维普资讯 http://www.cqvip.com

中护士快速有效的给以气管插管防止了病人窒息，为手术治疗和后期康复起到了重要的作用。

3.3.2 建立有效的静脉通道 快速建立1～2条上肢或颈静脉通道，一种方法是快速输入甘露醇和地塞米松，及时减轻脑水肿的发生；另一种方法是快速输液并尽早加压输血，趁在代谢功能衰竭之前迅速补充有效循环血量。本组有8例患者合并腹部伤及时行腹穿抽出不凝血，病人处于休克状态，但无高颅压危象，采取一条输7.5%高渗盐水200～400 ml，在10～15 min左右输完，另一条输入平衡液及全血进行抗休克治疗，为迅速扩容提高血压，及早手术治疗提供了良好时机。

3.3.3 及时行多功能监护仪 检测血压、脉搏、呼吸、血氧饱和度。我们根据检测中心静脉压来掌握补液量及滴数，避免盲目的补充液体，而造成脑、心、肺的负担。通过检测血氧饱和度来了解缺氧情况，随时调节吸氧浓度。及时给予留置导尿管，准确记录每小时尿量，以了解肾功能情况。

3.3.4 严密观察瞳孔、意识的变化 观察瞳孔的细微变化对老年颅脑外伤均有重要的临床意义，着重观察双侧瞳孔大小和对光反射的灵敏度。本组8例患者在急救中双侧瞳孔散大，光反射消失，经CT证实为脑干损伤，经积极抢救有效2例，死亡6例。有3例患者出现双侧瞳孔缩小，光反射迟钝呈昏迷状态，经CT提示桥脑损伤及时转入住院治疗。

3.3.5 亚低温治疗 在急救中我们及时给予物理降温治疗，在头部用冰帽亚低温治疗，对颅脑外伤有显著的保护作用，其目的是降低脑组织含耗氧量，有助于减轻脑水肿，增加脑组织缺氧的耐受能力，此方法越早实施效果越好，有升高脑灌注压，促进神经系统功能恢复，提高老年颅脑外伤患者的生存率。

3.3.6 为病人做好术前准备 本组50例有急诊手术指征，护士及时做好术前准备，交叉合血，皮试，剃头，导尿等，并及早给予抗生素药物使用，为术后预防感染做好准备，负责护送病人到手术室做好病情交代，为尽快手术治疗争取了时间。

3.4 采取对老年人意外创伤的预防措施

由于老年人的生理性原因，如：视力减退，听觉不灵敏，某些疾病的存在[3]，出现了年老体弱，行走步态不稳，自我保护意识淡薄，造成意外颅脑外伤的发生。因此，应重视加强预防老年人意外创伤的 知识宣传教育。同时，改善生活环境和创造良好的娱乐活动中心，在工作环境中，应采取有效的 保护措施，防患于未然，尽量减少意外创伤的发生，以最好的生活环境提高老年人的生活质量。

[参考文献]

[1] 倪红斌，梁维帮. 老年颅脑外伤108例特点分析[J]. 实用老年医学杂志，2001，15(1)：51－52.
[2] 范宝华，王秀平. 老人的跌跤问题及护理对策[J]. 解放军护理杂志，2001，18(2)：24－25.
[3] 朱志红，邹 琳. 老年人的跌跤问题及预防[J]. 国外医学·护理分册，1997，16(1)：20－22.

(编辑：左艳芳)

腹膜外子宫切除术在临床中应用

Clinical application of extraperitoneal hysterectomy

佟丽波，佟秀凤
(佳木斯大学附属第一医院妇产科，黑龙江 佳木斯 154003)

[关键词] 子宫切除术；临床应用
[中图分类号] R713.4 [文献标识码] B [文章编号]1672－5042(2004)01－0034－02

我院开展腹膜外子宫切除术已有十余年历史，现将有关情况报告如下。

1 资料与方法

1998年1月至2003年1月行子宫切除术患者共915例。年龄29～68岁，平均年龄为45.5岁。随机抽取410例分成两组，观察组(腹膜外)210例，对照组(腹膜内)200例。两组年龄，病种无显著差异。手术方法为：按解剖层次分离膀胱与腹膜，在膀胱顶下2 cm处打开膀胱前筋膜，上推腹膜，下推膀胱至腹膜反折下2 cm，于反折处剪开腹膜，提出子宫。在腹膜外处理附件、子宫动静脉，关闭腹腔后，切除子宫体。观察指标为：手术时间，手术出血量，排气时间，术后发病率，采集的数据($\bar{x} \pm s$)表示，用u检验。

[收稿日期]2003－09－23 [修回日期]2003－11－15

2 结果

各观察指标及统计结果，见表1。

表1 两组手术效果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	总例数	术中出血(ml)	手术时间(min)	术后排气时间(h)	术后发病率 例数	百分比(%)
观察组	210	119±38	66±15△	27.6±2.1*	15	7.14
对照组	200	127±45	72±38	36±3.8	9	4.5

注：与对照组比较，△ $P<0.05$，* $P<0.01$

维普资讯 http://www.cqvip.com

3 讨论

3.1 腹膜外手术的优点

术中操作均在腹膜外完成,不暴露及挤压肠管,肠管基本上不受干扰。又可避免血液进入腹腔致术后腹胀、腹痛、肠麻痹、肠粘连等[1-2]。病人术后胃肠功能恢复快,排气早,进食早,切口愈合良好,康复快,住院日期短,减轻病人负担。由于手术是在腹膜外进行,手术并发症如肠梗阻、贫血等明显减少,二次手术率明显降低。子宫切除并非绝对无菌操作,因下生殖道与术区相通,腹腔内子宫切除有可能将下生殖道分泌物带入腹盆腔,术后发生感染。而腹膜外手术处理残端是在关闭腹膜后进行,从而避免了上述发生感染的因素。特殊情况下,如患者合并腹膜炎,腹腔内器官广泛粘连,失去正常解剖层次,进入腹腔困难,为了避免损伤,腹膜外手术无疑是最佳选择。曾有一患者既往有结核病史,此次以子宫肌瘤和贫血住院行手术治疗,术中见肠管与肠管、肠管与腹膜广泛粘连,无法进入腹腔,在腹膜外行子宫切除术,效果满意。

3.2 腹膜外手术的缺点、难点及解决方法

对膀胱造成挫伤出现一过性血尿,由于腹膜外手术需要分离腹膜与膀胱,在分离过程中不断挤压膀胱,术中术后出现一过性血尿感染。如在分离膀胱与腹膜时解剖层次不清,膀胱桥未完全离断,操作粗暴,强行分裂使部分膀胱肌肉未完全与腹膜分离造成肌层撕裂,术后影响膀胱功能 ,出现尿潴留、排尿困难,如合并贫血,全身组织器官缺血乏氧,组织水肿,脆性增加,极易造成膀胱全层损伤。此术式难点在于正确辨别膀胱与腹膜的界线,按解剖层次分离膀胱与腹膜。

解决方法:①充分分离膀胱与腹膜间粘着桥,操作轻柔,顺势下推膀胱;②分离膀胱后,在膀胱和子宫后各垫一块纱布,既可以保护膀胱,减少挤压,又可以避免血液、生殖道分泌物进入盆腔。

[参考文献]

[1] 张建青.腹膜外子宫颈锥切式子宫切除术[J].中华妇产科杂志,1999,34(10):630.
[2] 万亚军.横切口半腹膜外子宫切除术的探讨[J].中国现代医学杂,1996,6(4):61-62.

(编辑:邱全光)

剖宫产史子宫中期妊娠引产56例分析

Analysis of induced abortion of incomplete pregnancy in 56 cesarean section cases

罗宇芳,陈思梅
(兴宁市人民医院妇产科,广东 兴宁 514500)

[关键词] 引产术;剖宫产史子宫;中期妊娠
[中图分类号] R719.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)01-0035-02

随着剖宫产指征的放宽,剖宫产率逐年上升,而剖宫产术后疤痕子宫再次妊娠者及剖宫产术后疤痕子宫中期妊娠需终止妊娠者也随之增加。以往,剖宫产史子宫中期妊娠引产被列为绝对禁忌证,多以剖宫取胎终止妊娠,但由于手术损伤大,费用高,且不能获取活婴,故多数患者不易接受。本院自1990年至2003年共对56例剖宫产史子宫中期妊娠需引产者施行了利凡诺引产,均取得较好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

因疤痕子宫中期妊娠需终止妊娠者共56例,作为治疗组;同时选择同期非疤痕子宫中期妊娠引产者56例,作为对照组。两组孕妇年龄最大36岁,最小22岁,孕产次及妊娠周数等(见表1)经统计学分析均无显著差异($P>0.05$)。

表1 一般情况比较

组别	例数	年龄	孕/产	妊娠周数	剖宫产次数
治疗组	56	28.5±4.1	3.2/1.2	22.5±4.1	1.04*
对照组	56	28.2±4.2	3.3/1.5	23.1±4.3	0

注:与对照组比较,* $P<0.05$

1.2 研究方法

治疗组及对照组术前均行血常规、尿常规、肝肾功能、凝血时间测定,并常规行B超检查,排除前置胎盘等产科合并症后,经腹羊膜腔穿刺,注入利凡诺100 mg,术后观察宫缩出现时间,描记产程并统计引产总产程,用聚血盒收集产后2 h内出血量,统计并发症发生情况,采用 χ^2 检验,比较两组差异。

[收稿日期] 2003-11-17 [修回日期] 2004-01-10