维普资讯 http://www.cqvip.com



报道，氨茶碱能兴奋呼吸中枢，降低中枢对二氧化碳的刺激阈，对疲劳的膈肌具有强力收缩作用。从而改善COPD患者的呼吸困难和肺的通气功能；酚妥拉明是a受体阻滞剂，可直接松驰血管平滑肌，使小动脉扩张，减轻心脏后负荷，有间接增加心肌收缩力的作用。同时也有扩张肾血管和支气管平滑肌的作用；地塞米松可加强β2受体兴奋性，提高cAMP水平，有解痉、抗炎、抗渗出和抑制血管通透性作用，可减少气道粘膜分泌，从而改善通气，增加氧的交换面积；可拉明兴奋呼吸中枢和外周化学感受器，重症肺心病多并发呼衰，可拉明可能使呼吸中枢得到最大兴奋，有利于增加肺泡通气，改善缺氧和增加二氧化碳排出，可避免因氧疗引起呼吸减慢而加重二氧化碳潴留。综上所述，复方肺脑注射剂有扩血管，解除小气道痉挛，改善缺氧，降低肺循环阻力，减轻心脏后负荷等作用。从本组资料看，晚期重症肺心病患者加用复方肺脑注射剂治疗，明显地改善了呼吸状态，纠正了高碳酸血症，达到了强心利尿的治疗效果，进而提高了重症肺心病的治愈率，减少了病死率，是值得推广的方法。

## [参考文献]

[1] 沈企华.中西医结合治疗慢性肺心病124例分析[J].年实用中医内科杂志，2005，19(2)：14.
[2] 罗 琳.复方丹参注射液治疗肺心病失代偿期的观察罗琳[J].医药论坛杂志，2004，5(23)：64.
[3] 贾树雅，邹春华，田 坤，等.葛根素治疗慢性肺心病急性加重期的临床观察[J].第三军医大学学报，2002，24(12)：封3.

（编辑：郭光金）

# 米索前列醇预防产后出血的临床观察

## A comparative trial of misoprostol and oxytocin in preventing postpartum hemorrhage

**黄桂仙，黄凤碧** （百色市人民医院妇产科，广西 百色 533000）

[关键词] 米索前列醇；产后出血；预防
[中图分类号] R714.461 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)05－0324－02

产后出血是产科严重的并发症之一，常导致产妇死亡。多年来采用缩宫素或麦角新碱以增强子宫收缩，收到较好效果。但缩宫素必须注射给药，且作用时间短，使用较繁琐。本文采用米索前列醇直肠给药预防产后出血，方法简易、效果显著，现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

选择2001年1至12月入住本院，无前腺素应用禁忌，有产后出血高危因素存在的病例，共84例，其中剖宫产80例，阴道助产2例，自然分娩2例。应用前瞻性随机对照方法，将病例分成米索组及缩宫素组，各42例。两组产妇孕周、产次、术中出血量、产前用药、手术率和新生儿体重等均无明显差异。

### 1.2 方法

米索组产妇回到病房后立即给米索前列醇200 μg，塞入肛门内5～6 cm，12 h重复1次。缩宫素组产妇回到病房后给予肌注缩宫素10 μg，每日2次，共用2 d。观察两组产妇用药后不良反应，并记录两组产后12 h和24 h的出血量，肛门排气时间等情况。出血量的测量：将产妇所有卫生垫称重后减去原有卫生纸的重量为出血重量，再按血液比重1.05换算成毫升数。

数据采用 $t$ 检验。

## 2 结果

米索组与缩宫素组产妇在不同时间出血量有显著性差异，米索组在各个时间段均比缩宫素组出血量少，两组产妇肛门排气时间亦有显著性差异，米索组产后肛门排气早于缩宫素组，见表1。

米索组中仅1例有轻微恶心呕吐，1例畏寒，经保暖5 min后好转，其余均无不良反应。缩宫素组无不良反应。

**表1 产后出血量和肛门排气时间比较（$\bar{x} \pm s$）**

| 组别 | 出血量(ml) | | 肛门排气时间(h) |
|---|---|---|---|
| | 12 h | 24 h | |
| 米索组 | 154.4±64.2* | 70.4±28.1* | 29.8±8.72* |
| 缩宫素组 | 270.2±68.1 | 103.4±30.6 | 34.5±7.64 |

*：与缩宫素组比较，$P<0.05$

## 3 讨论

米索前列醇是一种合成的前列腺素$E_1$药物，可使宫颈纤维组织软化，胶原降解，引起子宫平滑肌收缩[1]，并使外周血管扩张而产生低血压现象，常用于妊娠高血压综合症。能使子宫创面血窦迅速关闭，从而达到了预防出血的显著效果。前列腺素E和前列腺素F对肠道平滑肌有收缩作用，可促进腹部手术患者肠蠕动的恢复。

米索前列醇对有发热、肝肾功能不良、肺气肿、活动性哮喘、青光眼、癫痫及溃疡、心血管疾病、PG过敏的产妇禁忌使用[2]。

米索常用方法有口服及阴道给药。口服吸收快，30 min内血浆水平即可达到高峰，但由于其作用并非十分专一，在口服给药情况下，米索的全身作用仍十分明显，在剂量较高时（800 μg），恶心呕吐，腹痛腹泻，畏寒发热等反应甚为明显，也容易与由麻醉引起的反应相混淆。有研究表明，米索经阴道给药的临床效果与口服相似，但用药后腹痛、恶心等副作用明显下降，由于产妇体质虚弱，子宫颈口开放，经阴道给药易引起上行感染[3]。本观察中选用米索直肠给药[4]，具有应用简单，操作方

[收稿日期] 2005－07－23 [修回日期] 2005－09－05

维普资讯 http://www.cqvip.com



便,易掌握,效果可靠,副作用小的特点,可作为替代传统的催产素防止产后出血的有效方法及新的选择。

[参考文献]

[1] 杨隽钧,盖铭英. 前列腺素的引产机制[J]. 实用妇产科杂志, 2000, 16(3):119-120.
[2] 徐 焕,潘明明. 前列腺素 $E_2$ 与引产[J]. 实用妇产科杂志, 2000, 16(3):121-123.
[3] 全国产后出血防治协作组. 中国妇女产时及产后24小时内失血量调查[J]. 中华妇产科杂志, 1987, 22(6):316.
[4] 袁 军,田秀珍. 米索前列醇直肠置药减少产后出血的效果观察[J]. 局解手术学杂志, 2003, 12(5):353-354.

(编辑:余汇洋)

# 拔T管致胆汁性腹膜炎9例临床分析

## Clinical analysis of 9 cases of choleperitonitis after removal of T tube

周少杰,战志勇,孙秋茹 (威海市立医院普通外科,山东 威海 264200)

[关键词] 腹膜炎;T管
[中图分类号] R572.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)05-0325-01

随着人们寿命的延长和生活水平提高,老年人胆囊疾患有明显增多的趋势。手术后并发症亦多,已引起医生的高度重视。我院于1998年5月至2003年6月,胆道手术后患者拔T管出现胆汁性腹膜炎8例,外院转来1例,共9例,现对拔T管后胆汁性腹膜炎治疗体会并结合文献资料[1]报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

本组患者男4例,女5例;平均年龄57.8岁,60岁以上6例。肝硬变腹水1例,糖尿病2例,术后一周内应用糖皮质激素1例,医师强行拔管1例。急诊手术4例,择期手术5例。

### 1.2 临床表现

此组患者均在术后2~3周夹管后经T管造影检查显示胆总管下端通畅后进行T管拔出,拔T管后患者的共同表现为立即出现剧烈腹痛,6例表现全腹膜炎体征,3例表现右上腹局限性腹膜炎。

### 1.3 诊断及治疗

凡胆道探查T管引流术后患者,在拔T管后出现剧烈腹痛及腹膜刺激者,腹腔穿刺抽出胆汁即可确诊。一旦确诊,应立即沿原窦道插入粗导尿管进行引流,并采取禁食补液抗炎等对症支持治疗。若沿原窦道置管失败或引流不畅,腹膜炎加重应及时手术探查。手术目的:吸除胆汁,引流腹腔,胆总管重新置T管引流或缝闭胆瘘。因腹膜炎严重,组织水肿粘连脆弱,正常结构紊乱,胆总管内置T管存在一定困难,并有可能造成胆道损伤,故再次手术不强求一定要在胆总管内置T管,但必须将引流管放置在胆漏口处局部支撑悬吊使胆总管勿过度受压,保证引流通畅,本组2例采用此法。如接近胆总管端窦道完整、牢固,胆总管下端通畅,胆漏远离胆总管,可予以缝闭,本组1例用此法。

## 2 结果

3例患者放置尿管后症状体征逐渐减轻,一周后拔管。5例经对症治疗6~12 h,腹膜炎体征加重而行手术治疗,另1例由外院转来时拔T管已超过48 h,虽经手术治疗,但因并发糖尿病,感染性休克,于术后3 d死亡。

## 3 讨论

T管窦道是一种增生性炎症,管壁周围形成异物肉芽肿,肉芽组织逐渐发生纤维化,成为瘢痕组织。炎症渗出在T管引流术后4 h即开始,术后6~8 d胶原纤维逐渐增多,10~12 d达高峰,此时窦道形成。因此,术后2~3周拔T管一般不会造成胆汁性腹膜炎。如果有影响炎症和修复的病理因素存在,这将直接影响T管窦道形成。影响T管窦道形成的因素包括全身性因素和局部因素。全身因素如低蛋白血症、贫血、肝硬变、糖尿病、应用皮质激素、年老体弱以及免疫功能障碍等。局部因素如手术中损伤胆管壁两侧的营养血管、缝合时针距过密、结扎过紧造成胆总管局部缺血坏死;T管选择不当、修剪不当、误缝T管、T管在腹腔径路过长、弯曲;T管位于肝下径路;局部有积液、感染;术后肝内残留结石下降阻塞以及硅胶管对组织刺激小、反应低、纤维包绕差等。

预防:首先严格掌握胆道探查指征,尽量避免胆道阴性探查,在寻找胆总管时尽量不要损伤胆总管两侧营养血管,缝合针距不要过密、过紧。术中操作轻柔,避免创面渗液及漏胆汁,可在文氏孔放置引流,24~48 h拔除。T管应选用质地柔软、弹性好的橡胶管,外径应小于或等于胆总管内径,短臂修剪成斜面,中央剪去一部分管壁,T管应垂直引出腹壁,并可靠固定,在腹腔内不宜过长、弯曲,不要紧贴肝下引出,可用网膜适当包绕T管。拔T管前应行T管造影,并应在拔管前1~2 h将夹闭的T管开放。对存在影响T管窦道形成的全身因素患者,应适当延长1~2周拔管,或拔出T管时再放一导尿管,观察24~48 h无异常再拔出导尿管。拔管时要用力均匀、轻柔,有阻力时,不应强拔,可每天反复持续牵引T管,数日后拔除。

[参考文献]

[1] 潘一明,周建新,谢 敏. 拔T管后胆汁性腹膜炎22例临床分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2004, 14(2):172-173.

(编辑:兰阳军)

[收稿日期] 2005-07-25 [修回日期] 2005-09-05