DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.03.022

患肢缩短经X光照片方确诊为股骨上段骨折。虽经牵引悬吊治疗未能奏效，后改手术切开复位髓内针固定而痊愈。

预防：1.臀位剖宫产应由有经验的产科医师施行，手术时牵拉入盆的下肢，应先以一手入盆扪清是否有下肢交叉，若有交叉切忌先拉位于后方的下肢。若无交叉则用食指及中指压向盆内的儿腿腘窝，使股骨长轴在骨盆入口的斜径或横径娩出。2.牵拉胎儿应牵拉关节，避免拉骨干，可以防止骨折发生。3.应有良好的麻醉使肌肉充分松弛，有利手术顺利进行。4.腹部切口及子宫切口应够大，以利牵拉胎儿。总之掌握臀助产手法十分重要。

四、颅骨骨折及脊柱骨折 在近代产科中极为罕见，但在头盆不称或产钳使用不当，偶可发生颅骨凹陷性骨折或在肩性难产以及臀位后出头困难时，强力牵拉可致脊柱分离甚至骨折，亦是接产中应引起重视的问题。

总之，新生儿产伤性骨折是完全可以避免的，只要临床医师熟练正确地掌握助产技术，操作时注意稳、准、轻，切忌盲目和粗暴，新生儿产伤性骨折是可以预防的。

感染性心内膜炎的药物与手术治疗评价

祝善俊 史鉴运△ 李隆贵 何作云 徐日兴△ 张载高△ 刘欲团△（第二附属医院 循环系）

感染性心内膜炎（infective endocarditis，简称IE）仍是较常见的心脏病。在抗生素尚未问世前，IE[1]的死亡率高达98%。死亡的主要原因是难以控制的感染。随着抗生素的发展及应用，病死率虽已大为降低，但各种严重并发症仍为目前威胁患者生命的主要问题。本文目的探讨内外科联合（药物+手术）治疗，降低IE的病死率、并发症发生率和预后的情况。

临 床 资 料

一、资料来源 从1978～1986年，同期心内科住院病人5 285例，其中确诊为IE的病人52例，占0.98%，男性30例，女性22例（1.4:1），年龄6～53岁（中值25.2岁）。基础心脏病：风湿心脏病34例（二尖瓣病变13例，主动脉瓣病变2例，双瓣病变19例）；先天性心脏病18例（室间隔缺损9例，动脉导管未闭6例，房间隔缺损+二尖瓣脱垂1例，法乐氏四联症2例）。

二、诊断依据 1.典型临床表现：原有基础心脏病出现不明原因发烧1周以上伴有心脏杂音动态变化、脾大、栓塞、贫血或杵状指等；2.血培养阳性；3.M型或二维超声心动图发现心瓣膜或心壁有赘生物；4.手术或尸检证实。

三、两组治疗方案的疗效比较 本组资料取自前后两个时期的IE病例，其年龄、性别及临床病情严重度条件基本接近的两组资料进行比较。

1978年～1982年确诊IE33例，其中瓣膜损害及血液动力学障碍与手术组指征条件类似者21例，经内科治疗后，治愈10例，治愈率为47.6%，死亡11例，死亡率52.4%。

1983年～1986年确诊IE19例，其中符合手术指征者8例，后者用药物+手术治疗，治愈7例，治愈率87.5%，死亡1例，病死亡率12.5%。

联合治疗组的临床处理及结局见附表

△胸外科

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

例号	年龄	性别	诊断	超声心动图	血培养	手术所见	疗效	随访
1	14	女	室间隔缺损 IE	肺动脉瓣可见云雾状光团回声0.6cm	阴性	室缺修补，肺动脉瓣赘生物摘除，赘生物淡黄色易碎	痊愈	术后6周复查超声，图象正常，一般情况好，贫血纠正
2	28	男	室间隔缺损 IE	二尖瓣前叶可见毛刷状回声，主动脉瓣云雾状反光团	甲型溶血性链球菌生长	室缺修补术，右室流出道粗糙，未见有赘生物	痊愈	术后5个月复查超声，显像正常，一般情况好
3	22	男	房间隔缺损伴二尖瓣脱垂IE	二尖瓣前叶脱垂，二尖瓣前叶有不规则的均匀致密回声	阴性	房缺修补，二尖瓣前叶增厚，粗糙，瓣叶边缘有结节状赘生物	痊愈	术后6个月超声显像正常，贫血纠正，体重增加，SR正常，一般情况好
4	13	男	动脉导管未闭 IE	肺动脉瓣区可见云雾状光团1×0.8cm	阴性	术中发现动脉导管1.2cm，行导管结扎及赘生物摘除	痊愈	术后5个月复查，一般情况好，肝、脾（－），杵状指消失，贫血纠正
5	35	女	动脉导管未闭 IE		甲型溶血性链球菌生长	动脉导管结扎，术中发现肺动脉明显扩张，可扪及震颤	死亡	术后12天突然发生频发室早，继之室速，室颤死亡
6	47	男	风心病二尖瓣及主动脉瓣狭窄及关闭不全IE		阴性	二尖瓣、主动脉瓣替换术，术中发现二尖瓣、主动脉瓣边缘增厚，有结节状赘生物	痊愈	术后连续随访三年余，一般情况好，从未发生栓塞，已恢复正常工作
7	31	女	风心病二尖瓣及主动脉瓣狭窄及关闭不全IE		草绿色链球菌生长	双瓣替换术，术中发现二尖瓣边缘增厚，有小结节	痊愈	术后随访三年余，一般情况好，IE未复发，已恢复正常工作
8	37	男	风心病二尖瓣关闭不全IE	二尖瓣后叶可见反光增强，1×0.6cm絮状光团，随瓣叶活动	阴性	股动脉造影诊断右侧动脉瘤，术中发现右股深浅动脉分支处有瘤腔，10×10×2cm，切除病灶	痊愈	术后3个月随访，一般情况好，未见栓塞发生

讨　论

一、IE的内科处理及预后　IE的治疗目前仍以内科为主。应早期给予有效足量抗生素（投药时间因病而异，一般要坚持4～8周）。但IE的治疗又有别于败血症。因心瓣膜赘生物呈纤维素性网状物，宜于细菌繁殖，赘生物内很难达到有效抗生素浓度，而成为细菌生存的庇护所，感染难以控制。从而造成心瓣膜进行性损害和心肌严重损伤，导致顽固性心衰、严重心律失常。且易并发重要脏器栓塞而致命。据GveGoratos等[2]提出对IE判断可分两类：1.无并发症的链球菌IE，无严重心瓣膜破坏及血液动力学障碍，细菌无抗药性，这类IE约90～97%可治愈，预后良好；2.有并发症的IE致病菌与葡萄球菌、霉菌等，病人有心衰，外周动脉有栓塞，细菌性动脉瘤及致病菌有耐药性，则治愈率为20～80%，预后很难定论。除药物治疗外还须手术治疗。本组病例在经内科治疗后感染难以控制，症状仍无改善或继续出现栓塞者，即采用手术治疗，其中7/8例获治愈。内科治疗及联合治疗组治愈率分别为47.6%及87.5%（$p<0.05$）。既往文献[7][8]报告IE病人并发充血性心力衰竭者，单用内科治疗，病死率57～100%，与此相反，手术治疗在活动性原发性IE和人工瓣膜IE近期生存率分别为77%和74%。本组经适当抗生

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

素治疗后，血液动力学状况仍无改善者及时采用手术处理，多数病人获得治愈，明显改善了IE的预后。

二、IE的手术治疗指征　早在1940年[3]，Tovff和Vesell等结扎动脉导管未闭治疗心内膜炎成功报告，近20年来虽然各种类抗生素使用，IE病死率有明显降低，但IE引起心瓣膜穿孔、溃破的情况较抗生素使用以前相对增加。Robinson[4]比较了抗生素使用前后IE的尸检资料，瓣膜穿孔率分别为15.6%及44.5%。有的作者报告[3]由念珠菌引起IE单用内科或外科治疗，病死率可达80%，如采用内外科联合治疗，病死率可降低。关于自然瓣膜IE的手术时机和指征综合如下[1][2][5][6][7][8]：1.进行性充血性心衰内科处理不能纠正者，这类心衰是由于IE引起瓣膜穿孔、腱索断裂造成严重血液动力学障碍所致，因此，不论IE是在活动期或非活动期均应手术治疗；2.IE病人虽然没有发生心衰而内科正规治疗6周以上仍不能控制感染者，病人有持续性菌血症，细菌有抗药性，主张早期手术治疗；3.多发性栓塞，尤其是左心内膜炎常可发生脑、冠状动脉栓塞，故有人提出超声心动图显示有赘生物者；4.霉菌性IE因赘生物很大很脆，容易发生大血管栓塞；5.IE病人发生房室传导阻滞或束支传导阻滞不能用其它原因解释者，可能有心瓣环、心肌脓肿。本组IE手术对象均见有上述指征并采取了早期手术，及时挽救了这些患者的生命。因为影响IE手术死亡率最重要的因素是心脏手术时病人的血液动力学和术前心功能状态。外科治疗IE虽然已取得较好的成效，目前手术死亡率已降至14%[1]，但手术后瓣周漏、难治性充血性心衰和持久性感染等问题仍然没有完全解决，尚待进一步探讨。

参考文献

1. 石应康，等。感染性心内膜炎的外科治疗。心血管译文　1986；7：39
2. Gregoratos G, et al. Infective endocarditis diagnosis and management. Medical clinics of north Am 1979; 63:173
3. Braunwald E. Heart disease. WB Sounders Company 1980:1208
4. Robinson MJ, et al. Sequelae of bacterial endocarditis. Am J Med 1962; 32:922
5. Dinubile MJ, et al. Surgery in active endocarditis. Annal of internal medicine 1982; 96:650
6. Rahimtoola SH. Infective endocarditis. Geune & Stratton New York. 1978:361
7. Mccluskey M, et al. Heart failure associated with infective endocarditis a review of 40 cases. Br Heart J 1986; 55:191
8. Dinubile MJ. Cardic conduction abnormalities complicating native valve active infective endocarditis. Am J Card 1986; 58:1213
9. 任长裕。感染性心内膜炎的外科治疗。国外医学心血管分册 1980；19：278

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