

改良腹式横切口子宫切除术 48 例临床分析

谢婵

(广东省化州市人民医院妇产科 化州 525100)

关键词:子宫切除术;改良腹式横切口;对比观察

中图分类号:R 713.42

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)04- 0048-02

经腹子宫切除术是常用的术式。我院在以色列医生 Stark 创立的新式剖宫产术的基础上,改良应用于子宫切除,使手术简便,快捷,出血少,损伤小,术后恢复快。现总结报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院 2003 年 12 月~2004 年 1 月共收治子宫切除手术病人 208 例,年龄 32~70 岁,平均 48.5 岁;包括子宫肌瘤、更年期功血、子宫腺肌病、子宫颈中重度不典型增生

等。随机选择改良腹式横切口子宫切除术 48 例为观察组,并随机选择同期传统式纵切子宫切除术 48 例为对照组。2 组患者年龄、手术指征、子宫大小等均无明显差别,具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 麻醉方法 2 组病例均采用连续膜外麻醉。

1.2.2 手术方法 (1) 采用耻上 2~3 横指横弧形切口 10~12cm(视宫体大小),仅切开皮肤,撕开脂肪,剪开筋膜,钝性加锐性分离肌腱与筋膜粘着处,钝性分离腹直肌,提拉腹

宫腔镜在取器困难中的应用体会

代丽

(山东省枣庄市市中区税郭镇中心医院 枣庄 277121)

关键词:宫内节育器;宫腔镜;病例报告

中图分类号:R 169.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)04- 0048-01

宫内节育器 IUD 是我国育龄妇女常用的长效避孕工具,由于其具有安全、长效、简便、可逆、经济等优点而被广大育龄妇女所采用。据统计,我国的育龄妇女约有 800 多万,采用 IUD 避孕的约占 40%左右。随着 IUD 的广泛使用,其并发症也相应增多,IUD 嵌入子宫肌层的病例时有发生,常常造成取出困难。如盲目操作或处理不当,不仅会给带器妇女带来痛苦,而且还可导致子宫穿孔,脏器损伤,血肿形成等严重并发症。我院最新采用宫腔镜辅助取器,取得了良好的效果。现报告如下:

1 病历简介

病例 1. 55 岁,孕 3 产 2,置器 25 年,绝经后 3 年来院取器。常规取器失败,B 超检查未见环位明显异常。宫腔镜检查隐约可见“O”形 IUD 表面有薄层附着物。取出宫腔镜,用刮匙去环表面附着物,再次放入宫腔镜,见嵌顿“O”形环已部分暴露,然后用取环钩钩住暴露的环往下拉,至宫颈口再用血管钳钳住,拉出宫形的“O”形环 1 只。

病例 2. 35 岁,孕 2 产 2,3 年前平产后哺乳期置器,术后 2 年开始下腰部隐痛,自服抗炎抗菌药物无效,来院要求取器,常规取器失败无明显金属感,而做 B 超检查提示“O”形环位于子宫内口上方肌层内。宫腔镜检查见子宫峡部 9~12 点处约有 0.5cm 金属单环贴于子宫壁。环的 1/5 埋于子宫壁内。宫腔镜明确环位后,先用取环钩钩住环,缓慢用力往下拉,阻力较大不易拉动时再用 23cm 长弯血管钳夹住环,拉直自一侧端剪断,牵拉另一端,轻轻将环抽丝取出。

2 讨论

放置宫内节育器时,应选择与子宫相适应的节育器。放置时提高操作技能可避免 IUD 嵌顿。例 1 为绝经期妇女,由于卵巢功能逐渐衰退,雌激素水平下降,子宫萎缩,导致 IUD 相对过大,易引起 IUD 嵌顿,给取器造成很大困难。且绝经期妇女子宫壁薄、脆,操作时稍不注意就可引起子宫穿孔及脏器损伤,绝经时间越长,取器越困难。为此,带器妇女在绝经后 1 年内将器取出是必要的,不仅可降低取器难度,还可减少并发症发生。例 2 中,哺乳期置器虽非禁忌,但教训告诫我们应特别重视哺乳期置器术后的随访。

IUD 嵌入子宫肌层,往往是造成 IUD 断裂或取出困难的主要原因。IUD 嵌入肌层越深,取器阻力越大,断裂可能性就越大。当取器困难时,准确的定位就显得十分必要。宫腔镜能直接观察 IUD 在宫腔的位置、形态、嵌入部位及深度,提供直观而准确的 IUD 定位,为难取环的处理措施提供可靠依据。部分嵌顿或难取环可直接在宫腔镜下取出,另有部分嵌入子宫较深而未断裂的环需改用长弯钳钳夹取出。术后需常规宫腔镜检查。了解宫腔内有无损伤、出血及残留环,因此,对常规取器失败或 B 超提示 IUD 嵌顿的病例,采用宫腔镜检查效果较好。它能明确取器失败的原因,且在其直视下操作,避免了取器的盲目性,可避免宫壁的损伤,且手术时间短,受术者痛苦少,是一种简单易行可推广的手术方法。

(收稿日期: 2005-02-25)

产科新生儿窒息复苏后的临床观察及体会

宫延荣 刘月红

(山东省乳山市人民医院 乳山 264500)

关键词:新生儿窒息;复苏;临床观察;护理

中图分类号:R 722.12

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)04- 0049-01

在基层医院的产科,新生儿窒息复苏后,即转入病房,母婴同室。病房护士如何进行观察护理,及时发现复苏后的并发症,显得极为重要。因此在 2001~2003 年对 56 例复苏后的新生儿有针对性地观察。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 男 31 例,女 25 例;胎龄 >40 周 7 例,余均为足月新生儿。体重 3 500~4 000g32 例,>4 000g24 例;轻度窒息 41 例,重度窒息 15 例。其中应用胎头吸引器助产 42 例。出生 5min 后阿氏评分 <8 分除外(直接转儿科治疗)。

1.2 临床结果 发生惊厥 1 例,肌张力增强、头后仰 1 例,肌张力减低 3 例,嗜睡不吸吮 9 例,哭声弱或伴呻吟 3 例,易激惹 1 例,口周青紫、呼吸困难加重 3 例,均转儿科治疗。经跟踪调查儿科诊断情况:颅内出血 3 例,缺血缺氧性脑病轻度 5 例,中度 2 例;余 11 例按新生儿窒息治疗。

1.3 发病时间 出生 0.5~6h 9 例,6~9h 7 例,9~13h 3 例,>24h 1 例,>48h 1 例。

2 临床观察

2.1 神经系统的观察 观察新生儿的意识状态,有无嗜睡或易激惹,甚至昏迷;有无脑性尖叫、哭闹不止、前卤门饱满、双侧瞳孔的改变;注意呕吐的性质、次数,有无抽搐先兆;观察

膜剪一小横口,撕拉腹膜;(2)小块纱布排垫肠管,常规步骤切除子宫,可吸收肠线连续缝合盆底腹膜及壁层腹膜,并连续缝合筋膜层、脂肪层及皮层(缝合时注意缝合拉力要均匀)。对照组按传统方式采用纵切口子宫切除术。

1.3 统计学处理 所得数据用 $\bar{X} \pm S$ 表示,统计学分析采用 t 检验和 χ^2 检验。

2 结果

2.1 2 组术中情况比较 改良腹式横切口子宫切除术由于采用撕拉式进腹,使手术时间明显缩短,术中出血量减少。见表 1。

2.2 2 组术后情况比较 观察组术后病率(为术后 5d 内每天测 4 次体温,2 次达到或超过 38℃)和术后肛门排气时间、疼痛程度均明显低于对照组。见表 2。

表 1 2 组术中情况比较($\bar{X} \pm S$)			
组别	n	手术时间/min	术中出血量/mL
观察组	48	51.2± 6.5*	93.81± 29.95**
对照组	48	72.1± 7.5	129.19± 49.57

注:2 组比较,*P<0.01,**P<0.01。

3 讨论

自从新式剖宫产即以以色列剖宫产术在我院应用以来,取得良好效果,故我院 2002 年开始取其优点应用于子宫切除

肢体活动情况,肌张力有无改变以及新生儿特殊的神经反射有无改变。

2.2 呼吸的观察 观察新生儿呼吸的频率、节律、幅度;呼吸道是否改善,如出现呼吸节律不整甚至暂停,呼吸困难加重,应及时与医生联系。

2.3 循环系统的观察 在产科没有新生儿专用血压计,主要是观察面色、心音的强弱,脉搏的节律,末梢循环情况。注意有无肢端发凉和发绀、脉搏细弱、心动过缓、皮肤发花、体温不升及尿量的变化。

2.4 啼哭的观察 正常新生儿哭声宏亮、有力、婉转。随着饥饿、刺激、温度等因素的解除哭声即止。因此可根据新生儿哭声的高低、强弱、持续时间进行观察,注意有无哭声直、弱或伴呻吟,有无惊叫、哭闹不休等,同时注意哭闹时有无伴随其他异常表现。

2.5 吸吮的观察 主要观察新生儿的吸吮力、吞咽反射,有无拒奶,有无伴随症状如面色青紫、恶心呕吐等。

3 体会

3.1 做好评价工作 新生儿转至病房时,护士要向助产士详细了解新生儿的抢救过程,阿氏评分情况,通过对新生儿的呼吸、面色、吸吮反射、肌张力、啼哭的观察,(下转第 55 页)

表 2 2 组术后情况比较($\bar{X} \pm S$)				
组别	n	术后病率/%	肛门排气时间/h	术后住院天数
观察组	48	5.97	22.3± 9.8	5
对照组	48	17.74	45.1± 3.3	7

注:2 组术后情况比较,差异有显著性(P<0.01)。术,称之为改良腹式横切口子宫切除术。本组资料表明其具有以下优点:(1)沿皮肤皱折处横切口只切开真皮层、皮下脂肪、腹直肌、腹膜等,均采用钝性撕拉方法,避免下腹两侧腹壁下动静脉下行支的损伤,保存了血管、神经的完整性,从而减少了开腹出血量,缩短了开腹时间及总手术时间。避免了因脂肪组织或血管破坏导致的脂肪液化及切口感染,降低了术后病率。(2)横切口口子小,位置低,术中不需要大幅度排垫肠管,对肠管刺激小,有利于术后肠功能恢复,故缩短了排气时间,使患者能早进食,减少了输液量。(3)术后疼痛轻,使病人术后下床活动早,这就大大降低了肠粘连的发生率。可吸收肠线缝合腹壁各层,外表美观,节省手术时间,且不需拆线,缩短了病人术后住院天数。但盆腔恶性肿瘤因手术切除范围广,横切口对盆腔暴露不充分,不利于探查上腹部及膈下,故不宜选用此术式。

(收稿日期: 2005-04-20)