维普资讯 http://www.cqvip.com

术后产妇肠蠕动的恢复，对功能性肠麻痹有较好的疗效，减少产后便秘。本文结果显示，米索组和合用组不仅在产后不同阶段的出血量明显少于催产素组，且肠功能恢复时间明显早于催产素组，说明在减少产后出血及促进产后肠功能恢复方面米索均优于传统的催产素。

[参考文献]

[1] 王 宇，刘 英，熊 丁，等. 米索前列醇在晚期妊娠引产中的应用[J]. 中华妇产科杂志，1997，32(11)：687－868.

[2] 程振莲，倪瑞芹，刘素梅. 剖宫产术中应用米索前列醇减少产后出血的效果观察[J]. 护士进修杂志，2001，16(4)：312－313.

[3] 牛彦敏. 直肠给予米索治疗对催产素、麦角新碱控制无效的产后出血[J]. 国外医学·妇产科分册，1999，26(3)：175.

(编辑：蒋登金)

肿胀麻醉下电子抽脂塑形术

Electron liposculpture under the tumescent anesthesia

王小民

(平顶山煤业集团总医院整形外科，河南 平顶山 467000)

[关键词] 肿胀麻醉；电子抽脂；塑形

[中图分类号] R622.9 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2003)05－0354－02

肿胀麻醉下的脂肪抽吸术是目前公认的行之有效且损伤较小的一种技术，现已得到广泛应用。但受设备和手术者具体操作熟练程度的影响，一些并发症仍时有发生，为将脂肪抽吸的并发症进一步降低，我科从2000年9月开始应用新一代意大利电子抽脂机完成抽脂塑形手术124例，取得满意效果。现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组124例，女123例，男1例。年龄20～64岁。均为局部脂肪堆积，其中面颈部4例，上臂8例，上腹部30例，下腹部30例，上下腹20例，下腹加髂腰部9例，臀部2例，大腿6例，小腿5例，大腿加腰部10例，术前检查病人无手术禁忌证，所有病人均在门诊完成手术。

1.2 治疗方法

1.2.1 麻醉 肿胀麻醉。肿胀技术中麻醉药配方：0.9%氯化钠500 ml、2%利卡因15 ml、肾上腺素0.3 mg。根据抽吸范围大小给予不同剂量的肿胀液，按抽吸部位不同，分别注入浅层脂肪，深层脂肪或浅层脂肪加深层脂肪，使抽吸区局部肿胀皮肤轻微发白，总量约为预计抽出量的1～2倍。

1.2.2 术区设计 站立位，标出需抽吸脂肪的范围，脂肪最厚处及边缘过渡区域及进针点。

1.2.3 手术设备 意大利新一代LEM电子抽脂机，将一片电极板贴在身体肌肉较丰满处妥为固定，依不同抽脂部位，选用长度20 cm，直径1 mm或长度40 cm，直径2 mm的电极抽脂针。

1.2.4 操作步骤 患者平卧位，常规消毒、铺巾，用刺皮针，刺破皮肤，依抽脂部位不同，选长、短不同型号的电极针，刺入皮下脂肪层，将抽脂机面板按键的输入麻药键按下，完成肿胀麻醉液的注入；将按键开关转至脉冲位置，按抽吸部位脂肪密度情况，选取不同脉冲值；再转至抽吸键，靠电极针形成的电场将脂肪乳化并抽出。先抽深层脂肪，再抽浅层脂肪，左手可压住或抓捏起抽吸局部的脂肪组织，以便感受抽吸深度及匀称度，右手握抽吸手柄行拉锯式往复抽吸，并呈扇形展开，不断调整抽吸的层次和部位，操作完成后，用手反复抓捏感觉抽吸部位是否厚薄均匀，在对称性抽吸时更应如此。抽吸结束后，抽脂区覆盖棉垫，适当加压，包扎，待针孔愈合后穿合身弹力服3～6个月，以利于抽脂区域的塑形。

2 结果

124例病人均获满意效果。抽出脂肪量20～3 500 ml不等。抽出物中静止后上层的乳化脂肪量占总吸出液的1/3～3/4，其中腹部、髂腰部、上臂、大腿、小腿抽出液中以脂肪所占比例较大，颈、背部抽出液中血性液体占的比例较多。1例下腹抽吸后出现皮肤瘀斑，1周后消退。2例出现抽吸部位双侧不对称，半年后已做修整纠正，未见其他并发症。

3 讨论

肿胀麻醉技术是将含有肾上腺素的大量稀释的利多卡因溶液注入到皮下脂肪组织中，良好的止痛效果使得抽脂手术可以在无痛状态下完成。肿胀麻醉液中的肾上腺素能使皮下脂肪中血管收缩，血管密度降低，以减少出血，大量含有生理盐水的利多卡因溶液注入后，使脂肪组织疏松，脂肪细胞间粘附力下降，脂肪细胞肿大，利于脂肪组织乳化后被吸出。内含的利多卡因浓度很低，但由于利多卡因极具弥散力和组织穿透力，

[收稿日期] 2003－10－08 [修回日期] 2003－11－25

维普资讯 http://www.cqvip.com

仍可达到良好的镇痛效果。

多位学者[1-2]主张脂肪抽吸时主要吸除深部脂肪组织，我科百余例电子抽脂也体会到，由于电子抽脂用的高频电场只对脂肪有破坏作用，对血管神经组织无明显损伤。因此在对深层脂肪抽吸的同时，我科也利用电子抽脂电极针的微创性，对浅层脂肪也进行抽吸，保留皮下脂肪厚度2～3 mm，以不损伤真皮下血管网。本组未发生皮肤血供障碍的病例。在本组腹部抽吸病例中，将抽吸物静置后观察，其上层乳化的脂肪达80%～90%，下层的淡红色血性液约10%～20%明显优于用机器吸刮管进行腹部脂肪抽吸时血脂比1:4.56的结果，这主要得益于脂肪组织是靠电场乳化后吸出，是微创操作，而非传统的损伤较大的负压刮除。

抽脂术属纯美容手术，切口不容忽视，而本法不做皮肤切口，术后均匀、适度地加压包扎可有效地避免出现血肿，留的穿刺针孔一周内愈合后，不遗留痕迹；辅以压力型号合体的紧身弹力服，能更好地帮助手术区域的塑形。本文认为，在目前所用抽脂方法中，肿胀麻醉下的新式电子抽脂是目前较为安全有效的一种方法。

[参考文献]

[1] 马越波，林君飞，戴 峰. 应用小吸管的肿胀麻醉脂肪抽吸术[J]. 实用美容整形外科杂志，2000，11(4)：192－193.
[2] 冯传波，陈林峰，时安平. 脂肪抽吸术与解剖学相关问题[J]. 实用美容整形外科杂志，1999，10(1)：33－34.

（编辑：文 灿）

肾移植术后并发高血压的护理

The rehabilitation nursing of complication with hypertension after renal transplantation

王殿珍，吴 亿，许爱华
（第三军医大学附属西南医院泌尿中心肾科，重庆 400038）

[关键词] 肾移植；高血压；康复护理
[中图分类号]R699.2 [文献标识码]B [文章编号]1672－5042(2003)05－0355－02

同种异体肾移植是治疗终末期肾功能衰竭的有效方法。但肾移植后高血压发病率高，是威胁肾移植成功的重要原因，肾移植后对血压的观察护理对移植肾的成功和长期存活起着重要作用。现对本院2000年1月至2003年1月102例尸体肾移植回顾性总结，分析其原因，总结其护理体会，报告如下。

1 临床资料

本组102例，全部为尸体肾移植。其中男82例，女20例。19～40岁76例，41～50岁20例，51～70岁6例。术前有高血压54例，占53%，术后有高血压83例，占82%。术前术后服用降压药种类大致相同。

2 原因分析

肾移植后高血压是影响肾移植患者术后生存率的一个重要因素，即使是肾功能良好的患者，中度以上高血压也将明显缩短其存活期。引起高血压的因素有①患者原病肾释放肾素，移植肾动脉狭窄。②醛固酮增加。③大剂量免疫抑制剂如强的松、甲基强的松龙之水钠潴留并使心血系统对各种血管加压因子的敏感性增加；环孢霉素使肾血管收缩[1]、交感神经系统活动增强、钠潴留等引起高血压[2]，环孢霉素A(CsA)治疗的肾移植患者3年后高血压的发病率约75%，且20%为严重高血压[3]。④移植肾急性和慢性排斥反应使免疫复合物致血管痉挛收缩。⑤移植肾缺血性损害。⑥输液过多，尿量减少。⑦手术创伤及异体肾致体内呈一定的应激状态。⑧过度摄入含盐的饮食[4]。

3 观察内容及护理

肾移植术后高血压具有其临床特殊性。肾移植术后高血压多呈持续性，严重程度不同，部份患者可出现左心室肥厚、心力衰竭或高血压脑病。如急性排斥反应所致的高血压大多突然出现，常有发热，尿量突然减少，体重增加，移植肾区疼痛、压痛，移植肾增大、质地变硬、血肌酐升高、超声波检查示肾脏增大、肾血流指数增大等。慢性排斥反应则常表现为中度或重度高血压，肾功能逐渐下降。输液过多所致高血压经积极利尿、脱水处理，高血压症状可缓解。因心理因素所致高血压经镇静、心理护理可缓解高血压。环孢霉素药物中毒所致血压增高，在调整浓度后，血压可得到控制。

护理上应注意以下几点：①重视环孢霉素浓度的监测，减少环孢霉素的毒副作用。②注意术前术后血压的对比，血压测量的部位和时间的影响。③观察有无排斥反应，注意尿量的变化，随时了解血肌酐情况。要定时定量服用免疫抑制剂，要向患者及家属讲明服用免疫抑制剂的重要性。④注意利尿剂使用的观察，注意患者皮肤弹性、有无脱水现象、电解质紊乱。⑤注意降压药物的效果观察，血压控制在收缩压130～150 mmHg，舒张压70～90 mmHg；避免血压过低会降低移植肾血流量，引起缺血性损害；过高可引起高血压脑病或脑溢血。用药过程中防

[收稿日期]2003－08－21 [修回日期]2003－10－15