DOI: 10.16016/j.1000-5404.1996.06.041

壁骨质缺损,新生物突向鼻腔,筛窦及鼻咽部。摘除新生物,病检报告:右上颌窦坏死性息肉并部分血管瘤形成。(病理号:215374)随访1年,无复发。面部隆起及眼球均复原。

2 讨论

出血坏死性上颌窦炎,亦称上颌窦出血坏死性息肉[1,2],是上颌窦炎中一种特殊类型。本病好发于一侧上颌窦,与炎症及息肉有密切关系,往往在炎症的基础上发生粘液性息肉[2],因炎症及息肉蒂部发生的扭转而缺血坏死,或因上颌窦粘膜的急慢性炎症致血管扩张,血管破裂出血,炎性坏死组织及血凝块阻塞窦口,引流不畅蓄积而形成的肿块。表面常有一层出血机化而构成的包膜,由于出血坏死肿块可迅速增大压迫窦壁,引起窦壁吸收和缺损。如上颌窦内侧壁受损,往往表现为鼻腔外侧壁内移。肿块可通过扩大的自然口突入鼻腔,筛窦甚至蝶窦。鼻腔可见暗红色不规则肿块,探之柔软,易出血。如上颌窦其他各壁压迫吸收,可出现面颊部隆起,眼球移位或牙齿松动,牙龈糜烂等,往往与恶性肿瘤相混淆。X线摄片及CT表现也颇似恶性肿瘤,反复活检不能完全排除恶性肿瘤者,应做上颌窦探查术。术中发现上颌窦新生物有机化包膜,窦壁以压迫吸收而缺损,窦壁光滑者多为此病,但必须做冰冻或病理切片检查证实。

上颌窦的多壁破坏是诊断上颌窦癌的重要依据[3],临床上部分坏死性上颌窦炎极易与上颌窦恶性肿瘤混淆。本组病例中有12例曾诊断为恶性肿瘤或与恶性肿瘤难以鉴别,单凭X线平片及CT图像进行鉴别了也有一定困难,必须综合分析。上颌窦癌患者一般病史较短,进展较快,多有头疼,牙疼及面颊部的麻木感,CT表现为骨质破坏缺损。而坏死性上颌窦炎则表现为头昏头胀而头疼较轻,无面颊部麻木感,CT表现为骨质压迫吸收性改变。必须强调鼻腔新生物及上颌窦穿刺活检的重要性。坏死性上颌窦炎常为"慢性炎性坏死组织"或"出血坏死性息肉",而无恶性肿瘤的病理表现。

本病需手术治疗。病变局限于上颌窦及鼻腔内常采用caldwell-lue手术径路。范围广泛者可采用鼻侧切开或行面中部掀翻术,均能取得很好的疗效。

关键词 出血;坏死;上颌窦炎
中图法分类号 R765.42

参考文献

1 候成杰,张庆泉.上颌窦出血坏死性鼻肉.耳鼻喉学报,1992;6(2):123
2 龚树生,汪吉宝,杨成章等.上颌窦出血坏死性息肉27例临床分析.临床耳鼻咽喉科杂志,1994;8(6):331
3 Anton N, Hasso MD. CT of tumors and tumor-like conditions of the Paranasal sinuses. Radiol Clin North Am, 1984; 22 119

(收稿:1996-05-05;修回:1996-10-11)
(编辑 张大春)

青年心肌梗塞的临床特点及护理

The clinic features and nursing of myocardial infarction in the youth

王晓丽* 程红缨 (第三军医大学护理系基础护理教研室)重庆,630038

青年心肌梗塞(MI)起病急剧,有突然性,心绞痛剧烈,病程进展快而重。因而掌握青年心肌梗塞的临床特点,进行合理的护理和预防,对早期防治急性心肌梗塞,降低死亡率有着积极的意义。笔者收集了一组35岁以下心肌梗塞患者的资料,现分析如下:

1 临床资料

按WHO标准确诊的青年心肌梗塞30例,男27例,女3例,年龄24~35岁,平均年龄31岁。

1.1 临床症状见表1

表1 30例青年MI的临床症状

	剧烈胸痛	胸骨后痛	胸闷	恶心呕吐	低血压	晕厥
例数	14	6	4	2	3	1
%	46.7	20	13.3	6.7	11	3.3

* 后勤指挥学院门诊部 北京,100858

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

1.2 发病诱因见表 2

表 2 30例青年 MI的危险因素

	高血压	高血脂	糖尿病	吸烟	吸毒	过度饮酒	不明因素
例数	8	6	4	6	2	1	3
%	26.7	20	13.3	20	6.7	3.3	11

1.3 并发症见表 3

表 3 30例青年 MI的并发症

	心衰	休克	心律失常	
			室颤	室早
例数	3	2	3	1
%	11	6.7	11	3.3

2 讨论

2.1 青年 MI的临床症状

青年 MI的临床症状典型,且危险性高,90%的患者首次发病,绝大多数患者无心绞痛史,而发病时表现为典型的心前区或胸骨后持续剧烈的疼痛。发病突然,症状严重。从表 1可以看出 30例患者中有 20例表现为心肌梗塞的特征性胸痛。因此,患者一旦出现特征性胸痛,应高度警惕心肌梗塞的可能性。

2.2 青年 MI的发病诱因

从表 2可以看出,高血压、高血脂、吸烟、糖尿病、吸毒是青年 MI的主要诱因。长期高血压可损伤动脉内膜而致使动脉粥样硬化,从而引起心梗。高血脂是促成动脉硬化的另一个因素,它促进血小板活性增多和血栓形成。高血压、高血脂患者发生 MI的明显高于正常人群。研究资料表明,吸烟、吸毒可使心肌受损,冠状动脉痉挛,从而导致 MI的发生。糖尿病患者血脂水平高于正常人,MI的发病率较非糖尿病患者高 2~3倍。为降低青年 MI的发病率,应及早控制危险因素,减缓病情发展。

2.3 青年 MI的并发症

青年 MI患者多因各脏器功能较年长者好,一般并发症相对较少。常见的并发症是心衰、休克和心律失常,这种情况在本组病例中有 9例(占 30%)。掌握青年 MI的并发症特点,可以有效地减少青年 MI急性期的死亡率。

2.3.1 心衰 由于青年 MI的主要病变是冠状动脉粥样硬化,缺血、缺 O_2使心脏弥漫性损害,心脏收缩力减退,心室壁顺应性降低,心室腔内舒张末压增高,使心脏贮备力明显下降,一旦发生急性心梗,心衰成为主要并发症。患者一旦出现心衰的先兆,应立即帮助病人取端坐位,并持续吸 O_2,尽量帮助患者避免诱发因素。

2.3.2 休克 国内外资料报道,青年 MI多为单支血管病变所致,其中半数以上为前降支病变,因此,造成左室射血分数低,血压下降,心肌灌注减少,左室心肌疲劳,且多无侧支循环,左室收缩功能损害较大,常出现心源性休克。因此,对青年 MI除严密观察血压、心电图外,还应严密观察病人全身情况及末梢循环情况,密切观察尿量。若病人出现休克先兆,应立即报告医生,并作好休克抢救的护理工作。

2.3.3 心律失常 在本组病例中有 4例出现心律失常。室性心律失常可致室颤,室颤是猝死的重要原因。因此,应强化心电监护,正确识别各种心律失常图形,遵医嘱迅速用药。同时备好抢救药品,检查好除颤器和复苏设备,以便随时启用。

2.4 护理要点

2.4.1 做好心电监护 严密观察 QRS-ST-T的变化,以及对称性的 T波倒置。

2.4.2 严密观察病情 由于青年 MI起病急,来势猛,变化快,故应:

严密观察生命体征:定时测血压、脉搏、呼吸,若有异常,立即报告医生。注意观察有无心律失常和心源性休克等并发症的出现。认真观察患者夜间有无心前区疼痛或其它 MI的症状,以免发生再梗塞。注意观察患者使用药物的疗效和副作用。注意患者的休息、活动和饮食情况。准确记录液体出入量。

2.4.3 做好心理护理 青年 MI发病后,对疾病会产生紧张、恐惧、悲观、焦虑的心理,担心自己有病会成为家庭和社会的负担,这种心理会导致病情加重,护士应根据患者不同的心理状况,耐心进行病情的解释和鼓励,减轻其心理负担,使患者正确对待疾病,树立战胜疾病的信心,积极配合治疗。

2.4.4 根据青年 MI的特点进行宣传教育 进行有效的降压、降脂、减肥治疗,改善不合理的饮食结构,大力提倡戒烟、戒毒,可大大减少冠心病基础发病率。

关键词 心肌梗塞/护理;青年人

中图法分类号 R542.2

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

参考文献

1 唐宝全,王晓非,贾敏江.特殊类型心肌梗塞.北京:人民军医出版社,1992: 142

2 杨艺军,智　光.中青年心肌梗塞 33例冠脉造影分析.人民军医,1995; 11: 31

(收稿: 1996-02-21;修回: 1996-08-10)

(编辑　冷怀明)

房室结双径路的射频消融治疗

Treatment of atrioventricular nodal dual pathways by radiofrequency catheter ablation

宋治远　何国祥　舒茂琴　胡亚琴　司良义　胡厚源　杨万军　(第三军医大学附属西南医院心血管内科)重庆,630038

房室结双径路(AVNDP)常致房室结折返性心动过速(AVNRT),抗心律失常药物虽能终止其发作,但不能根治。以射频导管消融术(Radiofreguency catheter ablation, RFCA)进行房室结改良是目前治疗AVNRT的最佳方法。我们采用 RFCA治疗 51例 AVNDP病人均获成功,现报告如下。

1　病人与方法

1.1　病人

51例病人中男 19例、女 32例,平均年龄 39.9± 13.1(21~77)岁;均有 AVNRT反复发作史,最长达 30年; AVNRT发作时平均心率 176.20± 18.34(145~ 215) beat/min。术前经常规化验、X线胸片及超声心动图检查或术中行冠状动脉造影证实伴有冠心病 1例、风心病 2例(其中 1例同时行经皮二尖瓣狭窄球囊扩张术)。

1.2　方法

先行左锁骨下静脉穿刺放入四极电极导管至冠状静脉窦(CS)内,同步记录 $CS_{1,2}$、$CS_{3,4}$双极电图及体表心电图 I~ 2个导联;然后穿刺左股静脉放入双极或四极电极导管至高位右房,行心房程控刺激证实 AVNDP或诱发 AVNRT后,将电极导管置于 His束处记录 His束电图。再行右股静脉穿刺导入大头电极消融导管行慢径路消融,即在右前斜 30° X线透视下将 His束电极与 CS口连线平分 3等份,将大头电极置于近 CS口 1/3区域内标测,当记录到小 A波大 V波(A/V < 0.40)时放电消融。对消融慢径路难以成功者改行快径消融,即先用大头电极记录清楚的 His束电图,然后将导管顶端缓慢向心房侧后撤,当显示大 A波小 V波,且 His束电图刚消失时放电。输出功率 20 W~ 40 W。

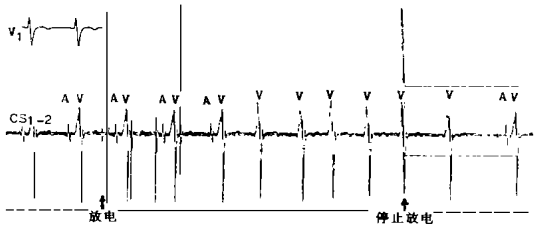
在放电过程中密切观察体表及心腔内电图变化,若出现交界性逸搏心律或加速性交界性心动过速时应特别注意 V波与 A波的关系,若 V~ A呈 1: 1回传,可待连续出现 10~ 15次交界性心律后停止放电,若出现 V~ A分离应立即停止放电,待恢复窦性心律后重复心内电生理检查。若连续放电 30 s仍无交界性逸搏时,应重新定位消融,直至成功。

1.3　成功标准

① 心房程控刺激不再显示双径路的功能(即无 A~ H或 A~ V跳跃现象);② 快径消融中出现 A~ V或 P~ R较基础值延长≥ 50%;③ 静脉应用异丙肾上腺素后行心房、心室刺激仍不能诱发 AVNRT。

2　结果

51例病人房室结改良全部成功,成功率为 100%,其中 48例慢径路被阻断,术后心电图正常; 3例病人快径路被阻断,术后心电图示 P~ R间期延长(P~ R间期 220~ 260 ms)。所有病人在放电过程中均出现一过性交界性心律,见附图。停止放电后 46例立即恢复为窦性心律, 5例出现短暂Ⅲ度房室传导阻滞(AVB),但均于 2 min内转为窦性心律。



附图　放电过程中心腔内电图变化

开始放电 1.8 s出现交界性心律,停止放电 1.2 s恢复窦性心律。A-心房波、V-心室波,纸速 25 mm/s

并发症及随访: 51例病人中 5例在放电过程中感轻微胸痛,停止放电即消失; 1例术后 17 h出现间歇性Ⅱ度 AVB,经静脉应用大剂量氢化可的松后,于第 5天恢复正常。随访 1~ 23个月, 1例复发(复发率 1.96%),再次行 RFCA治疗获得成功。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net