

腹膜外剖宫术与进腹剖宫产术的比较

沈丽芳

(浙江杭州市萧山区第一人民医院 萧山 311201)

摘要:目的:探讨腹膜外剖宫产术的优越性。方法:随机抽取我院 53 例腹膜外剖宫产术的产妇作为观察组,同时随机选取同期进腹剖宫产术产妇 48 例作为对照组,对 2 组手术时间、术中出血、术后发热、腹痛腹胀发生率、术后抗生素使用时间及并发症等进行比较。结果:2 组手术时间、术中出血量观察组与对照组统计学上无显著差异($P > 0.05$),术后发热、腹痛腹胀发生率及术后抗生素使用时间观察组明显低于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),2 组均无并发症。结论:腹膜外剖宫产术具有术后发热少、无明显腹胀,术后腹痛轻恢复快及感染率低等优点,是一种可以被广泛采用的剖宫产术式。

关键词:腹膜外剖宫术;进腹剖宫产术;对比观察

中图分类号:R 719.8

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)06 0027-02

我院自近年采取腹膜外剖宫产术 200 余例,随机抽取腹膜外剖宫产术与同期进腹剖宫产术进行比较,观察 2 组产妇的手术时间、术中出血、术后腹胀腹痛、发热、抗生素使用时间等并发症等情况。

1 资料来源与方法

1.1 一般资料 随机抽取我院 2002 年 12 月~2004 年 12 月期间行腹膜外剖宫产 53 例作为观察组,随机抽取同期进腹剖宫产术 48 例作为对照组,2 组对象均无下腹手术史,且平均年龄、孕龄产次、新生儿体重、手术指征比较,均无统计学上的差异, $P > 0.05$ 。

1.2 方法 2 组术前均备皮、导尿,观察组于导尿后夹闭导尿管,以便膀胱充盈,并于术中推离膀胱返折腹膜时开放导尿管。2 组均采用连续硬膜外麻醉。

1.2.1 对照组下腹行纵切口(10 例)或横切口(38 例),逐层进腹,作子宫下段横切口,娩出胎儿胎盘后,全层关闭宫腔及逐层关闭腹壁各层。

1.2.2 观察组行腹膜外剖宫产术方法:(1)于耻上 3cm 作一长 12~14cm 横切口仅切透皮肤真皮层。(2)皮下脂肪层、筋膜层、腹直肌前鞘、腹直肌采取逐层撕拉法。(3)采用侧入法分离膀胱返折腹膜暴露子宫下段,娩出胎儿胎盘后,子宫下段全层连续缝合。(4)膀胱筋膜、腹直肌前鞘、脂肪层间断缝合。用不吸收滑线连续皮内缝合,4~5 d 后抽出滑线。

1.3 统计学方法 采用 SPSS10.0 进行统计分析。

2 结果

2.1 所有产妇手术经过顺利,腹膜外组产妇有 3 例腹膜破裂 1~2cm 小口。2 组手术时间、术中出血无显著差异($P > 0.05$),见表 1。

目前西医尚无特异性治疗,主要采用护肝、对症处理,左侧卧位可以增加胎盘血流量,给予吸氧、高渗葡萄糖、维生素类及能量合剂既保肝又可提高胎儿对缺氧的耐受性。中医中药可作为综合治疗的一个组成部分。本病在中医学属“黄疸”范畴,其病机为湿热蕴结,薰蒸肝胆而成。采用清热利湿、疏肝利胆为治则。方中茵陈清热利湿、退黄为要药;栀子、黄芩、清热泻火,燥湿退黄;辅以车前子、金钱草利水通淋,除湿除黄,使湿热从二便而去;柴胡、郁金疏肝解郁,利胆退黄;白术、茯苓补气健脾,利水除湿;荆芥祛风止痒;甘草调和诸药。诸药

表 1 2 组手术时间、术中出血情况比较($\bar{X} \pm S$)

组别	手术时间/min	术中出血/mL
观察组	42±10	178±45
对照组	39±12	185±55

2.2 腹膜外剖宫产术后发热(发热 $> 48h$,且至少有 1 次体温超过 $38^{\circ}C$)、腹胀腹痛程度(采用视觉模拟评分法 VAS)、术后肛门排气时间、下床活动及应用抗生素时间均较对照组低,2 组无术后并发症。见表 2。

表 2 2 组术后情况比较($\bar{X} \pm S$)

组别	n	发热	腹胀	腹痛(VAS 级)	排气时间/h	下床活动/h	抗生素使用/d
观察组	53	5(9.4%)	0	3(5.7%)	19.6±11.1	18.3±8.3	3.2±1.1
对照组	48	29(60.4%)	13(27.1%)	12(25.0%)	38.8±9.6	31.5±9.8	4.7±1.8
P 值		<0.05	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.05

3 讨论

剖宫产术是解决产科的并发症、合并症及难产等问题的有效措施之一,且能有效降低围产儿死亡率。目前,剖宫产术主要采用进腹子宫下段剖宫产术和腹膜外剖宫产术 2 种术式。由上述观察组与对照组的术中术后情况比较,可以看到腹膜外剖宫产术具有以下几方面明显的优越性:(1)腹膜外剖宫产术后发热发生率 9.4% 明显低于进腹剖宫产术 60.4%,且术后抗生素使用时间下于进腹组,从而减少住院时间,降低住院费用,提高床位周转率。(2)腹膜外剖宫产术是腹膜外途径,不干扰腹腔,胃肠功能不受影响,术后肠蠕动恢复快,术后无明显腹胀,腹痛轻,排气时间较进腹剖宫产组短,故产妇术后进食早,下床活动早,有利于母乳喂养及产后恢复。(3)腹膜外剖宫产因其避免腹腔内手术操作,杜绝羊水、脂类、血液、阴道分泌物等污染内脏脏器,减少盆腔粘连,也减少医源性盆腔内异症的发生。对有宫内感染或潜在感染的产妇,行

合用共奏清热除湿、疏肝退黄止痒的作用。本病中医治疗疗效确切,且无副作用,可长期服用,配合西医护肝、对症支持疗法及动态监测总胆汁酸浓度、肝功能,加强胎儿监护,取得满意疗效。

参考文献

- [1]李大慈.现代产科治疗学[M].广州:广东科技出版社,1997.248
- [2]龙昭玲.中西医结合妇产科学[M].北京:中国中医药出版社,2001.269

(收稿日期:2005-08-29)

参麦注射液、多巴胺佐治新生儿硬肿症并多器官功能衰竭 38 例分析

张永芹 李昌玲 刘杰

(山东省聊城国际和平医院 聊城 252000)

关键词: 新生儿硬肿症; 多脏器功能衰竭; MSOF; 中西医结合疗法; 参麦注射液; 多巴胺

中图分类号: R 722.16

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)06-0028-02

新生儿重度硬肿症是新生儿的急重症, 在合并多器官功能衰竭(MSOF)时治疗难度较大, 是造成新生儿死亡的常见原因之一。我院采用参麦注射液、多巴胺佐治硬肿症伴 MSOF 疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 新生儿硬肿症诊断标准及病情分度参照 1989 年全国新生儿学组会议讨论标准。收治的 70 例重度早产儿硬肿症患者, 随机分成 2 组, 治疗组 38 例, 对照组 32 例。2 组主要并发症见表 1。

表 1 2 组早产儿硬肿并发症比较 例

组别	n	窒息	肺炎	败血症	呼衰	肺出血	肾功能不全	DIC
治疗组	38	22	16	6	8	4	3	2
对照组	32	20	17	5	7	5	2	2

1.2 诊断标准 心力衰竭诊断标准: 心动过速 >160 次/min, 呼吸急促 >60 次/min, 心脏扩大或心胸比 >0.6, 肝肋下 ≥3cm 或奔马律。呼吸衰竭诊断标准: 呼吸急促 >60 次/min 或 <30 次/min 且有节律改变; 青紫、呻吟、三凹征(+); 血气示 PaO₂ ≤ 6.6 (50mmHg) 和 / 或 PaO₂ ≥ 6.67kPa。肾功能衰竭诊断标准: 少尿 (1mL/kg·h) 或无尿 (<0.5mL/kg·h); 氮质血症 (<SCr ≥ 88~142μ mol/L, BUN ≥ 7.5~11mmol/L 或每日增加 SCr ≥ 44μ mol/L, BUN ≥ 3.57mmol/L)。休克的诊断标准: 见表 2。2 组 MSOF 发生率见表 3。

表 2 新生儿休克评分标准

评分	血压/kPa	脉搏	皮肤温度	皮肤颜色	皮肤指压转红
0	>8.0	正常	正常	正常	正常
1	6.1~8.0	弱	凉	苍白	轻度变慢
2	<6.1	触不到	冷	发花	严重变慢

表 3 2 组 MSOF 发生率比较 例(%)

项目	治疗组	对照组
呼衰+心衰	22(57.9)	19(59.4)
呼衰+心衰+肾衰	10(26.3)	8(25.0)
呼衰+心衰+肾衰+休克	6(15.8)	5(15.6)

1.3 治疗方法 2 组均给予综合治疗, 包括复温、改善通气、维持水电解质平衡、纠正酸中毒、支持治疗、防治感染等。对合并窒息给予改善通气及供氧, 维持血糖、血压及内环境稳态。腹膜外剖宫产术较进腹剖宫产术比较, 可降低感染率及避免感染扩散。(4) 本院采用的腹膜外剖宫产术对皮下脂肪、腹直肌、子宫肌层等采用撕拉法使其行于其中的血管、神经借助于本身的弹性保留下来, 减少了皮下肌肉及子宫出血和损伤。皮肤用滑线, 术后 4~5d 抽线, 可减少缝线对皮肤刺激及损伤, 外观美观且很少形成硬结, 使术后疤痕愈合良好, 同时也减少住院时间。

定, 肺出血者行机械通气, DIC 者予肝素及输血等治疗, 心力衰竭者予西地兰治疗, 呼吸衰竭者予呼吸支持, 肾功能衰竭者予维持体液平衡及腹膜透析, 休克者予扩容、纠正酸中毒及血管活性药物应用等治疗。治疗组在此基础上加用参麦注射液 2mL/(kg·d) 加 10% 葡萄糖液 30mL 中静脉滴注, 每日 1 次, 同时给予多巴胺 2μ g/(kg·min), 用微量输液泵 24h 维持给药, 直至硬肿消失。

1.4 统计学方法 2 组样本均数比较采用 t 检验, 数据采用 ($\bar{X} \pm S$) 表示; 两样本率间比较采用 χ^2 检验。

2 结果

治疗组 38 例中痊愈 31 例, 好转 5 例, 死亡 2 例, 治愈率为 81.6%; 对照组 32 例中痊愈 24 例, 好转 6 例, 死亡 2 例, 治愈率 75.0%; 治愈率比较两者无明显差异 (P>0.05)。但从临床症状体征的好转、MSOF 纠正时间及住院天数上显示治疗组优于对照组。体温回升时间: 治疗组 0.5~1.5d, 平均 1d; 对照组 1~3d, 平均 2d; 2 组比较差异显著 (P<0.05)。硬肿消退时间: 治疗组 3~6d, 平均 4d; 对照组 5~9d, 平均 7d; 2 组对照差异非常显著 (P<0.01)。MSOF 纠正时间: 治疗组症状体征消退时间为 3~5d, 平均约 4d; 对照组为 5~8d, 平均 6.5d; 2 组对照差异显著 (P<0.05)。住院天数: 以痊愈者计算, 治疗组 8~13d, 平均 10.8d; 对照组 10~16d, 平均 14.6d; 2 组对照差异显著 (P<0.05)。

3 讨论

新生儿硬肿症是由寒冷损伤、窒息缺氧、感染等引起的症候群, 以早产、窒息、感染的新生儿为多见, 是新生儿死亡的重要原因之一。由于这些因素引起之血流缓慢、酸中毒, 可引起全身微血管痉挛, 血管通透性增强, 产生微循环障碍, 使组织缺氧而影响脂肪代谢和产热过程, 尤以早产儿为重, 易发生多脏器功能衰竭, 其中以脑、肺、肾、心及胃肠为严重, 常因呼吸衰竭、肺出血而死亡。

多巴胺具有增加血流量、促进利尿作用, 并能选择性扩张肾血管, 增加肾血流量, 保护肾功能; 能扩张冠状动脉, 增

由此可见, 腹膜外剖宫产术是一种值得推广使用的剖宫产术式。

参考文献

[1] 赵俊. 疼痛治疗学[M]. 北京: 华夏出版社, 1994.29
[2] 傅才英. 手术学全集: 妇产科手术学[M]. 第 2 版. 北京: 人民军医出版社, 2004.1

(收稿日期: 2005-05-08)