维普资讯 http://www.cqvip.com

良好的预后至关重要。现结合我院经治的病例，就气管插管在抢救新生儿窒息中的作用介绍如下。

一、资料与方法

1.诊断标准：按实用妇产科学中新生儿窒息的诊断标准Apgar评分[1]，0～3分者为重度窒息，4～7分为轻度窒息。

2.发病率：1998年1月至2000年12月间，我院共分娩新生儿1342例中有147例窒息儿，发病率10.95%，重度窒息51例，发病率3.8%，其中28～37周者41例，37～42周者73例，大于42周者33例。

3.分娩方式：正常分娩33例，侧切术35例，胎头吸引术（初产妇给予侧切）41例，臀位助产9例，剖宫产29例。

4.窒息原因：胎儿宫力窘迫43例（包括羊水污染Ⅱ度以上32例）（29.25%），产程延长27例（18.37%），脐带因素38例（25.85%），妊高症13例（8.84%），过期妊娠17例（11.57%），原因不明9例（6.12%）。

5.抢救方法：96例轻度窒息经ABCD[2]方案抢救，其中窒息加重8例改气管插管。51例重度窒息出生后全部行气管插管。先用负压吸引器较彻底的吸出呼吸道内的羊水、血液及分泌物，然后接通气囊加压给氧，频率为30次/min左右，同时经脐带静脉给5%碳酸氢钠，地塞米松，维生素C，肾上腺素，纳洛酮。

二、结果

147例窒息儿中，死亡2例，其中1例为肺透明膜病，1例为重度妊高症并过期妊娠（孕44周）。

三、讨论

1.气管插管能较彻底的吸出呼吸道的羊水、血液及分泌物，防止新生儿第一次呼吸吸入肺内而进一步加重窒息。新生儿窒息多数为胎儿宫内窘迫的延续，羊水多已被污染。用气管插管可较彻底的清除呼吸道内的羊水、血液及分泌物。本组中有32例羊水污染，经此处理，无一例发生胎粪吸入综合征。气管插管人工呼吸能有效的改善新生儿缺氧状态，迅速纠正因窒息引起新生儿呼吸性酸中毒及代谢性酸中毒，能迅速改善脑缺氧，从而防止脑水肿及脑细胞坏死的发生，有效的降低围产儿的死亡及改善其预后。

2.气管插管复苏一定要迅速，准确有效，要高度警惕重度窒息的出现，重点放在高危妊娠的分娩过程中，提前作好准备，一旦发生羊水污染，阿氏评分低，要迅速进行气管插管。我院在产程中发现胎儿宫内窘迫，即请麻醉科医生到分娩室，共同抢救新生儿，以免因操作不当而延误治疗，以及因气管插管而引起的并发症。

3.在气管插管人工呼吸保持呼吸道通畅的同时，采用药物治疗，即脐静脉注射5%碳酸氢钠（3 ml/kg）加等量25%葡萄糖，地塞米松2 mg，维生素C 0.1 g，肾上腺素0.01～0.02 mg/kg，纳洛酮0.01 mg/kg，肌注维生素K_1 10 mg，进一步纠正窒息后引起的酸中毒，并减少葡萄糖的利用，使血糖增加，提高机体的应激能力，改变机体的反应性，稳定细胞膜，减少炎性渗出，防止脑水肿。但应强调在整个复苏过程中应保暖，在未建立良好透气前禁止使用碳酸氢钠。

我院抢救的窒息儿中可以看出，气管插管在抢救中起到了非常重要的作用，为以后的进一步治疗赢得了时间，有效地防止了因窒息时间长，严重缺氧而引起的脑损伤，但气管插管必须在第一次呼吸前使用[3]，尤其对重度窒息儿抢救其第一分钟的第一次呼吸是必不可少的，本组新生儿出院后随访至今均未发现中枢神经系统后遗症。

参 考 文 献

1.王淑贞，主编. 实用妇产科学. 第一版. 北京：人民卫生出版社，1992，8：427－473.
2.陈自励. 新生儿窒息. 现代复苏技术的新动态. 实用妇产科与产科杂志，2000，16：232.
3.Carson BS, Rosalind WL, Watson AB, et al. Combine obstetric and pediatric approach to prevent meconium aspiration syndrome. Am J Obstet Gynecol, 1976, 126:712.

（收稿日期：2003－02－17）

颊脂垫切除在颊部美容手术的应用体会

张 伟* 隋永强**

随着社会的进步，人们对面部轮廓特征要求越高，希望能改变臃肿颊部外观的求医者越来越多。近来，我科对21例来诊者进行了颊脂垫切除手术，均取得了满意的疗效，报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料：本组共21例，均为女性。年龄在19～34岁之间。有15例以颊部过于丰满为主诉就诊，6例要求将方脸改变成瓜子脸为主要目的。检查时发现就诊者颊部丰满，大都呈圆脸状，颊部轮廓和周围结构无明显界限。当检查时用手捏住颊

* 作者单位：114001 辽宁省鞍山市第三医院显微整形手外科
** 鞍山市骨科医院显微整形手外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

部皮肤,让病人用力咬紧牙关,可以有助于辨认局部饱满是由于皮下脂肪过多还是颊脂垫充盈引起,但有时也难以区分。

2.手术方法:采用口腔粘膜切口的颊脂垫切除术,先进行局部浸润麻醉,在第二磨牙相对的粘膜面,腮腺导管开口下1.0 cm处做平行腮腺导管切口,长约2.0 cm。切开粘膜后,用血管钳朝向后方轻柔钝性分离,颊脂垫经裂口溢出,打开外覆包膜,用手指在口外颧弓下轻压,颊脂垫就会自动经切口脱出,判断所要切除量,用血管钳在根部夹住脂肪,切除多余脂肪,电凝止血,勿将脂肪从切口处向外牵拉,以防损伤面神经、腮腺导管及出现颊部凹陷。术中两侧脂肪等量切除,如两侧充盈程度不同,可以不等量切除,口腔粘膜可用可吸收线缝合。

二、结果

作者对21例求诊者进行了颊脂垫切除手术。术后1~4个月随诊观察,医生及病人均认为效果明显和满意者占18例。略觉局部改变不明显3例,无一例手术并发症发生,颊脂垫切除术对改善颊部良好的轮廓特征有可靠的疗效。

三、讨论

1.颊脂垫位于额肌层浅面,充填于面侧部多个间隙的脂肪组织块。整个颊脂体表面包绕一层薄而透明的完整包膜,与周围组织连接较为疏松,并且通过少数菲薄的纤维束与周围的骨膜或肌膜连接固定。目前,大多数学者认为颊脂垫可分为一个体部和四个突起。体部:从咬肌深面延伸至翼上颌裂,为一扁长形脂肪组织块,充填于颌下间隙内,前方和上方贴于上颌骨骨膜,下部贴颊后部表面,使颊部组织向口内隆起,形成略似三角形的垫。四个突起分别为颊突、翼跨突、翼突和颌突。脂肪垫的各个部分所占比例不同,通常颊突部最大,约占总重量的31%~40%,体部略小,占25%~30%,两者约占总重量的55%~70%。脂肪切除术时只涉及体部和颊突的颊脂肪,经粘膜入路的手术,需穿经薄层的颊肌[1]。

2.许多学者认为,如要显示娇美动人和突出个性化面部特征,其颊部形态不要过于饱满,最好呈现轻度的低凹,以使颊部与周围结构可分辨。如果界定颊部良好轮廓,通常腮腺和咬肌的前缘组成颊部的后界,鼻唇沟的后缘为其前界,突起的颧突和颧弓是其上界,轮廓清晰的下颌骨体缘和下颌角构成颊部的下界。与西方人相比,中国人的面部较为丰满,外观更为柔和,面部的结构特征不是很突出。受西方美容观念的影响,在目前的美容外科就治人群中有一定比例的人们对颊部形态的美容已有要求[2]。

3.部分颊部饱满的病例,采用颊脂肪切除后效果并不理想,这可能与影响颊部形态的多个因素有关,如颊部皮下脂肪,颧突的位置,咬肌发育程度有关。颊脂垫的一个重要功能是垫衬于咀嚼肌和周围的骨性结构之间,有利于咀嚼肌的滑动,切除术后是否影响咀嚼功能有待于观察。另外,年轻时接受颊脂肪的切除,是否会导致随年龄增长的颊部萎缩过早出现。因为发现婴儿期的颊脂垫比较发达,随年龄的增长,其作用和在面部的相对体积都将自然减小。

4.总结口内行颊脂垫切除术的经验,手术可能并发症有血肿,感染,以及面神经及腮腺导管的损伤等,但发生率极低。一个明显的术后情况是局部肿胀,通常在两个月后能完全消退,如果与其他面部整形手术同时实施,面部肿胀可能持续4个月之久。但根据观察,术后局部肿胀时间并不长,通常只持续两周左右。

参 考 文 献

1.王志军,高景恒.面部表浅肌肉腱膜系统的解剖学研究,实用美容外科杂志,1992,3(3):115.

2.Fairre J. Subpalpebral lifting. Am J Cosmet Surg,1989,6:71.

(收稿日期:2003-01-17)

标准外伤大骨瓣开颅术的临床应用

许树元* 安贵群* 汤晓晖* 王稚钧*

重型颅脑损伤病人的残死率仍较高,如何降低死亡率是神经外科医生关注的重要课题。近年来国外文献报告标准外伤大骨瓣手术能够显著降低重型颅脑损伤病人的死亡率,且并发症少,尤其对难以控制颅内高压重型颅脑损伤病人效果更加确切。自1999年2月到2002年6月,我科对23例重型颅脑损伤病人行标准外伤大骨瓣开颅术,取得了理想的治疗效果,现报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料:男17例,女6例。年龄16~69岁,平均42.5岁。车祸12例,坠落伤7例,砸伤和打击伤4例。术前GCS积分:3~5分8例,6~8分15例。单侧瞳孔散大15例,双侧瞳孔散大8例。广泛额颞顶脑挫裂伤13例,急性硬膜下血肿伴局灶脑挫裂伤8例,脑挫裂伤伴大面积脑水肿2例。

2.手术方法:标准外伤大骨瓣手术关键是要显露颞底,从侧方解除对脑干的压迫,其手术步骤如下:(1)手术切口:起自耳屏前1 cm,于耳屏上方向后延伸至顶骨正中线,然后沿正中线向前至前额发际内。(2)骨瓣:采用游离骨瓣或带颞肌骨瓣,顶部骨瓣必须旁开矢状窦2~3 cm。(3)切开硬脑膜:从颞前部

* 作者单位:200431 上海市仁和医院神经外科