维普资讯 http://www.cqvip.com

新式剖宫产术30例临床分析

杨 微* 祖严冰** 吴欣萍*

剖宫产术是处理难产的一种重要方法，作为现今最常用的手术之一。我院开展腹膜外剖宫产术已有十余年历史，从2001年8月开展了新式剖宫产术，取得了较好效果，现报道如下。

一、资料与方法

1.临床资料

自2001年8月至2001年12月从本院60例剖宫产产妇中随机分成两组：观察组（新式剖宫产术组）30例，年龄20～35岁，平均26岁；对照组（腹膜外剖宫产术组）30例，年龄18～33岁，平均26岁。两组孕妇均为初产妇，其年龄、孕周比较无明显差异。两组均以头盆不称、胎儿窘迫、臀位、骨盆狭窄、骨盆畸形、脐带绕颈、宝贵儿、高龄初产等为手术指征，手术原因无明显差异。麻醉均采用连续硬膜外麻醉。

2.手术方法

腹膜外剖宫产术均采用顶侧联合法。(1)对照组：在Pfannenstiel皮纹上横弧形切开皮肤及皮下脂肪，长约10～13 cm，"V"形剪开筋膜，钝性分离腹直肌，剪开锥状肌，顶侧联合法下推膀胱达反折腹膜下1.0 cm，在子宫下段上部中部交界处切一小口，刺破羊膜囊，吸尽羊水，钝性撕开子宫切口，手取胎儿，胎儿娩出后，宫体注射催产素20 U，胎盘剥离，清理宫腔，"Ⅱ"号肠线连续缝合子宫全层，反转褥式包埋浆肌层，筋膜及皮下脂肪用丝线间断缝合，Ⅰ号丝线皮内缝合皮肤，6 d拆线。(2)观察组：在Pfannenstiel皮纹上1～2 cm处横形切开皮肤后[1]，切开皮下脂肪层2～3 cm长的小口，钝性撕开皮下脂肪及筋膜约14 cm，此时皮下脂肪被撕拉开，血管壁的弹性可以耐受牵拉的力量，在皮下脂肪中走行的血管神经组织完整保留下来，关腹时可以看到两侧完整保留的走行在皮下脂肪中的腹壁浅静脉，由此减少了神经血管的损伤，减少了开腹时的出血，有利于伤口术后恢复。用血管钳于正中分开腹直肌，术者及助手各用双手食、中指重叠后向两侧拉开松解腹直肌，在切口上端提起腹膜，开一小口，撕开腹膜切口达胎头大小，在子宫下段上部1/3处切开腹膜后折及子宫肌层1～2 cm，撕开子宫切口达胎头大小，不必推膀胱，破膜后吸净羊水，娩出胎儿，宫壁注射催产素，娩出胎盘，用"Ⅱ"号肠线连续锁边缝合腹膜反折及子宫全层，轻拉腹膜至切口处不必缝合，间断缝合筋膜，不缝皮下脂肪，Ⅰ号丝线连续皮内缝合皮肤，术后6 d拆线。

3.观察方法

观察手术时间，切皮至胎儿娩出时间，手术出血量，新生儿Apgar评分，切口愈合，感染情况，并行随诊。

4.统计学处理

计数资料用χ^2检验，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，用t检验。

二、结果

1. 术中情况比较，见表1

表1 两组术中情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间(min)	切皮至胎儿娩出时间(min)	手术出血量 ml		
				最少	最多	平均
观察组	30	29.21.5*	4.270.52△	90	210	118△
对照组	30	40.21.6	8.160.61	160	350	240

注：与对照组比较，*$P<0.01$；与对照组比较，△$P<0.01$

2. 两组剖宫产术切口情况及新生儿1分钟Apgar评分比较，见表2。

表2 两组切口情况及新生儿Apgar评分比较(分)

组别	例数	切口感染例数	切口1期愈合	Apgar评分	
				≤7	≤8
观察组	30	0*	30*	0	30△
对照组	30	1	29	2	28

注：与对照组比较，*$P>0.05$；与对照组比较，△$P<0.05$

3. 术后随访

60例患者因各种原因仅有48例病人随诊，检查切口及子宫复旧情况良好，除1例疤痕体质外，其余切口愈合良好，疤痕平伏不影响美观。

三、讨论

新式剖宫产术的手术步骤简化，省去了结扎止血，子宫只缝一层，使手术时间明显缩短。由于手术至胎儿娩出时间短，有效地预防了术中仰卧位低血压综合症的发生。手术不切皮下脂肪及筋膜，撕拉法不损伤血管及神经，减少出血，减少组织损伤，切口局部血运好，组织愈合快。在子宫下段上部1/3处先切开腹膜反折及子宫浅肌层后，再撕开，不必推膀胱，减少对膀胱的干扰。不缝合腹膜，减少了异物反应、粘连及术后疼痛。

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院妇产科
** 佳木斯市计划生育技术指导站

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