维普资讯 http://www.cqvip.com

坐浴未见好转且疼痛加重，不能行走，查左侧外阴部扪及9×6×5cm³大肿块，表面红肿，触痛，行复通术，抽出脓液20ml经CO_2激光照射7次痊愈。病例3：患者30岁，因外阴部肿物超鸭卵大诊断前庭大腺脓肿收入院行前庭大腺脓肿造口术治疗，出院后一周复发，因外阴肿痛就诊，查外阴肿块3×3×4cm³，行复通术后激光照射治疗痊愈。

讨　论

前庭大腺囊（脓）肿是女性生殖器炎症常见病之一。前庭大腺腺管开口于小阴唇内侧靠近处女膜，因解剖部位的关系，病原体易侵入而引起炎症，当急性炎症发作时，细菌首先侵犯腺管，腺管呈急性化脓性炎症。腺管往往因肿胀或渗出物凝聚而阻塞，脓汁不能外流而形成脓肿，称前庭大腺脓肿。急性炎症消退如腺管阻塞，分泌物不能排出，脓液逐渐转为清液而形成囊肿。如果腺腔内粘液粘稠或先天性腺管狭窄，排液不畅，也可形成囊肿，称前庭大腺囊肿。再者常有复发，并互为因果。

病人感觉外阴一侧疼痛，肿胀，不能行走，局部红肿，发热，压痛明显，传统治疗方法切开引流并做造口术，如单纯切开引流只能缓解症状，切口闭合，仍可反复或形成囊肿，可因囊壁的残存而形成囊肿，小者无感染，无症状，不被注意；大者，病人感到外阴堕胀或性交不适，常因反复发作而行剥除术。

通过33例患者行复通术后用激光照射治疗，我们认为远优于传统的治疗方法。体会如下：

传统的治疗方法：造口术，剥出术。均需刀切、缝合等，患者产生一种恐惧心理，不愿接受而拖延治疗；手术操作烦琐，造口术后仍需换药而引起疼痛，增加患者的痛苦，亦有复发的可能。我们曾遇1例，虽经3次造口术，又复发。剥出术，出血多有引起血肿或损伤直肠的可能。术后留有瘢痕，腺体功能丧失。传统的治疗方法，多数病人需住院治疗，在抗生素等药物配合治疗下，仍需住院10天或更长时间，因此，增加了病人的经济负担和病房的护理工作。

激光治疗，其复通术，方法简单易行，无需刀切，缝合，出血少，损伤轻，病人乐于接受。复通术后用激光照射治疗，不仅消肿止痛，止血，促进炎症吸收，无损伤，无副作用，而且，使复通术后的腺管开口保持通柔，达到治疗目的。

作者认为：复通术在针头探刺进入腺腔过程中，尽管有局部组织损伤或少量出血，由于采用CO_2散焦照射，使局部血管扩张，改善微循环，加强血液与组织间代谢，阻止血液渗出，促进炎症吸收，加快损伤处的愈合，使复通术后的腺管开口无粘连，无瘢痕形成，保持其通畅。激光的温热刺激作用，可降低神经的兴奋性，调节植物神经，具有镇静止痛，不需配用抗生素等药物。而且缩短病程，减少病人痛苦，无需住院治疗，减轻了病人的经济负担和病房的工作量。

通过上述33例患者的治疗，我们体会到：只采用复通术治疗前庭大腺囊（脓）肿，仍有复发的可能，所以，复通术后，必须采用激光照射治疗，才能达到理想的效果。我院治疗的33例患者，已随访半年至1年半时间，现无一例复发。

由于我们病例不多，只是一点体会，有待今后的临床工作中进一步开展激光治疗工作。

参考文献　略

13-15

剖宫产手术指征及并发症探讨

浙江省绍兴第二医院妇产科　**虞容香**

（浙江绍兴，邮政编码312000）

R719.806

剖宫产是迅速解除孕妇及胎儿危急的有效办法之一，尤其是解决难产的最有效手段之一。目前由于手术、麻醉技术的提高，抗生素的合理应用、剖宫产日趋安全，但也有其一定的并发症，因此，正确掌握好剖宫产指征是产科工作者的主要课题之一。

本院自1986年～1990年中总分娩产妇4065例，其中剖宫产406例，剖宫产率为10%左右。

剖腹产；手术指针，并发症；

维普资讯 http://www.cqvip.com

随机抽取剖宫产180例，对其手术指征及并发症作以下分析：

一、剖宫产手术指征统计：分难产和非难产二大类，有个别产妇同时存在几种因素，以主要因素统计在指征中见下表：

	指征	例数	百分比
难	臀位	41	22.77
	头盆不称	33	18.33
产	头位性难产 枕横位	26	14.44
	枕后位	13	7.22
因	高直立及不均倾位	3	1.66
素	疤痕子宫	5	2.78
	宫缩乏力	3	1.66
非	胎儿宫内窘迫	20	11.11
	过期妊娠	10	5.55
难	珍贵儿	5	2.78
	前置胎盘、胎盘早剥	5	2.78
产	妊娠高血压综合症	5	2.78
	羊水过少	5	2.78
因	胎膜早破	4	2.22
素	阴道纵横膈	2	1.11

二、剖宫产术并发症

1.术中出血：出血量少于200 ml 31例占17.2%；200～400ml，121例占67.03%；大于400ml，28例占15.55%。其中1例最多达800ml。

本组术中常规宫体注射催产素10单位，出血多者加用麦角0.4mg，故出血量大多在200～400ml之间，大于400ml仅28例，出血原因为宫缩乏力、胎盘粘连剥离、宫体切口裂开，妊高征、巨大儿、多胎妊娠剖宫产者，经促宫缩处理及止血药物应用均得以改善，无一例行子宫切除术。

2.子宫下段切口裂伤、本组发生10例，系巨大儿及头先露下降过低娩头困难者，经及时修补无一例留有后遗症。

3.感染，本组常规术后应用抗生素预防感染，对胎膜早破合并感染者施行腹膜外剖宫产，故本组无一例切口感染及宫内感染发生。

4.羊水栓塞，周围脏器损伤也未发生。

5.新生儿并发症：180例剖宫产中发生新生儿重度窒息2例，轻度窒息24例，经抢救为安，仅有1例新生儿患肺炎——败血症死亡、2例死胎剖宫产、1例为孕$_1$产$_0$孕36周，胎盘早剥，另一例为孕$_2$产$_1$孕32周，中央型前置胎盘。

讨　论

1.本院剖宫产率为10%左右，与国内资料9～15%相一致，目前一些医院剖宫产率已上升至20～30%，笔者认为剖宫产有一定并发症，同时产妇术后较痛苦，对剖宫产指征需慎重掌握，本院能做到对每1例难产孕妇仔细检查分析，不任意放宽指征。

2.剖宫产不是降低围产儿死亡的唯一手段，剖宫产率低围产儿死亡率并不增高，本院剖宫产率10%左右，但围产儿死亡率仍为6.04‰，1986～1988年2151例孕妇出生婴儿死亡13例，据上海医科大学妇产科医院报道，1981年至1987年间，剖宫产自17%上升到20%，围产儿死亡率仍维持在13‰左右，故剖宫产率低并不影响围产儿死亡率。

3.剖宫产指征的探讨：①放宽臀位剖宫产指征：因为臀位剖宫产可以降低围产儿死亡率及窒息率、臀位剖宫产率较高，1986～1988年臀位61例，其中剖宫产41例占67.21%，占总剖宫产率2.77%，为剖宫产的主要指征。本科对单臀位，估计胎儿体重小于3500克，产程进展顺利经产妇或体重小于3000克的初产妇采取阴道分娩，其余均采取剖宫产。②头位性难产剖宫率上升为剖宫产第二指征，本组头位性难产40例，占剖宫率23.32%，由于人民生活水平提高，胎儿平均体重上升，大多数胎儿体重大于3500g，头先露下降至中骨盆难以旋转至正常头先露位置而致产程延长活跃期停滞，导致难产故头位性难产剖宫产率提高。对头位性难产处理，需严密观察，适时剖宫产，不能一味等待，以致造成头先露过低剖宫产时娩出头困难，而致子宫切口裂伤，新生儿窒息，膀胱受压水肿等等并发症产生。③对高危妊娠处理观点的改变，非难产因素剖宫产上升，本组为56例，占31.11%，为剖宫产首位指征。由于目前围产医学发展，产前先进仪器监护，对过

维普资讯 http://www.cqvip.com

腹部损伤，治疗；

6992(8)

期妊娠、羊水过少，胎膜早破、妊娠高血压综合征等高危因素孕妇、经检查估计胎儿已成熟，由于胎盘功能老化、羊水过少而宫颈条件不成熟，引产成功可能性不大者或胎儿宫内窘迫者均及时施行剖产，以低围产儿死亡率。

参考文献 略

15—16

5例腹部创伤的治疗体会

齐齐哈尔工交职工医院 **李家山**
齐齐哈尔医学院 **徐鸿志**
（黑龙江齐齐哈尔，邮政编码161041）

R656

随着现代化交通工具和高层建筑的增加，因交通伤及高空坠落伤而引起的腹部创伤也随之增多。在救治过程中，我们有成功的经验，也有失败的教训，体会是深刻的，现总结如下。

例1.男性，26岁，由7层楼高处坠下，来诊时已昏迷。查体：血压为8／0ＫＰＡ，脉博触不清。头颅、四肢、心肺均无明显异常。全腹压痛（±），反跳痛（±），肠鸣音消失。在抢休克的同时行腹腔穿刺术，抽出不凝血20ｍｌ，即在局麻下行剖腹探查术，见脾脏膈面有10ｃｍ长不规则裂口一处，有活动性出血。肝脏膈面有8ｃｍ长的不规则裂口一处。行脾脏切除术和肝脏修补术。术中输全血2000ｍｌ，液体3000ｍｌ，血压恢复到14／8ＫＰＡ，脉博110次／分。因局麻下病人清醒，腹肌紧张，故急于关腹而忽略了对其它脏器的探查。送回病房时血压为10／6ＫＰＡ，继而病人烦燥不安，给镇静、止痛剂。再次测血压为6／3ＫＰＡ，全腹压痛伴反跳痛，给升压药的同时再次腹穿，抽出不凝血10ｍｌ。第二次进手术室，取原切口行探查术。肝、脾均无活动性出血，继续探查时发现肠系膜根部、回肠末端距盲肠30ｃｍ处各有一破裂口，分别予以结扎，并行肠修补术。查无活动性出血后，冲洗腹腔放置引流，关腹。术后4天，体温为37摄氏度，血压、脉博均正常，72小时后拔出引流，7天拆线，切口一期愈合。住院20天，痊愈出院。

例2.女，30岁，被汽车压伤。患者当时自觉无明显不适、自行坐起，步行回家。伤后六小时自觉腹部痛，恶心、呕吐。呕吐物为胃内容。继而面色苍白，大汗淋漓，四肢无力，送来我院。门诊以腹部闭合性损伤收住院。查体：贫血貌，血压18／10ＫＰＡ，脉搏110次／分。右下腹压痛（±）。反跳痛（±）。腹部穿刺抽出不凝血8毫升。故在硬膜外麻醉下行剖腹探查术。术中发现肝脏膈面偏后处有5ｍｌ大小的被膜下血肿，并有少许渗血。用凝胶海绵加压止血，无活动性出血，再次冲洗腹腔，经反复查找再无活动性出血后，关闭腹腔。术后7天拆线，切口一期愈合，痊愈出院。

例3.男，20岁。因被汽车碰伤右腿急诊于我院，门诊以右股骨骨折收入骨科病房。查体：血压15／10ＫＰＡ，脉搏120次／分，右股骨干骨折。行髓针内固定术，石膏外固定。送回病房后2小时，病人出现呼吸困难，血压5／0ＫＰＡ，脉搏130次／分。骨科疑为脂肪栓塞，给予抢救。血压恢复到10／8ＫＰＡ，但不稳定。请普外会诊，于右下腹部抽出不凝血15ｍｌ。诊断为内出血，再次进手术室行剖腹探查术。取正中切口，于脾门处可见有活动性出血伴大网膜填入不全。吸出不凝血约1000ｍｌ，，行脾切除术。术中输全血1000ｍｌ，冲洗腹腔无活动性出血后关闭腹腔。术后血压恢复正常，无呼吸困难。5天拆线。切口一期愈合，15天后带石膏出院。

例4.男，36岁，建筑工人，工作时不慎自5楼坠落，平行着地，就诊于我院。在急诊室查血压8／2ＫＰＡ，脉搏150次／分。急诊摄片，头颅右侧顶部凹陷性骨折一处，左肱骨骨折，右胫腓骨骨折。腹部穿刺抽出不凝血10ｍｌ。医生常规洗手，穿隔离服，皮肤常规消毒，全麻下行剖腹探查术。未切至腹膜时病人血压降至0，脉搏触不清，心跳停止，瞳孔散大。经心内按摩、输血、吸氧、强心、补液等抢救，终因无效死亡。

例5.女，29岁，孕20周，因被汽车碰倒，压伤腹部而急诊于我院。查体：患者已昏迷，血压0，脉搏触不清，衣裤满是血渍，剪开裤子后发