维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2001年第10卷第1期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2001, Vol. 10, No. 1

颈丛麻醉中心动过速用美托洛尔治疗效果分析

尹光芬* 汤 珏* 牛东方* 孙洪涛*

甲状腺手术多采用颈丛阻滞麻醉，本文收集1997年12月～2000年10月我院行颈丛阻滞的甲状腺手术58例，对美托洛尔控制颈丛阻滞引起窦性心动过速作一分析探讨。

一、临床资料

1.一般资料：本组58例，男15例，女43例，年龄19～67岁，平均35岁，体重40～71kg，ASA Ⅰ～Ⅱ级，术前均常规肌注苯巴比妥钠2mg/kg，东莨菪碱6μg/kg。

2.麻醉方法与结果：病人仰卧，头偏向对侧，双上肢紧贴身体两侧，显露颈部，皮肤常规消毒，取胸锁乳突肌与颈外静脉交点上1cm紧贴胸锁乳突肌外缘为进针点，取6.5或7G长3.0cm穿刺针，左手食指触清C_6横突后垂直刺入直达C_6横突结节，回抽无异常，即可注入1%利多卡因和0.25%布比卡因混合液3～4ml，完成颈深丛阻滞，然后退针至皮下，重新进针少许，当针尖穿过颈浅筋膜时，有一轻微突破感，注药8～9ml，完成颈浅丛阻滞、按相同方法阻滞对侧。均用无创血压心电监护仪监测HR、MAP。麻醉前即有窦性心动过速1例，其他为颈丛阻滞后引起，排除焦虑、低血容量、缺氧、二氧化碳蓄积因素后，用酒石酸美托洛尔40～80μg/kg速度1.5mg/min从输液胶管处缓慢注入，美托洛尔进入循环后心率逐渐减慢，见附表。

附表 用药前、后心电监护仪监测结果

	麻醉前	用药前	用药后(min)							
			5	10	20	30	40	60	90	120
HR(次/分)	926±202	135.3±19.2*	113.9±15.8*	104.6±15.8*	101.9±14.5*	101.6±15.8*	101.8±16.4*	99.5±15.2	97.1±17.1	98.7±17.3
MAP(mmHg)	96.2±20.1	97.0±18.7	94.3±16.5	91.2±17.6	91.4±18.3	91.1±19.5	87.3±16.9△	90.7±23.5	91.8±13.2	91.3±15.6
n	58	58	58	58	58	56	55	52	37	29

与麻醉前相比，*：$P<0.05$、与用药前相比、△：$P<0.05$

二、结果和讨论

临床上甲状腺手术多采用颈丛阻滞麻醉，颈丛深部有神经交通支与迷走神经相连接，颈丛阻滞穿刺时进针太深使迷走神经阻滞，交感神经活动性增加，而使心率加速，轻者表现为心慌不适、精神紧张，重者可由于心肌做功耗氧量增加、导致心律失常，心肌缺血，心衰。尤其是术前有心血管系统疾患者，危险性则更高，经用氟芬合剂或氟哌合剂处理效果欠佳，本文选用美托洛尔治疗，取得显著疗效。

本组病人使用的美托洛尔为选择性β_1受体阻断药，起效快，强度及体内代谢与心得安类似，常用剂量对支气管平滑肌几乎无影响，有文献报道[1]，用于心衰病人能使其心功能得到一定程度的改善。本组病人应用美托洛尔后窦速得到良好控制，但对血压影响甚微，提示其对心肌收缩力的影响较小，可作为颈丛麻醉中窦性心动过速的对症处理用药。

参 考 文 献

1.丁正年，王光磊.美托洛尔用于控制普鲁卡因静吸复合麻醉病人的窦性心动过速.临床麻醉学杂志，1999，15(3)：170.
2.李少君.静注氟芬合剂预防颈丛阻滞期心血管副反应的临床观察.临床麻醉学杂志，1998，14(3)：172.
3.谢 荣、主编.麻醉学.科学出版社，1996.285－287.
4.宋建国，乔海灵，明 亮，主编.临床药理学.郑州：河南医科大学出版社，2000.202－203.

* 作者单位：671000 云南省大理医学院附属医院麻醉科

(收稿：2000-11-12)

子宫全切后采用改良式重建阴道顶74例体会

金群俏* 林春兰* 朱巍立*

经腹全子宫切除术是妇科常见手术。长期以来大多数学者参照Telinde法行腹式全子宫切除术，其手术步骤及技术操作已成规范。但该术式的前后对合法关闭阴道穹隆常钳夹阴道侧角，使阴道缩短，且缝线处于阴道末端，术后患者性交多有不适。为克服此种弊病，我们采用改良的重建阴道顶术式，施术74例取得满意效果，现报告如下。

* 作者单位：314000 浙江省嘉兴市妇幼保健院

维普资讯 http://www.cqvip.com

一、资料与方法

1.临床资料:我院自1997年10月至1999年4月,对145例年龄在30~45岁间子宫良性病变需行全子宫切除术者进行随机分组对比分析。其中74例行改良式重建阴道顶(简称改良组)、71例按常规前后对合法关闭阴道穹隆(简称对照组),两组病人在病种、年龄、子宫大小、盆腔粘连方面基本相同。其中改良组中4例合并Ⅰ度或Ⅱ度轻型子宫脱垂。

2.手术方法:术前准备和麻醉同常规腹式子宫切除术。腹腔探查后,按Telinde法切除子宫体。切除子宫体后,以鼠齿钳钳夹阴道断端左右侧角向中央牵引,使主韧带对拢,用1号Dexon线8字缝合左右主韧带并贯穿对应的阴道断端,然后由前向后连续锁边缝合阴道边缘,用鼠齿钳钳夹左右子宫骶骨韧带,以1号Dexon线间断对缝,第一针贯穿阴道顶后端,最后一针达直肠前,以环抱直肠为度。

二、结果

手术时间:改良组最长140 min,最短50 min,平均79 min。对照组最长150 min,最短45 min,平均76 min。术中出血量:改良组出血量平均148ml,对照组出血量平均152ml。术后发热:诊断标准为手术48h后体温连续2次或2次以上≥38℃。改良组2例(27%),对照组2例(28%)。以上经统计学处理均无显著性差异。

随访率改良组93%,对照组91%。阴道深度:改良组9~13.5cm,对照组7~9cm。改良组阴道残端的切口疤痕位于阴道长轴前方,阴道后壁长、前壁短的生理特点仍保存,手指插入阴道后穹隆深部无不适,亦无一例诉性交深插时有不适感,4例合并子宫脱垂者术后盆底明显上升,阴道前后壁松弛情况完全改善。对照组最明显的阴道缩短有5cm,手指深插作用点在残端疤痕上,其中6例性交时有触痛感。

四、讨论

1.常规经腹子宫切除术前后对合法关闭阴道穹隆,要钳夹阴道侧角使阴道缩短约3~4cm,残端缝线位于阴道末端,在性交深插时,患者常觉触痛。而改良式重建阴道顶克服了上述弊病。且两侧主韧带的对缝,子宫骶骨韧带的加强,悬吊了阴道顶,消除了直肠膨出。对子宫Ⅰ度、轻Ⅱ度脱垂合并其他病变必须剖腹切子宫者,仅靠此法即可达到上升盆底的目的,且可减少子宫切除术后阴道顶脱垂发生[1]。

2.行改良法关闭阴道穹隆,起初发现部分患者盆底不够松弛,主韧带对缝有困难,强行对缝主韧带有下撕现象,而阴道断端与主韧带间是易出血区,止血有一定困难,缝扎过深又可能伤及输尿管。故术中需估价盆底松驰度。若盆底松驰不足,可先于筋膜下切除子宫体,后行改良法对缝阴道穹隆。这样可避免主韧带处理上的困难,对年轻患者这样处理后阴道深度较术前略深,术后性交引发阴道残端疤痕触痛的可能性会更小。

参 考 文 献

1.袁耀萼,盛丹菁,主编.妇产科新理论与新技术.上海:上海科技教育出版社,1996.233.

(收稿:2000-11-14)

罕见类型异位妊娠的诊断与治疗

金素珍*

罕见类型异位妊娠是指除常见的输卵管妊娠以外的其它异位妊娠,如宫颈妊娠、卵巢妊娠、残角子宫妊娠和腹腔妊娠等。因此类疾病临床少见,容易误诊和延误诊断,一旦误诊,后果严重。本文对近8年来8例罕见异位妊娠进行分析,以期同行重视,减少误诊。

一、临床资料

我院1990年1月至1997年12月间共收治罕见类型异位妊娠8例,其中宫颈妊娠3例,卵巢妊娠2例,宫角妊娠、残角子宫妊娠和宫内宫外同时妊娠各1例,在同期异位妊娠202例中占3.96%。

1.宫颈妊娠3例中2例为首次妊娠,其中1例未婚同居,1例为经产妇孕$_3$产$_1$,人工流产1次,停经分别为8^{+2}、8^{+3}和8^{+5}周,均有无痛性阴道出血症状。1例因在外院刮宫后1周阴道出血未止入院,诊断为"人流不全",再次行刮宫术,术中阴道大出血并休克。1例由阴道大出血伴昏厥入院,诊断为"不全流产伴失血性休克",抗休克同时行刮宫术,因阴道大出血停止操作。1例因房事后阴道大出血,妇检发现宫颈外口有组织物堵塞,取出血块中有绒毛组织。B超检查示:宫颈妊娠。3例均通过局部纱布填塞肌注麦角新碱等治疗无效后行全子宫切除术,术后恢复良好。

2.卵巢妊娠2例都为经产妇,分别为孕$_2$产$_1$,孕$_3$产$_1$,1例上环,1例人工流产1次,平时月经都不规则,无明显停经史。1例为下腹痛伴阴道不规则出血6天,在当地卫生院诊断为"子宫内膜炎",抗炎治疗,后因下腹痛加剧入院,化验尿β-HCG阳性,阴道后窟窿穿刺阳性,诊断为:宫外孕。另1例因下腹胀痛2天就诊,B超检查示:左附件包块直径约6×5×4.5cm^{3}大小,以"卵巢囊肿"入院,两例均在剖腹手术时发现卵巢妊娠,最后经病理检查确诊。

3.宫角妊娠1例为未曾生育,人工流产1次,停经10^{+1}周,本院门诊人流时未见绒毛,B超检查示:右侧宫角妊娠,行剖腹手术切开宫角,清除妊娠产物。

4.残角子宫妊娠1例为经产妇孕$_3$产$_1$,人工流产1次,停经

* 作者单位:317200 浙江省天台县人民医院妇产科