维普资讯 http://www.cqvip.com

腹蛇抗栓酶早期治疗心肌梗塞的观察

刘跃财* 王秀珍*

心肌梗塞是内科急症之一，是一种严重的心血管疾病，也是心性猝死的主要原因之一。绝大多数的心肌梗塞病例，冠脉内都有血栓形成，如能在早期进行溶栓治疗，可以降低心肌梗塞的并发症和病死率。

我院内科自1989年至1999年应用蝮蛇抗栓酶治疗心肌梗塞18例，现对发病时间与用药效果观察报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料：本组18例确诊为心肌梗塞病人，其中男性10例，女性8例，平均年龄63.4岁。梗塞部位，前壁6例，下壁7例，前间壁加右室1例，下壁加右室2例，后壁2例。合并心律失常2例，心源性休克1例。左心衰竭2例。入院后均给予常规治疗，并用蝮蛇抗栓酶静脉输入。

2.治疗方法：凡确诊心肌梗塞病人，均收入急救室观察治疗。立即心电图监测，绝对卧床休息，吸氧。治疗用：(1)静脉输入极化液加利多卡因，(2)低分子右旋糖酐500ml加丹参。(3)硝酸甘油静滴，口服消心痛，镇静剂，有恶心呕吐者暂不口服药。(4)蝮蛇抗栓酶1.0U～0.5U加葡萄糖液250ml静滴。用药前作过敏试验，阴性者可用，同时作血小板计数，出凝血时间测定无禁忌者可用。3天后再测血小板低于100×10^9/L者停用。在18例中，无一出现严重不良反应。用药时间14d。

3.临床疗效：疗效评定，显著疗效者，心电图24h内抬高的ST段下降≥50%，心前区疼痛12h内缓解，只符合上述1项者为有效，不符合上述条件为无效。

附表 蝮蛇抗栓酶用药效果与发病时间的关系

开始时间	显效	有效	无效
发病后6 h	9	2	
<24h	2	2	1
>25h以上		1	1

附表中显示：6h内蝮蛇抗栓酶总有效率100%，24h内有效率90%，超过24h疗效较差仅50%。

4.讨论：溶栓的最佳时间是6h以内，在11例病人中，有2例心衰，1例心律失常并伴有室性早搏，经对症治疗加常规治疗后很快纠正。早期用药显著有效率100%，24h内仍有很好疗效，符合蝮蛇抗栓酶24h内仍有再灌注疗效的结果。蝮蛇抗栓酶具有抑制血小板凝集粘附；溶解纤维蛋白和预防，抑制血栓形成的功能，并可溶解已形成的血栓，使梗塞区血管再通，从而减少梗塞面积，缩小心电演变时间，减少并发症和降低死亡率。

蝮蛇抗栓酶毒副作用小，疗效可靠，价格较链激酶、尿激酶便宜，配合常规治疗，能提高好转率，降低病死率，是基层医院值得推广的一种良药。

(收稿日期：2001-12-03)

* 作者单位：155811 黑龙江省友谊县农场三分场医院

横切口子宫下段剖宫产92例分析

陈敏秀* 王秀梅**

近十年来，由于下腹部横切口很少形成切口疝及术后疤痕小，被很多剖宫产产妇所接受。腹膜外剖宫产手术因不干扰腹腔，又被很多产科医生所采纳。本文回顾性对比分析我院横切口子宫下段剖宫产术92例(以下简称子宫下段)与同期横切口腹膜外剖宫产术180例(以下简称腹膜外)，现报道如下。

一、资料与方法

1.资料：1999年2月至12月间在我院分娩总数1267人，行剖宫产术318例，子宫下段剖宫产92例，腹膜外剖宫产180例，46例为纵切口不列入统计资料。两组资料的产妇年龄，孕产次，手术指征及胎儿大小具有可比性。

2.方法：子宫下段剖宫产如手术学所示，但子宫肌层用0号肠线全层缝合，腹膜不缝合，解剖自然对合。腹膜外剖宫产术的关键在于确认膀胱底并向下推移至反折腹膜以下，我院采用顶侧联合法较多。两组均导尿管留置24h，术后抗感染治疗。

3.数据处理：统计学方法为X2检测。

二、结果

* 作者单位：154004 黑龙江省佳木斯市纺织厂职工医院妇产科

** 黑龙江省佳木斯大学医学院妇产科

维普资讯 http://www.cqvip.com

1.手术时间:腹膜外剖宫产时间(平均为42min 15s)明显较子宫下段剖宫产时间(平均为25min 10s)长,尤以从切皮至胎儿娩出时间长(平均分别为18min 28s;5min 15s)。两组差异有显著性(P<0.01)。

2 胎儿娩出方式:由于腹膜外手术暴露下宽敞,胎儿娩出较困难,产钳助娩率较高,本组中有26例,占14.4%;而子宫下段手术暴露充分,子宫切口偏于下段的上部,切口下即为胎儿耳部者较多,产钳助娩率极低,本组中有1例,占1.1%。两组差异有显著性(P<0.01)。

3.胎儿娩出情况:腹膜外手术胎儿娩出多困难,切皮至胎儿娩出时间又长,胎儿窒息率相对较高,本组中Ⅰ°窒息者11例,Ⅱ°窒息者2例;而子宫下段手术Ⅰ°窒息者2例,无Ⅱ°窒息。两组差异有显著性(P<0.01)。

4.产后病率:腹膜外手术组术后发热有38例,而子宫下段组仅有8例,两组差异有显著性(P<0.01)。

三、讨论

腹膜外剖宫产术由于不在腹腔操作,对原有宫内感染或潜在感染的产妇较适合,术后肠蠕动恢复较快,术后近期合并症及远期后遗症少。近年来随着有关技术条件和社会因素变化,其术式应用指征明显扩大,因此国内许多医院在以往的十年来都在施行。但从本文统计的资料来看,子宫下段的优点多于腹膜外的优点,技术要求下高掌握较易。

剖宫产的目的在于保护母婴的安全,力争娩出正常良好的婴儿,腹膜外剖宫产从切皮至胎儿娩出的时间长,如果胎儿窘迫需迅速切开子宫,还是以子宫下段为宜。腹膜外手术子宫下段暴露不够宽敞,娩出胎儿较困难,故从切皮至胎儿娩出时间较子宫下段长,产妇长时间的仰卧增加了胎儿的缺氧时间,而且产钳助娩率高,增加了新生儿窒息的发生率。手术时间长,同等条件下感染的机会也大。因此,尽管腹膜外剖宫产有疤痕不明显,下进入腹腔等优点,但应根据母婴情况,不应片面扩大应用范围。

(收稿日期:2001-08-23)

胎头吸引器助产临床分析

沈燕萍*

胎头吸引术是用胎头吸引器置于胎头顶枕部,形成负压后吸引于胎头上,通过牵引协助娩出胎儿的一种阴道器械助产术,易掌握,优点多,在临床上应用广泛。我院从1995年1月至2000年12月行胎头助产术165例,现分析报告如下。

一、临床资料

1.一般资料:我院从1995年1月至2000年12月分娩总数1861人,其中阴道分娩1849例,吸引助产165例,占分娩总数的8.9%。产妇年龄最大34岁,最小21岁。初产妇155人,占93.93%,经产妇10人,占6.07%,胎膜早破33例,占20%。

2.吸引助产指征:吸引助产指征及所占百分比见附表。

附表 吸引产指征及百分率

体 征	例 数	百分比
宫缩乏力	65	39.39%
临床骨盆	1	0.61%
胎儿宫内窘迫	48	29.1%
内科合并症	6	3.63%
枕部异常	45	27.27%

3.吸引术手术步骤:我院使用吸引器为牛角形吸引器,适用于中低位胎头。吸引步骤:①产妇取膀胱截石位。②导尿。③确认宫口已开全,胎膜已破,胎头已为棘下2cm或3cm,切不可认为产瘤即先露为最低点,应以胎头骨质部为标准。④作会阴侧切术。⑤放置吸引器。⑥开吸引器,形成负压,一般在40-0mmHg。⑦牵引胎头,时间下超过15分钟,滑脱下能超过2次。⑧取下吸引器娩出胎儿。

4.吸引助产次数:在165例头吸术中二次吸引5人,占3.03%;因头吸失败改用产钳1例,无一例剖宫产。吸引一次成功率为96.36%。

5.母儿预后:在165例胎头吸引术中,新生儿重度窒息为5例(APgar评分在3分以下者),占3.03%;轻度窒息为21例(APgar评为4—7分者),占12.72%;头颅血肿8例,占4.84%;缺血缺氧性脑病2例,占1.21%;新生儿死亡1例,因重度窒息,抢救无效死亡。165例均为侧切,切口无一例化脓裂开,产后出血1例。

二、讨论

胎儿头吸引术因具有简便、易掌握优点,在我国已广泛使用,但在使用时应严格掌握适应症,并按操作规程进行,以减少手术并发症,维护母儿安全。胎头吸引器放置时下须超过胎头及伸入产道深处,因此不易造成软产道损伤,很少导致感染。当胎头已降至骨盆出口时,胎头吸引常能顺利娩出胎儿。但吸引时间超过15分钟或多次滑脱时,胎儿损伤机会就会增加。胎头吸引器不占据骨盆侧壁空间位置,并可旋转360°而不损伤母体组织,由于旋转不受限制,牵引时可使胎头沿阻力最小的途径前进,并可将枕后位及枕横位胎头转至枕前位,最适宜于持续性枕后位及枕横位徒手旋转胎位失败者。但头吸的使用也有一定的局限性,如娩出胎头较慢,且娩出时需产力配合;昏迷不能增加腹压者不宜使用,对早产儿及体重儿下宜使用。

(收稿:2001-06-27)

* 作者单位:312055 浙江省绍兴县王坛人民医院