性休克死亡 2 例。轻度出血者两组各 1 例。以上各项指标比较两组差异无显著意义。

三、讨论

AMI 溶栓后血管再通能明显降低病死率目前已被公认。有人报道溶栓能使老年患者 AMI 病死率从 20.7% 下降到 17.3%。本组病例溶栓的再通与未通患者的病死率分别为 7.1% 和 33.3%,与文献报道大致相符。另外,我们对老年患者 AMI 溶栓后的出血副作用进行监测,发现老年组仅 1 例牙龈出血,无 1 例脑出血,虽然溶栓治疗时对老年患者有较高的出血危险性,但从价格、危险和得益多方面考虑,认为老年患者 AMI 患者实施溶栓治疗是一项有益而且有效的措施。

(收稿日期:2001-12-12)

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯市铁路医院急诊科

15 例慢性阑尾炎治疗体会

赵立志* 赵云波*

阑尾炎是外科常见病及多发病,由于急性期治疗不规范,往往形成慢性炎症反应,给患者造成不必要的精神及经济负担,最终仍需手术切除病变的阑尾。本院 2001 年收治 15 例慢性阑尾炎,均行手术治疗,现报告如下。

一、临床资料

本组 15 例,男 10 例,女 5 例。年龄 25~62 岁。阑尾被炎性包块包裹并与后腹膜粘连 3 例;与周围肠管粘连 4 例;1 例异位阑尾与右膈粘连。15 例患者进腹后,均见有少量脓性物或脓痂。

二、结果

15 例患者入院前均经多次大量抗生素保守治疗无效。入院后经术前准备在硬膜外麻醉下取经麦氏点切口,1 例异位阑尾切口向上延长后切除,3 例与后腹膜粘连的行逆行切除。在分离粘连时,后腹膜出血难以控制、给予明胶海棉压迫止血,与肠管粘连的细心分离,有渗血的给予纱布压迫止血、荷包缝合包埋阑尾残端;生理盐水、甲硝唑等反复冲洗腹腔后关腹,术后抗生素给予足量、联合使用,术后平均住院 11d 出院,术后并发肠粘连 3 例,切口感染 1 例。

三、讨论

阑尾在儿童及青壮年时期具有发达的淋巴组织,是与机体

* 作者单位:154101 黑龙江省鹤岗市铁路医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

免疫有关的器官.中年以后.该功能已为全身的淋巴结和脾脏所代替,手术切除对人体无任何影响、当阑尾腔内落入粪石等异物或血行感染后,阑尾发生急性炎症,经保守治疗或自行痊愈后,急性炎症虽消退、但可能留下一些改变.如阑尾壁纤维组织增生,阑尾管腔部分狭窄式闭合,阑尾与周围组织粘连,网膜包裹形成炎性包块等。这些改变均可以妨碍炎症完全消失,使急性炎症转变为慢性。当机体受到寒冷或疲劳等不良因素刺激后,慢性炎症转化为急性发作过程,而出现右下腹痛、压痛及反跳痛等。此时,虽经抗感染治疗,症状可以缓解,但以后还会发作。这样反复发作给患者带来一定的精神负担和经济负担,同时影响正常工作和学习。而每次发作,均增加炎性包块与周围组织粘连,且肠管浆膜层受到炎症浸润更多,这给手术带来一定的难度,使手术时间延长。肠管受损增多。切口受污染机会增加,无疑给切口感染及肠粘连提供了机会。本组患者均以反复保守治疗无效后,才选择手术治疗。术中见回盲部多被炎性广泛浸润,在包埋阑尾残端时,因周围组织脆性大,易出血给包埋带来一定困难。因此,阑尾炎一经确诊,争取早期手术切除,以减少术后并发症发生机会,同时减轻患者不必要的精神及经济负担。

(收稿日期:2001-12-31)

小切口胆囊切除术的手术配合

李爱琦* 杨德翠*

我院自1998年9月至2001年9月共开展小切口胆囊切除术102例。小切口胆囊切除术由于切口小,术中损伤少,手术时间短,而使患者易于接受。在手术室护士的熟练配合下,手术均顺利完成,取得了理想的效果。

一、临床资料

手术共102例,男性患者45例,女性患者57例。平均年龄46岁。胆囊炎48例,胆囊结石43例,胆囊息肉9例,胆囊癌2例。

二、方法

1.术前准备:(1)器械准备:常规胃肠手术器械减去腹腔自动拉勾,加窄而长弹力勾2个,胆囊钳1个,打结器1个,无损伤组织剪1个,细长吸引器头1个,可穿连冷光源导线的腹壁勾2个。以上器械用压力蒸汽灭菌法灭菌。(2)灯光的准备:由于切口小,术野深,除无影灯外,必备冷光源。导线可用熏蒸法灭菌。

2.巡回护士的配合:(1)在患者下肢建立静脉通道。因为手术医生站位靠上,不宜选上肢,以免影响手术操作。(2)协助麻醉师麻醉。(3)患者取仰卧位,右肋缘下垫海绵垫。(4)术中连结冷光源导线,随时调节灯光,保持吸引器通畅。

3.器械护士的配合:(1)开刀前与巡回护士一起清点器械纱布,并在术区皮肤上粘贴皮肤保护膜。(2)术者在右肋缘下做8~10cm的小切口,电刀切开皮下直至腹膜。常规探查后用盐水纱布隔开周围组织、传递腹壁勾和冷光源导线,将光源一端固定于腹壁勾上,另一端交于巡回护士连接在冷光源主机上,使深部术野的肝外胆道和十二指肠韧带清晰显露。如胆囊与周围组织有粘连,先用细长组织剪或纱球分离。如肿大,可先用注射器或吸引器抽吸,使其缩小。(3)用胆囊钳钳夹胆囊,无损伤组织剪剪开胆囊管前面的腹膜,显露胆囊管及其相连的胆总管、肝总管。用长弯止血钳及血管分离钳游离出胆囊动脉和胆囊管。先用两把长弯止血钳夹住胆囊动脉,切断后用4#编织线结扎,近端用长持针器夹6×17# 3/8圆针4#编织线缝扎。胆囊管分离清楚后,用4# 编织线在靠近胆囊颈处结扎。(4)用尖刀切开胆囊边缘浆膜,再用无损伤组织剪、长弯止血钳将胆囊从囊床剥下。出血点用电凝止血。胆管断端用6×17# 3/8圆针4#编织线缝扎一次。(5)用7×20#3/8圆针4#编织线缝合胆囊床,两侧腹膜彻底止血。(6)探查胆总管,用注射器穿刺总胆管,胆汁可留作培养,确定为胆总管,即用6×17#3/8圆针1#编织线在总胆管上缝两针牵引线,用蚊式钳夹住线尾,用尖刀在牵引线中间切一小口,吸出胆汁,用胆道探子探查胆道,如有结石用胆石钳取出。再插入导尿管用生理盐水冲洗。需在胆总管放置"T"型管引流时,护士将引流管修剪好交给医生。用6×17# 3/8圆针1#编织线缝合开口处。(7)按常规清点器械、纱布。逐层缝合至皮肤。切口覆盖无菌敷料。

三、讨论

1.护士熟知手术步骤,才能有条不紊的配合。

2.术前了解病情,做好随时改变术式的准备。

3.由于切口小,手术人员用手打结困难时,应传递打结器。

小结:小切口胆囊切除术与传统胆囊切除术相比,外观美观,术后并发症少,术中损伤少,手术时间短,间接地降低了手术费用,患者乐于接受。手术室护士不需专门的培训,只要能胜任传统胆囊切除术的手术配合,经过带教两次,一般均会熟练地配合此种手术。

(收稿日期:2001-12-30)

* 作者单位:150001 黑龙江省哈尔滨铁路中心医院手术室