

(45.9%);胎吸助产 380 例,窒息 108 例(28.4%);剖宫产 746 例,窒息 40 例(5.4%)。新生儿窒息的发生率以臀位产最高,胎吸产、剖宫产次之,自然分娩最低,差异显著(P 值均 <0.01)。臀位产、胎吸产、剖宫产新生儿窒息发生的危险性分别是自然分娩的 24.21 倍、11.31 倍、1.61 倍。因此,在自然分娩无法实施时应行剖宫产,尽量避免臀位产,严格控制胎吸产。

2.5 产程与新生儿窒息 剖宫产除外,滞产 95 例,新生儿窒息 24 例,发生率 25.3%;总产程正常 3455 例,发生率 6.5%。两者差异显著($P < 0.01$, OR 值为 4.89)。第二产程延长 124 例,窒息 47 例,窒息率 37.9%;第二产程正常 3426 例,窒息 200 例,窒息率 5.8%。两者有极显著差异($P < 0.01$, OR=8.26)。

3 讨论

新生儿窒息是导致新生儿死亡的最危险因素之一,本资料分析表明其危险性是非窒息儿的 50.42 倍。因此,预防新生儿窒息的发生是降低新生儿死亡率、提高产科质量的最重要手段。导致新生儿窒息的原因颇多,早产、过期产、臀位产、胎吸产及产程异常是最主要原因。早产儿肺发育不良、呼吸功能不健全易发生窒息,过期妊娠胎盘功能不良,胎儿慢性宫

内缺氧,新生儿窒息率高。加强孕期保健,避免早产、过期产,即可避免此类新生儿窒息的发生。对不可避免的早产,产前应使用药物促胎肺成熟,产时再给予吸氧,可减轻早产儿窒息。

选择恰当的分娩方式对降低新生儿窒息率非常重要。本组资料分析表明,自然分娩对胎儿最安全。臀位阴道分娩是最危险的方式,因臀位产产程较长,常合并脐带因素及后出头困难,故新生儿窒息率高。孕期应及时纠正臀位,无法纠正的臀位产时应放宽剖宫产指征,以降低臀位产新生儿窒息的发生率。胎吸助产可引起机械性颅内出血,新生儿窒息率亦高,应严格掌握胎吸助产的适应症,避免对严重宫内窘迫的胎儿施行胎吸助产^[1]。

产程延长是导致新生儿窒息的重要原因。滞产易使母体疲劳甚至水电解质平衡失调、缺氧、酸中毒,间接影响胎儿;第二产程延长,胎头外露时间延长、受压过久,直接影响胎儿。因此,加强产时监护、积极处理产程,避免滞产、缩短第二产程可减少与减轻新生儿窒息。

参 考 文 献

- 1 袁中岳,陈清华.新生儿窒息 145 例临床分析.实用妇科与产科杂志,1991,7(6):315

(收稿:1996-11-28)

(本文编辑:罗 杰)

41 例颅脑损伤合并颌面伤的紧急处理

王文进 张正水 常廷龙

(山东省临沂矿务局中心医院脑外科 276017)

关键词 颅脑损伤 颌面损伤 合并伤 处理

中图法分类号 R651.15

1987 年 2 月~1996 年 5 月,我科收治颅脑损伤合并颌面伤患者 41 例,现就其紧急处理的有关问题讨论如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 36 例,女 5 例;年龄 7~71 岁,平均年龄 25.7 岁。受伤原因:坠落

伤 14 例, 车祸伤 10 例, 爆炸伤 7 例, 打击伤 6 例, 刀伤 4 例。

1.2 临床表现 闭合性颅脑损伤 26 例, 开放性颅脑损伤 15 例, 头痛、呕吐者 18 例, 除 6 例清醒外, 余均有不同程度的意识障碍。入院时行 CT 扫描 31 例, 头颅均摄 X 线平片。前额凹陷粉碎性骨折 17 例, 额窦骨折 9 例, 筛窦骨折 3 例, 眶骨骨折及眼球损伤 3 例, 颧骨骨折 3 例, 鼻骨骨折 2 例, 下颌骨骨折 2 例, 颌面软组织均有不同程度的损伤。合并误吸 4 例, 脑脊液漏 8 例, 颅内血肿 9 例, 颅内异物存留 2 例, 休克 11 例, 肺炎 5 例, 颅内感染 4 例。

1.3 治疗方法 41 例均行急诊手术, 开颅清除血肿 7 例, 脑清创术 34 例, 筛窦损伤行硬膜内修补或覆盖颞肌筋膜者 3 例, 一侧眼球摘除者 2 例, 用钢丝内固定和齿间钢丝外固定下颌骨骨折 1 例。颌面软组织裂口缝合 62 处, 气管切开 11 例。

2 结果

本组治愈 37 例, 死亡 4 例, 其中 2 例广泛性脑挫裂伤, 合并多发性颌面软组织损伤, 术后脑疝形成致生命中枢衰竭, 术后迅速死亡; 原发性脑干损伤合并下颌骨骨折死亡 1 例; 1 例开放性颅脑损伤, 脑组织外溢, 合并脑脊液耳鼻漏, 术后颅内感染, 全身衰竭死亡; 死亡率 9.8%。

3 讨论

3.1 颅脑、颌面伤为特殊类型颅脑损伤 X 光头颅平片及 CT 扫描可确定治疗方案, 治疗应首先解决危及生命的颅内血肿及窒息等, 开颅的皮瓣设计应根据颅内血肿或伤口部位而定, 原则上以暴露充分及有利于彻底清创。若额部损伤广泛及额窦损伤, 可行冠状切口, 坏死组织、血肿、异物、粉碎性游离的小骨片都应彻底清除, 额窦粘膜刮除后用骨腊封住。硬膜缺损大缝合有困难者, 用骨膜或颞肌筋膜修

补, 颅内应置入引流管。

3.2 颌面软组织清创 应请有关专科医师协同处理, 既要有利于伤口愈合, 也要考虑其功能与美容。面部具有血运丰富, 组织愈合能力强的解剖特点, 处理颌面软组织时, 不必做过多的修剪。用双氧水和生理盐水反复冲洗, 软组织皮瓣复位, 对位要好, 皮肤用细针线缝合, 皮缘不要内翻, 以免愈合不良, 影响美观。

3.3 骨组织清创 粉碎性游离的小碎骨片要予以摘除, 与骨膜有贴连的大、中骨片应尽量保留, 轻易切除可使颜面塌陷。有移位的骨折应尽早复位, 小心细致地用电钻钻孔, 细钢丝做内固定。对下颌孔骨部位双骨折经手法复位后, 采用齿间钢丝固定法做外固定^[1], 本组 2 例用此法获得良好的治疗效果, 既避免了骨折畸形愈合, 又恢复上、下齿的正常咬合功能。

3.4 口腔内的清创 首先要处理口腔内软组织损伤, 如先缝合腭部、舌及口腔粘膜。松动牙齿要拔除。值得一提的是下颌骨骨折的骨折端穿破齿龈部外露, 应将外露的骨折端及牙块摘除。

3.5 并发症处理 ①颅脑颌面伤常有颅底骨折, 脑脊液耳、鼻漏。对耳、鼻漏应采用抬高头部 10°~15°, 头偏向耳漏侧, 保持呼吸道通畅, 应用抗生素及镇静止咳药物, 以防气体进入颅内及颅内感染。鼻漏出血量较大者, 应输血输液, 迅速鼻腔填塞止血, 应用较大剂量止血药物静脉滴注。有颅内血肿者要及早开颅清除血肿和降低颅内压治疗。②误吸是颅脑损伤昏迷的常见并发症。本组误吸病例都是因颅脑损伤伤情重并有口腔粘膜裂伤血液流入呼吸道所致, 表现为呼吸困难、发绀或窒息。迅速气管切开吸出误吸物和吸氧是唯一的抢救措施, 否则就失去抢救的机会。③抗休克治疗。在治疗中, 如输血量超过 800ml, 血压仍不回升或回升后血压再下降, 应考虑到合并胸腹腔脏器的损伤。④本组肺部感染, 除坠积性肺炎外, 尚有吸入性肺炎。除针对性使用抗生素

外,加强呼吸道护理十分重要,痰多或粘稠时应作气管切开勤吸痰。⑤防治颅内感染。开放性颅脑损伤清创不够彻底和脑脊液漏者易发生颅内感染,使病情恶化甚至死亡。因此,对开放性颅脑损伤清创要彻底,伤道反复用双氧水、生理盐水冲洗并引流,术后加强抗炎和

支持疗法。

参 考 文 献

- 1 刘润田·骨折与脱位治疗图谱·北京,人民卫生出版社,1985.110

(收稿:1997-01-10 修回:1997-06-10)

(本文编辑:吴 进)

磷脂肌醇信使系统相关的 5-羟色胺亚型受体与临床的关系

任新国

韦庆锦

(病理生理学教研室)

(徐州市精神病院)

关键词 5-羟色胺亚型受体 磷脂肌醇

中图法分类号 R735.2

近年来随着对精神病的广泛深入研究,人们已经越来越认识到中枢 5-羟色胺(5-HT)能神经系统功能变化在精神病的发生发展中具有重要作用^[1]。本文将简述与磷脂肌醇(phosphoinositide PI)信使系统相关的各种 5-HT 亚型受体及其临床关系。

1 5-HT 受体与第二信使系统的联系

由于特异性 5-HT 受体激动剂和阻断剂的不断发现以及对 5-HT 亚型受体的克隆研究,对 5-HT 受体的作用机制也有更深入的理解。现在一般认为 5-HT 受体可分为 5-HT₁、5-HT₂、5-HT₃ 等多种受体。5-HT₁ 受体可进一步分为 5-HT_{1A}、5-HT_{1B}、5-HT_{1D} 等亚型受体,而 5-HT₂ 受体可进一步分为 5-HT_{2A}、5-HT_{2B}、5-HT_{2C} 等亚型受体^[2]。虽然同属 5-HT 受体大家族,但其作用机制不尽相同。所有的 5-HT₁ 亚型受体都与介导环磷酸腺苷(cAMP)信使系统相偶联,激动剂与 5-HT₁ 受体结合可以通过 G_i 蛋白抑制腺苷酸环化酶的活性,使 cAMP 形成减少。5-HT₂ 受体介导 PI 信使系统,当 5-

HT₂ 受体被激动剂激活后,使 G_p 蛋白活化,从而激活磷脂酶 C(phospholipase C PLC),在 PLC 的作用下,4,5-二磷酸脂酰肌醇(phosphatidylinositol 4,5-bis-phosphate PIP₂)被水解成二磷酸肌醇(inositol tri-phosphate IP₃)和 1,2-二乙酰甘油(diacylglycerol DAG)。IP₃ 可以与内质网膜上的 IP₃ 受体结合,从而启动 Ca²⁺ 通道,使内质网内贮的 Ca²⁺ 流入细胞浆,致胞浆内 Ca²⁺ 增加。DAG 直接激活蛋白激酶 C(protein kinase C PKC)。胞浆内 Ca²⁺ 增加和 PKC 的激活可引发一系列生理生化效应,所以 IP₃ 和 DAG 被认为是第二信使,与 cAMP 具有同样重要的作用。5-HT₃ 受体激活可以增加细胞膜对 Na⁺/K⁺ 的通透性,增加 Ca²⁺ 的内流,间接地激活磷脂肌醇第二信使系统。

2 5-HT 亚型受体与临床联系

2.1 5-HT_{2A} 受体 早在 1978 年,人们已用同位素配基结合技术鉴定出 5-HT_{2A} 受体。³H-ketanserin、¹²⁵I-LSD 等同位素配基均可用来标记 5-HT_{2A} 受体^[3,4]。5-HT_{2A} 受