维普资讯 http://www.cqvip.com

腹膜由间质细胞及结缔组织构成，结缔组织内胶原弹性纤维可使裂开的腹膜边缘迅速再生形成新的腹膜[2]。切口逐层切开及缝合有脂肪液化病例的发生，这也证实了撕拉法的合理性。单层缝合子宫全层，既缩短手术时间又节省手术材料，使子宫切口局部缝线少，异物反应小，吸收快，有利于子宫复旧和子宫切口愈合。该手术方法[3]适合临床应用。

参 考 文 献

1. 马彦彦. 新式剖宫产术. 北京：北京科学技术出版社，1997. 45.
2. 刘仕英，奕美英，于乃贻. 腹部横行直切口不缝合腹膜剖宫产术132例分析. 中国实用妇科与产科杂志，1999，15(4)：217.
3. 隗伏冰，叶玲，罗笑卿，等. 新式剖宫产术后子宫复旧及子宫切口愈合情况的B超监测. 中国实用妇科与产科杂志，2001，2(17)：106.

(收稿日期：2002－07－25)

小剂量氯胺酮复合异丙酚辅助硬膜外麻醉的体会

杨秀娟* 张强华* 赵 金* 刘金英* 范叶柏**

硬膜外阻滞是一种不完善的麻醉方法，需要辅助用药来消除病人的紧张心理及内脏牵拉反应等。异丙酚镇静及催眠作用迅速，但镇痛作用较弱。小剂量氯胺酮具有较强的镇痛作用及交感兴奋作用。本研究旨在观察小剂量氯胺酮复合异丙酚辅助硬膜外阻滞麻醉的临床效果。

一、资料与方法

1. 临床资料：60例中、下腹手术患者，年龄20～60岁，平均年龄35.7岁，ASA分级Ⅰ～Ⅱ级，其中男36例，女24例。随机将病人分为氟哌利多复合芬太尼组(Ⅰ组)；异丙酚复合氯胺酮组(Ⅱ组)，每组30例。手术时间为(2.0±1.3)h。

2. 麻醉方法：术前30 min均肌注阿托品0.01 mg/kg，清醒状态下行硬膜外穿刺并留置导管，给予试验量，出现麻醉平面后推注全量，待平面固定后Ⅰ组静脉推注氟芬合剂(氟哌利多2.5 mg，芬太尼0.05 mg)；Ⅱ组静脉推注异丙酚1.5 mg/kg，氯胺酮0.5 mg/kg，随即以微量泵输入异丙酚66.6 $\mu g \cdot kg^{-1} \cdot min^{-1}$。术中两组均给予面罩低流量吸氧，术毕停止给药。

3. 观察指标：术中监测HR、RR、MAP、SpO_2、ECG。注药前、注药后5 min内每一分钟记录一次，之后每十分钟记录一次，并记录麻醉起效时间，术后呼之睁眼、清醒时间，术后24 h内观察患者。监测数据经统计学分析处理。

二、结果

1. 呼吸、循环功能变化：Ⅰ组麻醉后MAP下降，由(14.12±0.55)kPa降至(12.40±1.40)kPa，较麻醉前降低了11.3%($p<0.01$)，HR略有下降，但无统计学意义，有1例术后3 h出现呼吸抑制；Ⅱ组麻醉后MAP和HR变化不显著($p>0.05$)。两组RR无明显变化，SpO_2给药后有一过性下降，但均在正常范围内；13例出现舌后坠，安置口咽通气道后改善。

2. 麻醉起效和恢复情况：Ⅰ组起效时间及清醒时间较Ⅱ组为晚。Ⅰ组术中呼之能睁眼，Ⅱ组给药后即入睡，术中呼之不应，术后停药后即醒。术后两组均无恶心、呕吐发生。

三、讨论

硬膜外阻滞是不完善的麻醉方法，以往术中的辅助用药大多不能完全解决病人紧张心理及内脏牵拉反射。给予氟芬合剂后，有的患者诉说心中痛苦而无法表达，且术后完全清醒时间较长。异丙酚具有降低外周血管阻力，抑制心肌和心血管系统的神经反射，导致血压下降的作用[1]，由于异丙酚缺乏去迷走神经样作用，可使心率减慢[2]；氯胺酮可使血压增高2.66～5.32 kPa，心率增速，且苏醒期常有精神症状[3]。而应用氯胺酮复合异丙酚辅助硬膜外麻醉时，氯胺酮可减轻异丙酚诱导期的心血管抑制作用，同时异丙酚也可有效减轻或逆转氯胺酮维持期的心血管副作用及苏醒期精神症状[4]。异丙酚和氯胺酮对呼吸均有抑制作用，但本组病例用量较小，虽出现SpO_2一过性下降，但下降幅度小，且数分钟后即恢复正常，可不予考虑。小剂量异丙酚复合氯胺酮时镇静、镇痛、催眠方面有协同和互补作用，可增强麻醉效果[5]。给药后患者即入睡，术中牵拉内脏时无反应，术后停药患者即醒，感觉舒适，是较好的硬膜外麻醉辅助用药。

参 考 文 献

1. Coates DP, Monk CR, Roberts C, et al. Hemodynamic effects of infusions of the emulsion formulation of propofol during nitrous oxide anesthesia in humans. Anesth Analg, 1987, 66: 64.
2. Baraka A. Severe bradycardia followsing propofolsuxamethonium sequence. Br J Anaesth, 1988, 61: 482.

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院麻醉科
** 佳木斯市皮肤性病防治院

维普资讯 http://www.cqvip.com

3.陈伯銮. 临床麻醉药理学. 人民卫生出版社. 2000, 7:303.
4.白勇. 氯胺酮－异丙酚静脉复合麻醉. 中华麻醉学杂志, 1996, 7(16):295.
5.欧阳葆怡. 静脉注射异丙酚或咪唑安定对呼吸循环功能的影响. 中华麻醉学杂志, 1996, 7:299.

(收稿日期:2002－06－18)

外伤脾切除后自体脾组织移植的临床应用

柳运海* 高 飞* 韩 力* 孙 林* 邵本琛*

近年来,脾脏外科有了长足进展,主要标志之一是对脾脏功能有了新的认识,对脾脏功能认识程度的逐步加深又促进了脾脏外科的发展,两者相得益彰,不可或缺。自体脾组织移植(以下简称脾组织移植)在国内外已被接受为脾破裂进行保脾手术的主要措施之一。我院自1999年1月至2000年4月,因外伤脾破裂无法修补,行全脾切除术后自体脾组织移植32例,术后随访观察均获得满意疗效。

一、资料与方法

1.临床资料:1999年1月至2000年4月,因外伤脾破裂全脾切除后自体脾组织移植32例,其中男性24例,女性8例。平均年龄38岁。自体脾组织片大网膜内移植30例,皮下移植2例。平均住院天数13 d。

2.手术方法:脾切除后,剥离1/2脾脏包膜,将1/2的脾脏(约100克)切成2 cm×2 cm×0.4 cm脾片10余块,放入4 ℃生理盐水500 ml(内放入肝素12500 U庆大霉素16万U),反复漂洗[1]。将大网膜展平,提起前叶剪一小孔,将脾片放入用细针固定2针,其过程要注意将脾片铺平放入血运丰富且重叠的地方,以利于脾片成活。

3.观察指标:术后随诊最短时间4周,最长3个月。主要检测外周血IgM、IgA、IgG值的变化,痘痕红细胞平均出现百分率,以及B超,99mTc扫描来观察移植脾片成活和吞噬功能恢复情况[2]。

二、结果

除2例皮下移植的病人出现切口感染,脾片组织坏死外,其余30例大网膜内移植的病人恢复良好,未发生腹腔内感染、肠粘连、肠扭转等并发症。检测外周血IgM、IgA、IgG均在正常水平,痘痕红细胞平均出现率也在正常范围之内。B超、^{99m}Tc扫描证实脾片有增大,生长情况。

三、讨论

在80年代初,chattejee等进行了脾切除后自体脾组织移植的实验研究,将兔、大鼠自体脾组织片移植皮下,肌肉等处,手术成功率超过90%。随后,Patel, Minikan等分别进行了临床应用,将脾组织片移植到网膜囊内获得满意效果。国内自1984年开始刘乐欣、姜洪池、马宏敏等先后做了系统的报道,也获得满意效果,已经普遍认为是全脾切除后弥补脾脏功能的有效方法。

1.自体脾组织移植的适应证

对外伤性脾破裂的处理,首先是抢救生命第一,其次保脾。在何种情况下,采取何种方法保脾,目前已被广大外科医生所关注。根据作者的临床经验,对下列情况下的脾破裂适应行全脾切除后脾组织移植术。(1)严重的脾破裂。(2)多处深面大的脾破裂,无法进行缝合、修补或部分切除者。(3)脾门撕裂、脾蒂血管离断,发生紧急大出血者。(4)脾蒂血管损伤合并脾上部损伤者。(5)外伤性迟发型脾破裂,但部分脾组织尚有活力者。(6)闭合性腹部外伤,无空腔脏器破裂者。

2.自体脾组织称植的量

全脾切除后,自体脾组织移植量多少,才能够有效地保证脾脏功能,目前尚无统一的规定标准。但多数学者认为移植脾脏的1/3足以代偿脾脏的功能。作者采取1/2左右的脾脏,同时移植的脾块不宜太大,更不宜太厚,一般切成2～3 cm×2 cm×0.4 cm脾组织片10余块。这样可以防止移植物太大时,造成变性、坏死,再生过程缓慢,甚至导致移植物中心缺血性坏死,粘连性肠梗阻,腹腔脓肿等。

3.自体脾组织移植的部位

作者以大网膜两层间为首选。大网膜两层间不但范围大,血运丰富,易于早期建立血运和移植物成活,而且移植物的静脉血流仍回流到门静脉,这一点符合Living－Ston的观点[3]。脾静脉血流到门静脉可使脾功能得到保障。开始移植皮下的2例,因血运不佳,发生坏死继而造成切口感染,以后的30例均移植大网膜内,无一例发生腹腔感染、肠粘连等并发症,而且各种检测手段均证实移植脾组织成活。

参 考 文 献

1.姜洪池,夏穗生. 脾移植的现状与展望. 中国实用外科杂志, 1994, 12:746.
2.余元龙, 师天雄. 外伤脾切除后自体脾片移植的研究. 腹部外科杂志, 1998, 6:272.
3.夏穗生,主编. 现代脾脏外科学. 南京:江苏科学技术出版社, 1990. 45.

(收稿日期:2002－08－26)

* 作者单位:116100 辽宁省大连市金州区第一人民医院