

之因后天发育不良或长期承受腹压(如慢性咳嗽、前列腺良性肥大等)、营养不良等因素长期存在,使该层组织变得十分薄弱,Shouldice法是把不很坚韧的腹横筋膜缝于并非同一层次的腹股沟韧带上,且该法对手术患者有一定的选择性,因此在一定程度上限制了在临床上的广泛应用。

近年来,随着人们对疝发病机制的认识,其治疗方法也在发生改变。先天性疝是由于鞘膜突的存在,后天性主要是由于腹股沟区肌肉腱膜组织的胶原代谢异常,致使局部薄弱;由于腹膜腔是个密闭的囊袋,根据物理学原理,如囊壁各点牢度相当,则囊内压均匀分布于各点,但若一处囊壁较其他部位薄弱,则该处囊内压力远较其他处为大^[1]。这是疝不能自愈和传统疝修补术后易复发的主要原因。无张力修补是疝修补术的重要原则,良好的组织愈合过程必须有成纤维细胞反应和适当的氧合,传统的疝修补法缝合对拢后张力不可能每一缝合点都均匀一致,从而影响愈合。这也就是代替物修补的理想依据。Rutkow与Bard公司合作于1993年提供了Perfix充填物和Bard成型补片的定型产品,是采用代替物修补的理想产品,使疝环充填式无张力修补手术应用于临床^[2]。我们体会疝环充填式无张力疝修补术式确有其独特的优点:(1)由于网片的应用,使手术变得简单,创伤减少,手术时间大为缩短。(2)术后恢复快,特别是采用局部麻醉的患者,术后4h即可起床,硬膜外麻醉患者亦于术后1天即离床活动。(3)疼痛轻微,由于本术式不会使组织移位,故术后不存在由于张力所致的牵扯性疼痛,亦无需担心术后咳嗽所致的组织、缝线破裂,因此更适合于老年患者。(4)聚丙烯材料有很好的生物相容性,在生物化学上是惰性的,不增加感染机会,不影响切口

愈合,肉芽组织和毛细血管可通过此网生长,在4~6周形成一强度很大的结缔组织层。Perfix充填物,可使疝囊完全内翻,起到防止疝复发的作用。本组全部病例均未发生感染或异物排斥反应。术后随访6~20个月,未发现复发病例。

对于发病时间短、疝囊小的患者,我们多采用不切开疝囊法,以尽量减少手术的创伤程度。若为较大疝囊往往有疝内容物的粘连,例如大网膜、纤维索带分隔、囊肿或积水等^[3],这些情况必须在行手术时一并予以解决,切除部分疝囊,缝合关闭疝囊残端,使大疝囊变为小疝囊。对于双侧疝,同时选择两侧切口,进行修补。术中使用电凝止血,不做结扎,减少异物。术中嘱患者咳嗽或增加腹压,不仅易于寻找疝囊,而且还有利于观察Perfix充填物放置是否妥当。嵌顿疝及复发疝的患者局部缺损大,组织薄弱,使用的塞子和网片应相应增大,并加以固定,以免卷摺。

随着我国人口老龄化的扩大,老年人疝发生率会增加。尤其老年人并发前列腺肥大、心肺功能不全、糖尿病等不能或不适应传统疝修补术者和疝复发以及腹壁组织严重萎缩和过度肥胖者,这一新术式显得更有临床意义。本组年龄>60岁19例,同时合并其他伴随病18例,双侧疝5例,1~2次复发疝5例,全部安全地耐受了充填术。因此,充填式无张力腹股沟疝修补术值得推广应用。

[参 考 文 献]

- [1] 吴孟超. 腹部外科学[M]. 上海: 上海科学技术文献出版社, 1998: 21.
- [2] Rutkow IM, Robbins AW. Mesh plug hernia repair: A follow-up report[J]. *Surgery*, 1995, 117(5): 597~598.
- [3] 彭开勤, 张应天. 腹股沟疝修补术式的合理选择[J]. 临床外科杂志, 1998, 6(4): 188~189.

[文章编号] 1000-2200(2004)02-0166-03

· 临床医学 ·

第三产程口服米索前列醇预防产后出血疗效观察

彭凤云

[摘要] 目的: 探讨第三产程口服米索前列醇预防产后出血治疗效果。方法: 选择无前列腺素应用禁忌证、无内外科合并症和产科并发症的单胎头位足月妊娠阴道分娩的初产妇100例,按序列表随机设米索组在第三产程口服米索前列醇600 μ g和缩宫素组肌肉注射缩宫素20IU各50例,观察第三产程时间、产后失血量、分娩前后血红蛋白减少和红细胞比容变化、产后出血率、额外加用宫缩剂、用药前后血压变化及用药后的副反应。结果: 第三产程时间、产后出血(n)、额外加用宫缩剂、产后出血量、分娩前后红细胞比容变化,两组差异无显著性($P>0.05$);分娩前后血红蛋白减少量,两组差异有显著性($P<0.05$);用药前后血压无明显变化($P>0.05$),用药后的副反应小。结论: 米索前列醇是防治产后出血安全、高效、简便的方法。

[收稿日期] 2003-08-19

[作者单位] 江苏省徐州市第六人民医院 妇产科, 221006

[作者简介] 彭凤云(1970-),女,江苏徐州人,主治医师。

[关键词] 出血, 产后; 产程, 第三; 米索前列醇

[中国图书资料分类号] R 714.461

[文献标识码] A

产后出血是产科临床常见的严重并发症之一,是当前我国孕产妇死亡的首位原因。在产后出血的四大原因中,子宫收缩乏力性出血占首位,发生率为 50%~75%,约占产后出血的 2/3^[1]。因此,积极防治子宫收缩乏力性出血是降低孕产妇病死率的关键。本文就自然分娩产妇第三产程口服米索前列醇防治产后出血进行了观察,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2002 年 3 月~2003 年 3 月,选择我院住院待产妇中无前列腺素应用禁忌证、无内外科合并症和产科并发症的单胎头位足月妊娠阴道分娩的初产妇 100 例,按序列随机设米索组和缩宫素组各 50 例。两组在孕母年龄、体重、孕次、分娩孕周、第一及第二产程时间、阴道助产、会阴缝合时间和新生儿体重方面差异均无显著性($P>0.05$)(见表 1)。

1.2 给药方法 米索组在胎儿娩出后,口服米索前

表 1 两组一般情况比较($n_i=50, \bar{x}\pm s$)

分组	年龄 (岁)	体重 (g)	孕次	孕周	第一产程 (min)	第二产程 (min)	阴道助产 (胎吸)(n)	会阴缝合时间 (min)	新生儿体重 (g)
缩宫素组	26.25±2.52	62.75±5.28	2.01±0.75	39.28±1.35	556.72±255.40	41.25±20.71	1	18.51±9.02	3309.95±400.42
米索组	25.58±2.40	62.50±5.04	2.01±0.76	39.80±1.31	538.60±265.40	39.24±20.34	2	19.09±7.75	3309.50±285.83
<i>t</i>	1.36	0.24	0.00	1.95	0.35	0.49	0.00 [△]	0.30	0.01
<i>P</i>	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

△示 χ^2 值

列醇 600 μ g; 缩宫素组肌肉注射缩宫素 20 IU。如第一产程有缩宫素催产,胎头娩出后立即停用,当产后目测出血量 $\geq 300\sim 400$ ml,追加缩宫素。

1.3 测量产后出血量 常规切开会阴,胎儿娩出,羊水流尽后铺一次性防水纸垫一块,聚血盆置产妇臀下收集并观察出血量到产后 2 h,离开产房时常规挤压子宫底,使宫腔及阴道积血排出。聚血盆与收集缝合会阴时所用的纱布、纸垫,产后 24 h 的月经垫称重,计算净出血量(g),然后按比重 1.05 相当于 1 ml 血液的标准,计算出总血液量。记录第三产程时间和缝合会阴时间,用药前后 1 h 的体温、血压及

用药后出现的副反应,包括寒战、恶心、呕吐、腹泻等。检测分娩前和分娩后第 2 天的血红蛋白和红细胞比容。

1.4 统计学方法 采用 *t* 检验和 χ^2 检验。

2 结果

2.1 观察结果 第三产程时间、产后失血、产后失血量两组差异无显著性($P>0.05$);两组产妇分娩前后血红蛋白减少量差异有显著性($P<0.05$);其余各指标间两组差异均无显著性($P>0.05$)。两组用药后血压无明显变化($P>0.05$)(见表 2)。

表 2 两组观察指标情况($n_i=50, \bar{x}\pm s$)

分组	失血量 (ml)	分娩前后血红蛋白 减少量($\bar{d}\pm s_d$)(g/L)	分娩前后 红细胞压积	产后出血 ($n\geq 500$ ml)	第三产程时间 (min)	产后额外追加 宫缩剂(n)	血压(mmHg)	
							舒张压	收缩压
缩宫素组	260.60±190.50	-11.70±9.10	0.038±0.035	7	7.28±3.02	12	80±5	110±5
米索组	205.60±121.60	-7.75±10.38	0.024±0.043	3	6.35±5.28	10	80±10	110±10
<i>t</i>	1.72	2.02	1.79	1.78	1.08	0.23	0.00	0.00
<i>P</i>	>0.05	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.2 用药后的副反应 米索组出现寒战 8 例,均在用药后 10~60 min 出现,持续 10~15 min 消失;腹泻 2 例,用复方苯乙哌啶对症治疗消失;轻度恶心 2 例;体温升高($\geq 37.5^\circ\text{C}$)20 例,最高达 38.6°C ,未予处理,1 天后降为正常。缩宫素组除 2 例体温升高(最高达 37.5°C)外,未见上述副反应。

3 讨论

3.1 米索前列醇用于防止产后出血的可行性 米索前列醇是前列腺素- E_1 的类似物,口服后转化为有活性的米索前列醇酸,服药后 2 min 内即可在血液循环中检出,30 min 内血浆水平达到高峰,半衰期

为 $1.5 \text{ h}^{[2]}$ 。分娩后给口服 $600 \mu\text{g}$ 米索前列醇, 发生产后出血的比例低, 其产后出血率为 $6\%^{[3]}$ 。第三产程早期口服米索前列醇, 有与缩宫素相同收缩子宫的作用。本文虽然产妇产后第三产程时间两组差异无显著性 ($P > 0.05$), 但分娩前后血红蛋白减少量米索组比缩宫素组小 ($P < 0.05$), 可见米索前列醇有起到预防产后出血的作用。

3.2 米索前列醇防治产后出血的意义 子宫收缩乏力性出血一直用缩宫素, 收到了一定效果。但一部分产妇未能奏效, 可能与这些产妇的个体差异和缩宫素受体的占满率有关, 或许因单纯缩短子宫纤维无效, 需更多的增强子宫收缩频率。米索前列醇不但有强烈的子宫收缩作用, 而且能增强子宫收缩频率, 所以它比缩宫素更优越。对缩宫素不敏感的产妇, 可选择米索前列醇, 起到防治产后出血的作用, 并且米索前列醇性能稳定, 可以口服, 不需特殊储存, 尤其适用于农村基层医疗单位。

3.3 米索前列醇的安全性 使用米索前列醇后血压无明显变化, 说明米索前列醇不影响血压, 不增加

产妇产血管系统的负荷, 尤其适用于患妊娠高血压综合征等血压高、容易发生产后出血的产妇^[4]。米索前列醇除对子宫有收缩作用, 还能使胃肠道平滑肌收缩, 导致恶心、呕吐、腹泻等。但多为一过性, 有明显的首过效应。本研究米索组 50 例表现恶心、腹泻各 2 例, 均为轻度, 对症治疗一天即消失。米索组出现寒战 8 例, 占 16% , 是因为米索降低了生理性寒战阈值; 发热 20 例, 占 40% , 最高达 38.6°C , 此症状亦为一过性, 未产生危害, 无需特殊处理, 说明米索前列醇是防治产后出血安全、高效、简便的方法。

[参 考 文 献]

- [1] 杨梦庚. 子宫收缩乏力性产后出血的防治[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 1993, 9(4): 197~198.
- [2] Karim A. Antiulcer prostaglandin in misoprostol: Single and multiple dose pharmacokinetic profile [J]. *Prostaglandins*, 1987, 33 (Suppl): 40~41.
- [3] el-Refaey H, O'Brien P, Morafa W, et al. Use of oral misoprostol in the prevention of postpartum haemorrhage [J]. *Br J Obstet Gynaecol*, 1997, 104(3): 336~339.
- [4] 王玉环, 林莲莲, 方晓红. 口服米索前列醇防止产后出血的研究[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2001, 17(3): 177~178.

[文章编号] 1000-2200(2004)02-0168-02

· 临床医学 ·

丙泊酚用于纤维支气管镜检查的临床观察

高 敏

[关键词] 支气管镜术; 丙泊酚; 镇静

[中国图书资料分类法分类号] R 768.1 [文献标识码] B

患者在做纤维支气管镜检查时, 常有精神紧张与恐惧, 且插入纤维支气管镜时直接对气道产生刺激会引起剧烈呛咳, 甚至引起气道反射性收缩和喉痉挛^[1]。2002年6月~2003年6月, 我院对行纤维支气管镜检查的患者采用丙泊酚镇静, 同时采用 VBM 内镜面罩供氧, 取得较满意的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患有肺部疾病的 60 例随机分为两组, ASA I~II, 年龄 45~60 岁, 体重 50~70 kg。A 组男 16 例, 女 14 例; 表面麻醉后静脉注射(静注)丙泊酚 2 mg/kg 、芬太尼 $2 \mu\text{g/kg}$ 诱导, 5 min 后以 $8 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$ 均速泵推注丙泊酚维持麻醉。B 组男 18 例, 女 12 例; 表面麻醉后静注丙泊酚 2 mg/kg 、芬太尼 $2 \mu\text{g/kg}$ 诱导, 5 min 后以 $3 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$ 均速泵推注丙泊酚, 同时以 $4 \mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$ 推注芬太尼维持麻

醉。并以 BIS 65 调节丙泊酚的速率, 纤维支气管镜检查的时间控制在 20~30 min。两组在做纤维支气管镜时使用 VBM 内镜面罩供氧。

1.2 操作方法 2%利多卡因喷雾咽喉部 30 min, 开放右肘静脉以备丙泊酚及芬太尼输注。麻醉诱导 5 min 后, 均速泵推注丙泊酚或丙泊酚加芬太尼维持麻醉, 同时纤维支气管镜经 VBM 内镜面罩的硅胶膜上的孔进入咽部寻找声门, 见到声门裂、隆突时, 经纤维支气管镜注入 2%利多卡因 3 mL。一侧肺检查完毕, 纤维支气管镜经隆突检查另一侧肺时, 再次注入 2%利多卡因 3 mL。双侧肺检查完毕, 退出至隆突时, 结束麻醉。操作过程中通过 VBM 内镜面罩供氧, VBM 内镜面罩的硅胶膜和纤维支气管镜前端在使用时涂润滑剂。

1.3 观察记录 (1) 监测基础生命体征, 包括心率(HR)、平均动脉压(MAP)、脉搏氧饱和度(SpO_2), 记录检查前、麻醉诱导、一侧肺检查完毕、检查结束退至隆突时 HR、MAP、 SpO_2 。(2) 脑电双频指数(BIS): 记录检查前、麻醉诱导、苏醒时间时 BIS。(3) 苏醒时间和丙泊酚的用量: 检查结束至苏

[收稿日期] 2003-06-21

[作者单位] 上海第二医科大学附属瑞金医院卢湾分院 麻醉科, 200020

[作者简介] 高 敏(1969-), 女, 江苏常州人, 主治医师。