

剖宫产术前补钙防治宫缩乏力性产后出血的临床观察

唐国梅

(江苏省扬州市西湖医院 扬州 225000)

关键词:剖宫产补钙;宫缩乏力;产后出血;预防

中图分类号:R 714.461

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.06.048

我院对剖宫产术前有出血高危因素的孕产妇,静脉滴注葡萄糖酸钙以增强子宫收缩力,防治产后出血,收到显著临床效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 2007~2008 年我院分娩总数 446 例,选择无血液系统疾病、有剖宫产指征、存在宫缩乏力性出血高危因素的孕产妇 160 例,年龄 22~39 岁,平均 29.23 岁;孕 34~36 周 8 例,37~42 周 140 例,>42 周 12 例;巨大儿 50 例,双胎 2 例,羊水过多 8 例,瘢痕子宫 40 例,合并子宫肌瘤 3 例,妊高征 15 例,前置胎盘 2 例,各种原因所致产程延长或停滞及产妇疲劳紧张 40 例。随机分为试验组及对照组各 80 例,两组特征相近,无统计学差异。

1.2 方法 试验组于切皮前 10~15 min 内静滴晶体液 100mL 加 10%葡萄糖酸钙 10mL,对照组不用药。两组均常规进腹及切开子宫下段,尽量吸尽羊水并记录羊水量,娩出胎儿后宫体注射缩宫素 20U,以容积法和称重法计算出血量。对照组中 45 例出血大于 300mL 时宫缩较差,立即予 50%葡萄糖液 20mL 加 10%葡萄糖酸钙 10mL,10 min 内静脉推

等首先采用 PPH 术治疗混合痔,国内各级医院近几年也在普遍开展,近期疗效满意,由于开展时间短,远期疗效有待进一步评价,且费用昂贵。而传统的外剥内扎术与改良的外剥内扎术相比,结果在疗效、疗程、并发症和后遗症等方面有显著性差异^[2]。笔者对混合痔开展小切口手术加中药治疗有如下体会:(1)手术注意事项:对环状混合痔一次最多选择 3 个母痔切除,切口呈线形,尽量保留痔表面的皮肤和黏膜,不采取“V”切口,切开的黏膜用 5/0 羊肠线严密缝合,避免大便污染较多的创面且黏膜对合好,愈合时间短,同时肛门皮肤保留较多并能整齐间断缝合,剩下 1.0~1.5cm 的切口不予缝合,便于创面的渗液引流和预防肛缘皮肤水肿发生^[3]。(2)手术时使用电刀,术中出血极少,同时术后用消痔灵于齿线上 2cm 的 3、7、11 点注射,阻断内痔的复发,恢复生理性肛垫。(3)术后用自制中药熏洗可明显缓解切口疼痛,减少伤口渗血和水肿,加速切口愈合。熏洗方中黄柏清湿热,消水肿;川椒、防风除湿止痛,抑菌,杀虫止痒;地榆凉血止血,解毒敛疮;五倍子收敛,固涩,杀虫止痒,加速创面愈合;芒硝、大黄清热润燥,软坚散结,消肿止痛;甘草和中:全方共奏消肿止痛、凉血止血之功。(4)对内痔脱垂严重的环状痔,建议行 PPH 术更好。

缝扎加 4 号丝线结扎。剪开的黏膜用 5 个“0”羊肠线间断严密缝合,肛缘切开的皮肤稍加修剪用羊肠线部分缝合,只留下 1.0~1.5cm 的小切口不缝合。手术完毕后于齿状线上 2cm 的 3、7、11 点处分别用 1%利多卡因:消痔灵(1:1)行黏膜下柱状注射,每处 2~6mL。术毕肛门内塞少许凡士林纱条,敷料包扎切口。

1.2.2 中药熏洗 中药熏洗剂处方:黄柏 30g,川椒 15g,防风 15g,芒硝 15g,地榆 15g,甘草 15g,大黄 15g,五倍子 15g。熏洗方法:熏洗器使用深圳市新日旺贸易有限公司生产的肛肠熏桶(内含负离子熏洗煲),将水 500mL 和 50g 中药熏洗剂粉剂(本院自制)倒入熏洗煲内,合盖后用遥控器控制熏洗时间为 20min,患者坐熏桶上熏蒸患处,熏蒸结束后,将药液倒入坐浴盆内,温度控制在 40℃左右,坐浴 10~15min。

1.2.3 术后处理 患者手术结束后,常规抗炎、止血对症治疗,控制排便 1~2d,排便前开始口服麻仁丸或四磨汤口服液,手术次日开始中药熏洗+换药,每日早晚各 1 次。

1.3 结果 40 例全部治愈,术后平均住院时间 7d,住院平均费用 2 544 元/例。术后并发症:肛缘皮肤水肿 2 例,切口疼痛剧烈 3 例,均通过对症治疗而治愈,无术后出血、肛门狭窄等情况。

1.2.2 中药熏洗 中药熏洗剂处方:黄柏 30g,川椒 15g,防风 15g,芒硝 15g,地榆 15g,甘草 15g,大黄 15g,五倍子 15g。熏洗方法:熏洗器使用深圳市新日旺贸易有限公司生产的肛肠熏桶(内含负离子熏洗煲),将水 500mL 和 50g 中药熏洗剂粉剂(本院自制)倒入熏洗煲内,合盖后用遥控器控制熏洗时间为 20min,患者坐熏桶上熏蒸患处,熏蒸结束后,将药液倒入坐浴盆内,温度控制在 40℃左右,坐浴 10~15min。

1.2.3 术后处理 患者手术结束后,常规抗炎、止血对症治疗,控制排便 1~2d,排便前开始口服麻仁丸或四磨汤口服液,手术次日开始中药熏洗+换药,每日早晚各 1 次。

1.3 结果 40 例全部治愈,术后平均住院时间 7d,住院平均费用 2 544 元/例。术后并发症:肛缘皮肤水肿 2 例,切口疼痛剧烈 3 例,均通过对症治疗而治愈,无术后出血、肛门狭窄等情况。

2 体会

重度痔(III~IV 度及环状混合痔)的手术治疗是肛肠科的难题。传统的痔环切术因严重破坏肛管的正常结构已经被摒弃^[1]。1998 年意大利学者 Longo

参考文献

[1]汪建平.外科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2005.531
[2]刘琼.改良外剥内扎术治疗环状混合痔 76 例临床观察[J].内蒙古中医药,2007,26(4):6-7
[3]夏玉存.有关混合痔外切内扎的几个问题[A].见:中国医师协会肛肠专业委员会.第二届中国肛肠科医师年会论文展[C].2008.27

(收稿日期:2010-08-09)

异丙酚复合舒芬太尼与单独异丙酚用于无痛人流的临床观察

陈立众

(江西省鹰潭市人民医院 鹰潭 335000)

摘要:目的:探讨异丙酚联合舒芬太尼与单独异丙酚用于无痛人流临床效果。方法:ASA 评级 I~II 级要求无痛人流患者 100 例,随机分成两组每组 50 例,I 组单独静脉注射异丙酚,II 组静脉注射异丙酚联合舒芬太尼。观察麻醉效果、意识恢复时间、定向力恢复时间、异丙酚用量及不良反应。结果:(1)两组患者均顺利完成人流手术,苏醒过程平稳,两组无明显差异($P>0.05$)。(2)异丙酚联合舒芬太尼可提高痛阈,明显减少异丙酚用量,缩短苏醒时间,降低呼吸循环等不良反应($P<0.05$)。结论:异丙酚复合舒芬太尼用于无痛人流效果优于单独应用异丙酚。

关键词:异丙酚;舒芬太尼;无痛人流

中图分类号:R 169.42

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.06.049

无痛人流现已广泛用于门诊手术,大大减轻受术者的疼痛和不适。本科于 2008 年 2~9 月应用异丙酚复合舒芬太尼用于无痛人流术,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 ASA I~II 级早孕妇 100 例,年龄 20~37 岁,孕期 40~45d,无严重心肺疾病,随机分成两组。I 组为单独异丙酚组,II 组为异丙酚复合舒芬太尼组。两组患者均术前禁食 6~8h,入室后建立静脉通道,行心电图监护,监测血压、心率、血氧饱和度。面罩吸氧,备好阿托品、麻黄素等药品。患者取截石位,常规消毒铺单, I 组静脉缓注异丙酚 1.5~2.0 mg, II 组静脉缓注异丙酚 1.5~2.0 mg 复合舒芬太尼 0.2~0.4 μ g,待患者意识消失,瞳孔散大,睫毛反射消失,同时热敷、按摩子宫,快速缝合子宫切口。

1.3 监测指标 (1)术中胎儿娩出后出血量、术毕阴道积血量及产后 2h 出血量。(2)产前及产后 24h 血红蛋白及其变化情况。(3)静脉补钙后各种不良反应。

1.4 统计学处理 用 t 检验及 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组产后出血量比较 试验组术中及术毕阴道积血量及术后 2h 累计出血量显著少于对照组 ($P<0.05$),产后出血发生率显著低于对照组 ($P<0.01$),产后 24h 血红蛋白平均下降值明显低于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组产后出血情况 ($\bar{X}\pm S$)			
组别	n	术时及术后 2h 平均出血总量(mL)	产后 24h 血红蛋白平均下降值(g/L)
试验组	80	215 $\pm$ 42	1.4 $\pm$ 0.2
对照组	80	320 $\pm$ 53	2.2 $\pm$ 0.2

2.2 静脉补钙后不良反应 有 20 例出现一过性胸闷、气促、胃部不适,4~6 min 后消失,无需特殊处理。

3 讨论

产后出血的诸多因素中子宫收缩乏力最常见,国内普遍使用缩宫素、麦角新碱、卡孕栓预防产后出血。目前认为,子宫平滑肌细胞收缩需肌动蛋白、磷酸化肌浆蛋白及能量供应。子宫平滑肌细胞内钙离子浓度降低、肌球蛋白轻链激酶及 ATP 酶不足,均可影响肌细胞收缩,导致宫缩乏力^[1]。补充钙剂可提高子宫肌球蛋白及腺苷酶活性,增加间隙连接蛋白数量,增强子宫收缩,对宫壁上的血管起压迫结

合舒芬太尼组,每组 50 例,术前行血常规、尿常规、妇科检查、B 超确诊为宫内妊娠,排除手术麻醉禁忌证。

1.2 麻醉方法 术前常规禁食禁饮 6~8h,入室后建立静脉通道,行心电图监护血压、心率、血氧饱和度。面罩吸氧,备好阿托品、麻黄素等药品。患者取截石位,常规消毒铺单, I 组静脉缓注异丙酚 1.5~2.0 mg, II 组静脉缓注异丙酚 1.5~2.0 mg 复合舒芬太尼 0.2~0.4 μ g,待患者意识消失,瞳孔散大,睫毛反射消失,同时热敷、按摩子宫,快速缝合子宫切口。由于肌肉收缩使血管迂回曲折,血流阻滞,有利血栓形成血窦关闭^[2]。另外,因血管平滑肌的肌浆网发育较差,收缩时所需要的钙离子主要来自细胞外^[3]。同时钙离子是凝血因子 IV,在多个凝血环节上起促凝血作用。因此,补充钙离子在产后止血过程中有着极其重要的作用。

妊娠期血清钙较正常低,并随孕周增加而降低,至妊娠晚期降至最低点,但仍在生理范围。对存在宫缩乏力之高危因素的产妇,因加强宫缩需要离子钙浓度快速提高,所以生理范围的离子钙浓度相对不能满足机体所需。本组资料中试验组平均出血量 (215 $\pm$ 42)mL 明显低于对照组 ($P<0.05$),对照组 45 例术中出血量 >300mL 时再静推葡萄糖酸钙,本组对象均存在宫缩乏力性产后出血高危因素,无 1 例因无法控制的产后出血而切除子宫,充分说明静脉补钙对防治产后出血有重要意义。葡萄糖酸钙无明显不良反应,个别病例在用药后有一过性胸闷、气促、胃部不适,是由于心肌收缩力短时增强所致,无需特殊处理,短时间内可自行消失,但心脏疾病患者慎用。本研究结果显示,静脉补充钙离子有助于促子宫收缩,对防治产后出血有着重要意义,而且使用方便、简单、经济、安全,值得临床推广使用。

参考文献

[1]乐杰.妇产科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.181,183
[2]李晶,沈思宏.剖宫产术前补钙防治宫缩乏力性产后出血的临床观察[J].中国实用妇科与产科杂志,2000,16(12): 759
[3]杨宝峰.药理学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.203
(收稿日期:2010-05-25)