维普资讯 http://www.cqvip.com

讨 论

1. 从本组资料看，宫腔操作史与前置胎盘发病率密切相关，而双胎，胎儿畸形，子宫畸形也为有关因素。所以加强婚前检查，产后妇女的避孕指导工作，可降低此病的发病率。

2. 大月份引产者应常规术前 B 超检查，注意询问孕期出血情况，以便及早诊断，处理。

3. 前置胎盘处理：对胎儿未成熟者，以母体安全为主尽可能行积极期待疗法，对有明显自发宫缩者，除用宫缩抑制剂外，可试用促胎肺成熟药及静脉营养药。以提高早产儿存活率，若期待中危及母体生命，即及时终止妊娠。至于分娩方式，中央性前置胎盘无论胎儿是否存活应以剖宫产术结束分娩，其他类型应视出血程度，产次，胎儿情况等，而选择分娩方式。对术中下段出血的问题，应常规用宫缩剂，或碘仿纱条局部填压，对止血有效，对植入性胎盘，出血凶猛经处理无效应切除子宫。

4. 前置胎盘对母婴危害较大，本组发生孕妇出血性休克 3 例，产时产后大出血发生率 50%，围产儿死亡率 11.5%，早产率 48.1%。所以继续探讨其病因，积极预防，及早诊断并正确处理是十分重要的任务。

参考文献

1. 湖南省围产调查协作组．湖南省前置胎盘，胎盘早剥流行病学调查，实用妇产科杂志 1992；8（3）：129.
2. 李杰凌，等。前置胎盘 415 例临床分析，实用妇产科杂志 1992；8（3）：142.

（收稿：1993—10—14）

声带外展与小儿硬质气管镜检查术的改进

河北省儿童医院耳鼻喉科 苏金柱
河北省沧州市中心医院 赵明海
（河北石家庄，邮政编码 050031）

按照以往的理论，人们在行硬质气管镜检查术时，气管镜前端置入喉其镜唇斜面与声门裂纵轴平行。我们从 1985 年以来，在无麻下或全麻下用传统型或新型冷光源国产或进口硬质气管镜进行检查时，镜唇斜面向后与声门裂纵轴垂直，未见声带损伤，现将 1990 年 10 月至 1993 年 10 月的 50 例报告如下。

临床资料

一、一般资料：50 例均为气管、支气管异物而行硬质气管镜检查术。年龄最小的 11 月，最大 14 岁，平均 2.5 岁。病程最短的 6 小时，最长的 90 天，平均 12.8 天。本组病例中有 38 例术前有发热症状，4 例呼吸衰竭，1 例有缺氧性脑病，胸片上一侧阻塞性肺炎或肺不张 8 例，气胸，皮下气肿、纵隔气肿 3 例。

二、手术方法：无麻醉或全麻，垂头仰卧位，在直接喉镜下，根据小儿的年龄和发育情况选择适当大小的 stor 硬质小儿气管镜，镜唇斜面向下（向杓间区）和声门裂纵轴垂直，50 例共插入声门 66 次，最多一次手术插入 4 次，6 例由于窒息同时喉痉挛声门关闭状态而强行插入，术后常规给氟美松和抗生素，除 2 例总气管异物术前即有轻度声音嘶哑，但术后无加重且 2 天后完全恢复外，其作术后均无声音嘶哑。

讨 论

我们从成人的喉裂开术和垂直半喉切除术中观察到，当患者吸气时声带外展在喉腔内者不到声带隆起，喉腔的粘膜是平滑的，和尸体上见到的声带完全不同。在尸体上声带突出到喉腔内，甚至声门关闭状态，多数声带处于尸位即"中间位"，所以以往气管镜检查以此为理论基础，理论上通述直接喉镜把声门全部暴露而设计的插入气管镜的方法；镜唇向左侧当看到左侧声带、声门开放时插入气管镜。事实上活体上的声带位置和尸体上的声带情况差别很大，再者无论无麻醉还是全麻，有相当多的患者在直接喉镜下声门暴露只有 1/2 或 1/3，用传统的方法很难插入，甚至滑入食管，使病人的抢救造成失败，理论上镜唇和声门平行不

维普资讯 http://www.cqvip.com

前列腺摘除术 前列腺肥大 11306(17)

损伤声带，但对于声门暴露不全的病例，虽然从气管镜内看到左侧声带，但在镜尖端未进入声门裂之前先触到了杓间区粘膜，反射性引喉痉挛声门关闭，插入时镜唇前端顶到右侧声带，术者常感到有“落空感”。我们采用镜唇向后的方式，克服了上述的不足，是以活体上观察到声带外展时喉腔看不到声带处有隆起，粘膜平坦为理论基础的，本文病例无一例出现声带损伤，其中 6 例是在病情紧急喉痉挛的情况下强行插入也未见声带损伤。因此本文插入气管镜的方式有如下优点：①在声门暴露不全甚至 1/3 情况下可以准确地插入气管镜，在病情紧急的情况下准确无误地插入气管镜，对于及时地抢救病人有着重要的临床意义。②因镜唇的尖端始终处于喉腔的中线位不会损伤一侧声带。当插入声门时镜尖端先进入声门裂，既使再引起喉痉挛，声门也不能完全关闭，镜体推进时镜唇两侧光滑弧行边缘可将声门扩大。③便于初学者掌握支气管镜检查术。因初学者往往在直接喉镜下不能使声门大部分暴露，用传统方法插入气管镜往往失败、甚至滑入食管，本文方法在声门暴露不全的情况下很易插入。④喉痉挛时强行插入不会损伤声带。由于气管镜类端处于中线位，强行插入时从气管镜内可以看到双侧声带逐渐向两侧被推开，而不会顶到一侧声带上造成声带损伤，也不会滑出喉。因此本文改进符合活体喉内解剖生理，且比传统方式易于掌握，在紧急情况下可以做到准确无误，有着极其重要的临床意义，值得推广应用。

（收稿 1994—03—03）

30-31

对耻骨上前列腺摘除术手术方法的改进

陕西省乾县医院外科 何金荣 李平均

（陕西乾县，邮政编码 713300）

R699.8

1991 年 2 月～1992 年 11 月我们对 12 例前列腺肥大症患者，行耻骨上前列腺摘除术，在术中无选择地对常规的手术方法做了改进，达到了满意的止血效果，现介绍如下。

一般资料

本组 12 例，年龄 60～75 岁，平均年龄 68 岁。有高血压 4 例，肺气肿 3 例。术中常规输血 300ml 者 7 例，其余 5 例术中均未输血，术后无 1 例输血。术后血尿：均呈淡红色，24 小时之内颜色变清亮者 5 例，16 小时之内颜色完全变清者 2 例，其余 5 例均在术后 4 小时之内颜色完全变清。本组术后膀胱冲洗均为 3 天停止，术后无 1 例发生严重血尿及大出血，无 1 例并发全身感染，排尿通畅，无 1 例出现尿道狭窄及尿失禁。

改进的手术方法理由及要点

1. 我们将常规的第三步骤剜出前列腺改为：从膀胱颈部 1 到 12 点做一圈环形双重间断缝扎，其理由是：提前防止腺窝内颈部各点创面出血，防止在剜出腺体时对尿道内口粘膜的撕裂，保持尿道内口有一个整齐的边缘。在各点缝扎时，顺便将荷包紧缩线（3～0 号肠线）置入在缝扎线内，荷包紧缩线不缝入膀胱颈部粘膜，从各点双重线内穿过，然后再剜出前列腺。

2. 将常规的膀胱颈部粘膜荷包缝合法改为单线缩紧多线围绕法，在 3～0 号肠线的拉缩下，使各点的缝扎线将膀胱颈统一整齐的缩紧在三腔导尿管的周围，这样避免了颈部粘膜的撕裂和多余粘膜的围绕，利用单线拉多线的办法，对前列腺窝口结扎牢靠，封闭严密，使腺窝内的渗血不易流入膀胱内，达到彻底隔离的目的。如果按常规的粘膜荷包围绕法，就要在剜出前列腺之后方能操作，所以易受腺窝出血的干扰，视野不清，操作不便，往往缝合不当，甚至多次造成局部粘膜撕裂，或是缝合紧缩的粘膜多少不均，窝口封闭不严，术后血尿严重，持续时间长，延长冲洗时间，易致导尿管多次堵塞，达不到彻底止血的目的。在拔除导尿管后，撕裂的颈部粘膜亦形成尿道内口狭窄，所以致术后排尿不畅，我们用改进的荷包缩紧法，在拔管后无 1 例行尿道扩张术。

3. 各点缝扎时用短粗圆针 2～0 号肠线先从 6 点开始，然后 5～7 点、4～8 点、3～9 点、2～10 点、1～11 点。各点出针均从后尿道内口穿出，