

132 例小儿手术中的骶管阻滞麻醉体会

况雪峰 陈超

(江西省高安市人民医院 高安 330800)

关键词: 手术麻醉; 小儿; 骶管阻滞麻醉

中图分类号: R 614

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)06-0076-01

自 1999 年以来我院对 132 例小儿手术患者实施以骶管阻滞为主的麻醉,取得了良好效果。现总结报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 小儿手术患者 132 例,男 77 例,女 55 例,年龄最大的 12 岁,最小 5d,ASA I~II 级,手术持续时间 75~150min。其中腹股沟斜疝患者 88 例(包括嵌顿 49 例)、包皮过长或包茎 26 例、肛门狭窄 5 例、肠套叠 8 例、巨结肠 2 例、先天性无肛者 3 例,分别实施相应的常规手术。

1.2 麻醉方法 术前 30min 肌注安定 0.1~0.2mg/kg 和阿托品 0.01~0.02mg/kg,入手术室后,首先开放静脉通路,根据患儿合作程度,不合作者静脉注射氯胺酮 1mg/kg 之后,再行骶管阻滞麻醉,合作者可直接进行,麻醉剂为利多卡因与布比卡因的混合液(其浓度之比为 4:1),注入剂量按利多卡因 8mg/kg 计算,注入浓度根据手术要求加适量的生理盐水稀释,同时加入 1:1 000 肾上腺素,注药速度可根据手术部位而定,并通过调节患儿体位来控制手术所需的麻醉平面,术中根据患儿体动反应情况,必要时辅助静脉镇静药(咪唑安定等)或少量镇痛药(如芬太尼等),使患儿处于一种比较安静状态,并连续监测 NBP、HR、SPO₂。

1.3 结果 所有患者均在切皮时无明显体动反应,术中镇痛和肌松均满意,NBP、HR、SPO₂等各生命体征平稳,手术能顺利进行,手术完毕时患儿均能完全清醒返回病房,术后随访未发现有恶心呕吐、误吸、疼痛所致的患儿烦躁及其它有关

麻醉的并发症。

2 讨论

骶管阻滞用于小儿手术时既可使静脉全麻药用量明显减少,又可较全面地达到手术要求(肌松和镇痛完全),便于手术更顺利进行^[1]。术中患儿可维持在一种非深全麻状态,手术完毕时患儿能完全清醒,大大减少小儿全麻术后的麻醉并发症,提高了麻醉安全系数,减少医疗纠纷^[2]。我们的体会有:(1)根据手术部位及患儿的一般情况选择骶管阻滞麻醉对象,把握好其适应证;(2)操作时注意无菌,严防因麻醉引起的感染;(3)选择穿刺针为 7 号针头,穿刺之前要检查针头是否通畅及其与注射器衔接情况,以防影响判断穿刺成功与否;(4)穿刺成功后,反复回抽无血无脑脊液时,注入少量空气无阻力感时,并检查针头端未超过两骶棘连线,方可注入局麻药;如回抽有血或脑脊液,则应放弃骶管阻滞麻醉;(5)穿刺定位很重要,对小儿来说,只要定位准确,穿刺都能顺利完成;操作时要轻柔,动作力求熟练,尽量避免多次穿刺引起组织损伤等并发症;(6)术中要密切观察 NBP、HR、SPO₂及患儿的一般反应,对其毒性反应及麻醉平面过高作出及时有效处理。

参考文献

[1]徐启明,李文硕.临床麻醉学[M].北京:人民卫生出版社,2000.156
[2]刘俊杰,赵俊.现代麻醉学[M].北京:人民卫生出版社,1997.296
(收稿日期:2008-09-16)

宫颈妊娠 20 例诊治体会

万文英

(江西省新建县人民医院 新建 330100)

关键词: 宫颈妊娠; MTX; 宫颈注射; 清宫术; 体会

中图分类号: R 714.226

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)06-0076-02

宫颈妊娠是指受精卵着床和发育在宫颈管内者,是异位妊娠中极为少见的一种,发病率约 1:18 000^[1],临床上极易误诊,处理不当将导致大出血,危及患者的健康甚至生命。现就我院 20 例宫颈妊娠的诊治情况作一回顾性分析,以此提高对本病的认识,做到早诊断,早期给予合理治疗。

1 临床资料

1.1 一般资料 我院 1992 年 10 月~2007 年 11 月共收治宫颈妊娠 20 例,年龄 27~40 岁,孕产次 2~9 次,平均 3 次,剖宫产史 8 例,其中 1 例 2 次剖宫产史,刮宫史 20 例,1~5 次,平均 3.5 次。20 例均有停经史,最长停经 12 周,最短 33d,伴有不规则无痛性阴道出血,出血最早在停经 30d,最迟在停经 80d。妇检:其中 19 例均有宫颈充血,变大变软呈桶状,外口松弛,呈暗紫色,子宫体稍增大,双侧附件无异常;1 例宫颈变

软稍增大,宫体稍增大。3 例 B 超提示宫内宫颈杂乱回声,考虑过期流产。17 例阴超提示宫颈妊娠。20 例尿 HCG 均阳性,血 HCG 明显增高。

1.2 治疗方法 3 例入院误诊为过期流产者,检查凝血功能无异常,行清宫术,术时发现宫腔空虚,胎物附着于宫颈管壁,刮出组织 15~30g,术时出血 300~600mL,术后宫颈管内填塞碘伏纱布压迫止血,24h 取出纱布并给予 MTX 50mg 宫颈注射,次日给予四氢叶酸 5mg 肌注,第三日重复上述用法 1 次,其中 1 例因阴道反复大量出血而行子宫全切除术。17 例入院诊断明确者,先给予 MTX 50mg 宫颈注射,2d 后行清宫术,术中出血不多,术毕再行 MTX 50mg 宫颈注射,1 例因治疗过程中阴道大出血而切除子宫。

1.3 结果 20 例术后病理均为宫颈妊娠,18 例保守治疗者

13 例肩难产助产的体会

曾敏红

(江铜集团 < 铅山 > 医院 江西铅山 334506)

关键词: 肩难产; 助产; 体会

中图分类号: R 714.4

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)06-0077-01

肩难产是指胎儿胎头娩出后, 胎儿前肩被嵌顿于骨盆入口上方, 用常规助产方法不能娩出的一种分娩并发症^[1]。为提高对肩难产的处理技能, 正确处理肩难产, 降低母婴并发症, 对我院肩难产 13 例进行了回顾性分析, 现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 13 例肩难产产妇, 年龄 18~42 岁, 平均 25 岁; 孕周 38~43 周; 初产妇 11 例, 经产妇 2 例; 既往有巨大儿分娩史 1 例; 均为单胎及枕前位。

1.2 分娩情况 活跃期延长 2 例, 第二产程延长 1 例, 头吸引产 2 例。13 例均行会阴侧切术。

1.3 分娩结局 母体情况: 产后出血 1 例, 软产道损伤 1 例。新生儿情况: 新生儿体重 3 600~4 800g, 体重 >4 000 g 者 7 例 (53.85%); 胎儿无畸形; 出院检查新生儿完全正常。

2 助产方法

当胎头在会阴部暴露而又回缩, 见不到胎儿颈部, 分娩不再进展, 此时要高度怀疑有肩难产的可能, 应立即行阴道检查, 如能查清前肩嵌顿于耻骨上方, 双肩径位于骨盆前后径上时, 即可诊断为肩难产。此时, 必须沉着冷静, 首先清除胎儿口鼻腔黏液; 若会阴侧切口过小应延长切口, 在台下助手协助下, 采取以下助产手法快速而安全地娩出胎肩。

2.1 采用屈大腿法 让产妇屈曲双大腿, 并压向其腹部, 相当于蹬位姿势。此方法使骨盆倾斜度变小, 腰骶部前凹变直, 骶骨位置相对后移, 骨盆入口的有效径线增大, 并得到充分的

利用, 升高耻骨联合, 增大出口平面。采用此种方法有 4 例顺利娩出胎儿。

2.2 采用屈大腿加耻骨上加压法 即让产妇大腿屈曲并压向其腹部, 同时让助手在耻骨上加压 30~60s。置在耻骨联合上方加压的手必须放在胎儿前肩上, 使胎肩内收或前肩压下通过耻骨联合, 开始这种压力可以是持续的, 如果无法娩出胎儿, 则改用间断加压, 使胎肩在耻骨联合后解脱出来。采用此种方法有 9 例顺利分娩出胎儿。

3 体会

肩难产是一种棘手的产科急症。采取正确的助产手法, 能有效减少肩难产及肩难产造成母婴并发症的发生。本文 13 例肩难产取得良好效果, 我们体会如下:

3.1 产前正确估计胎儿体重 胎儿体重与肩难产关系最为密切, 正确估计胎儿体重对于避免肩难产至关重要。巨大儿的发生主要与遗传、产次、营养、孕妇患轻型糖尿病及过期妊娠有关。巨大儿之所以容易发生肩难产是由于其躯体发育大于头的发育, 其胸围加上双臂, 实际周径大于头围, 致使胎头娩出后前肩嵌顿造成肩难产。因此, 产前应正确估计胎儿体重, 对疑有巨大儿者应详细进行产前检查及 B 超检查, 测量胎儿双顶径、头围、股骨长、双肩径等。

3.2 正确测量骨盆出口大小 巨大胎儿肩难产多系骨盆出口相对偏小^[2]。因此, 正确测量骨盆出口后矢状径与坐骨结节径之和 ≤16cm 时, 巨大胎儿应做剖宫产术^[3]。(下转第 80 页)

体呈葫芦状, 应想到本病可能。(3) 紧密结合 B 超, B 超检查诊断率为 85.7%^[3]。

宫颈妊娠的治疗在上世纪 80 年代前绝大多数以子宫切除丧失生育能力而告终。近年来, 由于保守治疗方法的不断改善, 使得保守治疗的成功率达到了一个较高水平, 各文献报道不尽一致, 我院为 90%, 为保全患者的生育功能、提高生活质量起到了积极意义。MTX 作为一种抗代谢药物, 是叶酸的拮抗剂, 可与二氢叶酸还原酶结合, 使四氢叶酸形成障碍, 从而干扰 DNA 合成, 滋养细胞对此药高度敏感, 用药后, 滋养细胞生长受阻, 从而使胚胎停止发育, 终被吸收, 被广泛用于保守性治疗。我院采取 MTX 宫颈局部用药, 它较全身用药有以下优点: (1) 局部药物浓度高; (2) 作用强, 作用快; (3) 用药量少; (4) 几乎无不良反应。我院 18 例保守治疗成功者均为局部用药 2 次, 停药后 1 周血 HCG 下降至正常。

参考文献

[1] 乐杰. 妇产科学[M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008. 110
[2] 杨太珠, 彭芝兰, 贺廷富. 宫颈妊娠的诊治分析[J]. 实用妇产科杂志, 1999, 15(6): 318-319
[3] 杨仙卿. 宫颈妊娠的 B 型超声诊断[J]. 中国超声医学杂志, 1998, 14(6): 64-65

(收稿日期: 2008-06-16)

2 讨论

宫颈妊娠的原因目前尚不清楚, 多数学者认为可能和下列因素有关: (1) 受精卵运行过快, 以致于到达宫腔时宫内膜尚未完全成熟, 或(及) 受精卵尚无种植能力而继续下行进入宫颈管种植。(2) 剖宫产、人工流产、胎盘残留刮宫术等使子宫内形成瘢痕或粘连, 不利于受精卵着床。(3) 子宫发育不良、子宫畸形、子宫肌瘤等使宫腔变形。本文 20 例均有人流刮宫史, 8 例有剖宫产史。由于宫颈主要由纤维组织组成, 肌肉组织少, 平滑肌细胞仅占 10%^[2]。受精卵着床处蜕膜发育不良或缺如, 加上颈管血管丰富, 临床上主要表现为停经后阴道流血或血性分泌物, 也可有间歇性阴道大量流血, 易误诊为难免流产、过期流产而盲目行清宫术, 由于宫颈平滑肌少, 应用缩宫剂效果差, 血窦难以闭合而造成术中大量出血。我院 3 例误诊过期流产, 清宫时出血量最多达 600mL。为提高诊断率, 本人认为应做到以下几点: (1) 提高对本病的认识度和警惕性。(2) 第一次妇检时, 认真仔细, 发现宫颈显著膨大、变软、着色, 膨大的宫颈上方可及正常大小的子宫体, 子宫整