维普资讯 http://www.cqvip.com

规结束手术。第3例取耳内切口,术中见外耳道后壁骨瘘孔形成,大量积存胆脂,清理之,以此为进路凿除上鼓室外侧壁、断除"骨桥",向后清理骨腔时发现鼓窦缺如。清理术区,常规结束手术。

二、结果与讨论

正常解剖情况下,取筛区进路,其下方即为鼓窦区,它与后内方的乙状窦比邻。当鼓窦缺如及乙状窦前置时乙状窦板与外耳道后骨壁融合为一,或乙状窦板与外耳道后骨壁紧贴。据国内文献报道,乙状窦变异发生率为2.0%~2.6%。由于变异率低,加之慢性化脓性中耳炎病程长,破坏范围不规则,以及颅骨重叠的关系,普通X线诊断鼓窦缺如、乙状窦前置很困难,而CT检查由于费用贵又不能普及到每个病例,所以术前鼓窦缺如、乙状窦前置很难确定。因而术中无论是凿除骨质,还是清理病变,一定要仔细观察,循序渐进。在查明组织的性质、范围后再决定是否予以清除。否则贸然求快,把前置的乙状窦,当作病变组织清除,就会造成大出血,给手术带来麻烦,给患者带来危险和痛苦。

(收稿日期:2003-03-11)

不稳定心绞痛恶化的原因分析

武 杰* 朱英杰

不稳定心绞痛发作时间长,进展迅速,不容易缓解,心电图改变明显,大部分经治疗转变为稳定性心绞痛,少部分最后恶化为急性心肌梗死。我院2000年至2002年收治不稳定心绞痛在住院期间,有11例恶化为急性心肌梗死,其中透壁梗死9例,心内膜下梗死2例,对于整个治疗过程分析有助于发现治疗中存在的问题,并加以注意,减少以后工作中不稳定心绞痛恶化为急性心肌梗死发生率。

一、资料与方法

1.临床资料:均为2000年至2002年收治入院的不稳定心绞痛恶化为急性心肌梗塞11例病人,诊断符合WHO的急性心肌梗死诊断标准,其中透壁梗死9例,心内膜下梗死2例,合并心律失常室早、室速5例,室颤2例,Ⅱ度以上房室传导阻滞2例,合并左心功能不全5例,发生时间为入院后24 h~7 d不等,尤其1~3d内发生为多,年龄42~69岁不等。

2.梗死前治疗方法:常规给以消心痛、倍他乐克、恬尔心、阿司匹林口服,同时硝酸甘油加肝素维持48 h。

二、结果

11例不稳定心绞痛病人恶化为急性心肌梗死,其中透壁梗死9例,心内膜下梗死2例,具体情况如下,(1)4例因休息不好,探视人员过多,情绪变化大,导致劳累因素增加而病情恶化,1例因明显劳累短时间内上六层楼梯而恶化。(2)3例因静滴硝酸甘油和肝素停用后恶化为急性心肌梗死。(3)3例经各种充分治疗,但仍由于用药过程中病情迅速恶化为急性心肌梗死。

三、讨论

不稳定心绞痛发作时间长,频繁、进展迅速,心电图改变明显,大部分经治疗转化为稳定性心绞痛,少部分恶化为急性心肌梗死。情绪变化和劳累因素等常诱发发作,加之药物治疗不恰当导致病情难以控制,其梗塞面积大,合并症多,多数为透壁性梗死。

不稳定心绞痛发生包括多种不同病理生理机理,即斑块破裂,血小板粘附、聚集和释放,凝血系统激活形成血栓,同时可伴血管痉挛,引起血管腔明显狭窄。治疗上应针对上述各个环节合理治疗防止恶化,以促进转化为稳定性心绞痛。通过11例不稳定心绞痛治疗经过和病程演变为急性心肌梗死过程,提示以下几点:(1)要充分重视病人的一般护理,尽力消除诱发心绞痛发作因素的存在,注意病人休息、情绪、饮食、避免劳累,因劳累增加心肌耗氧,情绪变化引起交感神经兴奋,冠状动脉痉挛。(2)硝酸酯类药物应用要足量,疗程要长,以达到充分扩张冠状动脉的效果;合用钙通道阻滞剂减少冠状动脉痉挛出现,防止狭窄冠脉管腔进一步变窄或闭塞,合理应用β-受体阻滞剂和钙通道阻滞剂控制心率和血压,以减少心肌耗氧量。(3)肝素足量,维持静滴48 h以上,以600~1 000 U/h为宜,用凝血时间及凝血酶原时间监测肝素用量。由于肝素抗血小板、抗凝血酶作用,可明显减少不稳定心绞痛急性心血管发作的发生。(4)溶栓药物如尿激酶可以少量应用,以溶解冠脉内不全阻塞的血栓,减少心肌损伤出现的机会,溶栓治疗确实对一部分不稳定心绞痛中是有效的,由于溶解了部分血栓,使管腔狭窄减轻,心绞痛症状改善。(5)药物难以控制的不稳定心绞痛,提示冠脉血管病变严重,应进行冠状动脉成形术+支架术,以尽快控制病情。

(收稿日期:2003-03-03)

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯市铁路医院急诊科