

静脉滴注,每日1次,给静脉能量合剂及平衡液,补足血容量、纠正酸中毒与电解质紊乱。局部行双侧颌下区、颊部、颈中部、胸锁乳突肌前缘及胸锁上凹多处切开引流,引流出咖啡色、稀薄、恶臭、混有气泡的液体约60ml,可见创面肌肉组织呈棕黑色,结缔组织为灰白色,无明显出血。创面用3%过氧化氢液,0.9%生理盐水交替冲洗,最后用庆大霉素针剂冲洗放置引流条数根。切开当天病情加重,测血压8/5.5kPa,立即补液静脉滴注多巴胺、阿拉明,进行抗休克治疗并给激素输同型新鲜血50ml。第2天创口有液化坏死组织自行溢出,有特殊腐臭味,广泛分离各创口深至筋膜,清理剪除坏死组织,以后每日4次换药。切开后第5天,坏死组织大量排除,上胸部远心端副性水肿减轻,体温恢复正常,呼吸平稳。第7天,水肿完全消退随着创面肉芽开始生长,颈部皮肤缺损达6cm×10cm,左下1和左下2牙做根管治疗,住院14d创面肉芽组织生长良好痊愈出院。

#### 4 讨论

口底多间隙感染可来自下颌牙的根尖周炎、牙周脓肿、骨膜下脓肿、冠周炎、颌骨骨髓炎的感染扩散或颌下腺炎、淋巴结炎、急性扁桃体炎、口底软组织和颌骨损伤等<sup>[1]</sup>。本组病

例以牙源性感染多见,腺源性感染次之;多见于儿童,未见损伤性感染及血源性感染。致病菌:除葡萄球菌、链球菌外,常见产气荚膜杆菌,厌氧链球菌,败血梭形芽孢杆菌,水肿梭形芽孢杆菌,产气梭形芽孢杆菌以及溶解梭形芽孢杆菌等<sup>[1]</sup>。本组32例做过细菌培养多为金黄色葡萄球菌、链球菌混合感染(因受实验室条件所限未做厌氧菌培养)。

治疗应选择对细菌敏感的抗生素,需要作细菌培养、药敏试验,强调联合、足量使用抗生素。我科采用青霉素与甲硝唑或先锋霉素与甲硝唑联合应用取得满意效果。同时必须注重支持治疗,补足血容量,纠正酸碱平衡紊乱,并及时处理原发病灶,即局部切开引流,切除坏死组织。

腐败坏死性蜂窝织炎,主要死于并发症。本组死亡6例,均死于并发症,且多死于入院早期,入院内死亡12例,为此,本病应早期积极治疗。

参考文献:

- [1] 邱蔚六. 口腔颌面外科学[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社,2003: 147-148.

(收稿日期:2008-01-21)

## 重组链激酶溶栓治疗急性心肌梗死的临床观察

袁媛<sup>1</sup>,高东来<sup>2</sup>,贾春芳<sup>1</sup>,郑文亚<sup>1</sup>

(1.大同市第三人民医院,山西大同 037008;2.山西医科大学第二附属医院,山西太原 030001)

[摘要] 目的:观察溶栓剂-国产重组链激酶(r-Sk)治疗急性心肌梗死的临床疗效及其安全性。方法:自2004年1月至2004年11月间的急性心肌梗死(AMI)患者43例经国产重组链激酶溶栓治疗的血管再通率、急性期死亡率、并发症以及不良反应发生率。结果:梗死相关血管再通率为80.9%,严重心律失常11.6%,心源性休克2.3%,脑出血2.3%,4周死亡率4.7%。无其他药物相关的严重不良反应及过敏反应发生。结论:国产重组链激酶(r-Sk)溶栓治疗是安全有效的。

[关键词] 心肌梗死;链激酶;血栓溶解疗法

[中图分类号] R542.2<sup>2</sup> [文献标识码] B [文章编号] 1671-5098(2008)08-1075-02

本课题研究选用我科于2004年1月至2004年11月间入院的急性心肌梗死(AMI)患者43例,经青岛国大生物制药股份有限公司生产的重组链激酶溶栓治疗的临床疗效及其安全性。

#### 1 资料与方法

1.1 病例选择 43例均为我院CCU(冠心病监护室)监护病人,其中男39例,女4例。年龄38岁~72岁。均为持续性胸痛>30min,心电图提示ST段在两个或两个以上肢体导联抬高0.1mV,或在相邻两个以上胸前导联抬高0.2mV,发病12h以内,无溶栓禁忌证。梗死部位:前壁(包括前壁,前间壁或前壁+高侧壁)25例,下后壁16例(其中4例合并右室梗死)和前壁+下壁2例。溶栓开始距急性AMI发病时间6h36例(83.7%),6h~12h7例(16.3%)。

1.2 治疗方法 溶栓前常规记录18导联心电图,查血、尿常规、凝血4项、心肌酶、肌钙蛋白I、肝肾功能、血糖、电解质。取标本后即开始溶栓:即刻嚼服肠溶阿司匹林300mg,以后300mg/d,3d后改为75mg/d~100mg/d长期服用;r-sk 150

万U加入5%葡萄糖注射液100ml,1h内静脉滴入;溶栓后考虑血管再通者且测APTT70s者予皮下注射低分子肝素用5d~7d;根据病情需要选用硝酸甘油,受体阻滞剂,ACEI,他汀类降脂药物及抗心律失常药物,对症处理并发症。

1.3 观察及监测指标 胸痛减轻及缓解时间;再灌注心律失常;溶栓开始后3h内每0.5h记录心电图1次,以后3d内每天记录1次;发病24h内每2h抽血查CK及CK-MB;观察过敏反应,低血压、出血等不良反应;观察溶栓治疗4周内并发症及转归。

1.4 血管再通疗效判断标准(采用临床溶栓再通指标) 溶栓2h内胸痛缓解;溶栓2h内心电图抬高最显著的导联ST段迅速下降50%;溶栓2h内出现短暂的再灌注心律失常;CK高峰前移至16h,CK-MB高峰前移至14h。以上4条标准中符合2条或2条以上者判为血管再通。若在溶栓后3h达到血管再通者为延迟再通。

#### 2 结果

43例中有1例在溶栓开始30min时出现脑出血后死亡

而无法判断再通率外,34例达到再通标准,占80.9%;8例未达到再通标准,占19%。死亡2例,其中脑出血1例、1例广泛前壁心肌梗死患者溶栓后血管未通于入院第2天死于心源性休克。不良反应:无过敏反应,低血压3例,并发症:一度AVB 1例,窦性心动过缓1例,室性心律失常3例。

3 讨论

AMI的再灌注治疗是目前公认的疗效显著而相对较为安全的治疗方法<sup>[1]</sup>,急诊经皮冠状动脉介入治疗能及时、充分、持续的开通梗死相关血管,是再灌注治疗中最好的方法<sup>[2]</sup>,但在目前国内经济和医疗资源分布不均衡的条件下,AMI在我国大部分地区的再灌注治疗仍以溶栓为主。本研究国产重组链激酶溶栓治疗AMI患者43例,梗死相关血管再

通率为80.9%,严重心律失常11.6%,心源性休克2.3%,脑出血2.3%,4周死亡率4.7%。无其他药物相关的严重不良反应及过敏反应发生。证实了国产重组链激酶(r-Sk)溶栓治疗是安全有效的。

参考文献:

[1] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编委会,中国循环杂志编辑委员会. 心肌梗死诊断和治疗指南 [J]. 中华心血管病杂志,2001,29:710-725.

[2] Smith SC,Dove JT,Jacobs A, et al. ACC/AHAGuidelines for percutaneous coronary intervention: A report of the ACC/AHATask Force on Practice Guidelines (committee to revise the 1993 guidelines for PT-CA)[J]. J Am Coll Cardiol,2001,37:2239-2305.

(收稿日期:2008-02-24)

# 复方樟柳碱颞侧皮下注射治疗挫伤性视神经病变的临床探讨

周妍丽,吴京莉

(襄樊市中心医院,湖北襄樊 441021)

[关键词] 复方;皮下注射;视神经病变

[中图分类号] R744.5\*2 [文献标识码] B [文章编号] 1671-5098(2008)08-1076-01

挫伤性视神经病变是目前眼科门诊较为复杂、难治的一种眼病,我院眼科采用复方樟柳碱颞侧皮下注射治疗挫伤性视神经病变,效果显著,现分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 对象 来我院眼科门诊就诊的50例66眼挫伤性视神经病变的患者。其中男31例(44眼),女19例(22眼),年龄8岁~65岁,平均年龄43.1岁。视力0.1以下者30眼,0.1以上者33眼。病程0.5a以内者27眼,0.5a~1a30眼,1a以上9眼。受伤原因:拳击伤17例,石头击伤2例,车祸19例,摔伤8例,其他4例。

1.2 方法 颞侧皮下注射,用5ml注射器(4.5#或5#针头)抽取复方樟柳碱注射液2ml,常规消毒颞侧皮肤,术者手持注射器,另一手绷紧皮肤,针面朝上,对准注射部位迅速刺入皮下。注射部位选择:眉梢上1cm与发际缘连线,眶下缘外端与耳前发际缘连线,在(4×5)cm<sup>2</sup>范围内,以45°刺入皮下,抽无回血即注药,1次/d,14d为1个疗程,注射2个~3个疗程。

1.3 辅助治疗 高压氧治疗;药物治疗,维生素B<sub>1</sub>、B<sub>12</sub>肌内注射等。

1.4 疗效标准 显效:视力提高2行以上;有效:视力提高1行以上;无效:视力无明显改善者。

2 结果

显效20例,有效25例,无效5例,总有效率90%。

3 讨论

复方樟柳碱注射液成分主要是氢溴酸樟柳碱0.2mg和盐酸普鲁卡因20mg。宋琛<sup>[1]</sup>等已通过动物实验证实复方樟柳碱(CA)具有神经保护作用。樟柳碱是从茄科植物唐古特山莨菪分离出的一种生物碱,其化学成分和东莨菪碱相似,药理作用和阿托品类化合物相似,有缓解平滑肌痉挛、散瞳、抑制分

泌等抗胆碱作用<sup>[2]</sup>。

复方樟柳碱是通过注射部位的自主神经末梢调整自主神经系统,并调整眼血管活性物质水平和相互比值,从而调整眼血管运动功能,增加眼血流量,改善眼组织供血,促进缺血组织迅速恢复,提高视功能<sup>[3]</sup>。同时它具有稳定、保护血管内皮细胞的作用,从而使创伤后内皮素的异常表达和释放局限,缓解视神经水肿,减轻循环障碍<sup>[4]</sup>。

挫伤性视神经损伤在临床上较为常见,但治疗起来却十分复杂,效果不能肯定。轻者视力轻度下降,重者会致盲。本组共治疗50例66眼挫伤性视神经病变的患者,采用复方樟柳碱颞侧皮下注射,加上一些辅助治疗,经过2~3个疗程的观察,加上一些辅助治疗,结果有效和显效共45例,无效5例,总有效率可达90%。加上颞侧皮下注射复方樟柳碱注射液,方法简单,操作易行,无太大的损伤和刺激,患者易于接受,可在临床广泛使用。应该注意的是,采用颞侧皮下注射时,进针不可太浅或太深,并且一定要抽取没有回血方能注药。

综上所述,复方樟柳碱颞侧皮下注射治疗挫伤性视神经病变,疗效显著,可以很大程度的改善视功能,提高患者的生活质量,是临床上较为可行的治疗方案。

参考文献:

[1] 宋琛,申维勇,朱燕莉.对比复方樟柳碱与妥拉苏林对眼缺血性的实验治疗[J].中国实用眼科杂志,1999,17(2):82-84.

[2] 王海波.复方樟柳碱改善青光眼术后视功能的临床研究[J].邵阳医学院学报.

[3] 陆凤翔,杨玉,许迪.临床实用药物手册[M].第3版.南京:江苏科学技术出版社,2004:888.

[4] 关娟.复方樟柳碱治疗视网膜震荡[J].中国实用眼科杂志,2001,19(4):314.

(收稿日期:2008-01-13)