维普资讯 http://www.cqvip.com

如此反复；腹壁按摩，宫缩时配合深吸气、双手从两侧向腹中移动，呼气时双手向外侧移动；压迫感觉不适处，如用拳头顶住腰骶部的酸胀处或用手指压迫耻骨联合处。经临床实践证实"镇痛分娩"三步法效果良好、特别是基层医院值得提倡。此外，产妇在分娩全过程中由医护人员和其亲人同时陪伴，给予精神鼓励和心理安慰，增强产妇自然分娩的信心和勇气，从而减轻产时疼痛也十分必要。

二、药物性无痛分娩：产妇临产前由于焦虑、恐惧疼痛等引起睡眠不佳，常用安定10mg肌注或静脉缓注，让产妇在短时间内消除各种精神因素引起的子宫收缩乏力，缩短第一产程。用药一定要在医生指导下进行，用药后严密观察产妇的宫缩、血压、呼吸、脉搏和胎心音、胎动及产程进展情况。

三、区域或阻滞镇痛法：此法主要用于第二产程，常用阴部神经阻滞和局部浸润麻醉。方法是术者将左手指伸入阴道内触及坐骨棘作引导，右手持带长针头的注射器，装有2%利多卡因5ml，在肛门与坐骨结节之间作一皮丘，然后将针头刺向坐骨棘内下方注射2.5ml，再将针头退回至皮下，再沿切开侧的大小阴唇，会阴体皮下作扇形注射。对侧作同样的注射效果更佳。麻醉后可快速松弛外阴组织、减少胎头娩出的阻力，减轻产妇分娩时的痛感。

四、麻醉镇痛：近年来我院广泛使用硬膜外麻醉，在L2～3，L3～4向上穿刺，用1.4%盐酸利多卡因3ml推入椎管内，再用罗哌卡因10ml，芬太尼0.1mg＋0.9%生理盐水40ml缓缓流入椎管内，此麻醉止痛效果好，且对母儿的影响小（因麻药不直接进入母儿血液循环）。穿刺时间选在产程进入潜伏期近活跃期时，用药后密切观察产妇血压、脉搏、呼吸、宫缩、胎心音和胎动的变化情况。通过临床大量实践证实对产妇和胎儿无明显不良影响，且缩短第一产程时间。外阴组织松弛较以上三种方式更理想，有效地消除因产时持续性宫缩给产妇带来的剧烈疼痛和心里压力，给产妇及家属以安全感，有利于产妇及新生儿的身心健康。

（收稿日期：2002-03-20）

静脉留置针引起二例严重不良反应

陈显春* 封 悦*

静脉留置针又称套管针，以其操作简单、套管柔软、在静脉内保留时间长、不易刺破血管等优点，普遍应用于临床，它可减少反复静脉穿刺给患者带来的痛苦，提高护理质量。但静脉留置针也会引起不良反应，最常见的是静脉炎，严重者延长患者住院日，影响患者身心健康，应引起重视。我科患者在使用静脉留置针过程中有2例出现严重不良反应，现报道如下。

一、临床资料

病例1，患者，女，61岁，行左乳癌改良根治术，术中行右下肢内踝上方大隐静脉留置针，术后第3d局部有疼痛感、稍肿胀，遂拔除留置针，改由右上肢输液、抬高右下肢、局部热敷，术后第10d，右小腿内侧距内踝上方15cm处出现2cm×3cm红斑并逐渐扩大，有疼痛，脚下垂时红斑明显，平卧时红斑减轻。骨髓检查正常，相关科室会诊结果为浅表性血栓性静脉炎，类风湿性关节炎致血管病变（有类风湿性关节炎病史）。主要按血栓性静脉炎处理，经静脉滴注抗生素，复方乙酰水杨酸、复方丹参片、维生素E口服、TDP照射、硫酸镁湿敷患部及物理治疗18d，红斑消失，无疼痛感，出院。

病例2，患者，女，59岁，行左乳癌改良根治术，术中行左下肢内踝上方大隐静脉留置针，术后第3d局部有明显疼痛、稍肿胀，遂拔除留置针，改由右上肢输液，抬高左下肢，局部热敷。术后第7d左小腿胫骨前偏内侧肿胀明显，皮肤张力大，皮温高、有触痛，按血栓性静脉炎处理，经静脉滴注抗生素、TDP照射，硫酸镁、呋喃西林持续湿敷治疗13d，肿胀消失，皮温正常，无触痛，出院。

二、讨论

1.原因分析：大隐静脉起自足背静脉网的内侧，经内踝前方向上沿小腿内侧上行至腹股沟韧带下方的卵圆窝处进入股静脉。在下肢浅、深静脉系统内，都有瓣膜存在。本组病例发生严重不良反应的部位均在大隐静脉走向的部位，其原因：(1)与静脉留置针的部位有关。有人认为，静脉回流缓慢和半坐卧位决定了下肢输液时静脉炎多，因为输液时，液体和药液滞留于下肢静脉的时间比滞留于上肢静脉的时间长。另外，免疫力低下是发生静脉炎的一个重要因素。因为免疫力显著降低，对穿刺所造成的静脉壁创伤的修复能力和机械性刺激、化学性刺激及细菌所致局部炎症的抗炎能力也随之降低，在使用外周静脉留置针时较易发生静脉炎。本组病例均为乳腺癌术后患者，全麻清醒后即改为半坐卧位，增加了对下肢静脉的重力作用。另外，乳腺手术后胸部大范围绷带加压包扎，可限制患者呼吸使胸腔负压减小，以及下肢肌肉的持续舒张状态，都会影响下肢静脉回流。麻醉、手术的影响也会使患者免疫力降低。(2)与输入药物的性质及液体量有关。外科患者术中静脉留置针的主要目的是便于快速用药、输液、输血，而快速输液输血超过血流速度，使血管壁的侧压增加而导致机械性损伤。刺激性药物或高渗性液体进入静脉后刺激血管壁，引起血管收缩与痉挛，患者感到头痛、麻木，以致于静脉变硬、呈条索状，严重时出现血栓性静脉炎。本组病例手术历时3h，术中输液量均在

* 作者单位：400038 重庆市第三军医大学西南医院普通外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

1600ml以上，未输血。术后日输液量、病例1为1500ml以上、连续5d，主要为抗生素、止血剂、电解质、中性脂肪乳、17种复方结晶氨基酸，病例2为2000ml以上，连续9d、主要氨基酸为高分子化合物、属于高渗性液体，对血管有刺激作用，也会导致静脉炎的发生。(3)与输液前冲管有关。本组病例均在术后第3d感到局部疼痛、肿胀而拔除留置针，实际上留置针在静脉内保留的时间只有3d，虽然每次输完液后按常规给予肝素稀释液(125U/ml)正压封管，但仍然出现输液不流畅的现象，只好用生理盐水或肝素稀释液冲管来调整输液速度。由于套管针在穿刺时对血管壁造成了一定损伤以及套管针在血管内来回移动，机械损伤血管内皮及刺激性药液对血管内皮的进一步损伤、使血小板在受伤部位及管尖端聚集而形成血栓，发生静脉炎。下肢静脉瓣多，女性血管相对较细、冲管时容易将血栓冲到前方的大隐静脉内、可能靠近静脉瓣的地方，因而在远离内踝处的小腿内侧出现严重不良反应。

2.对策：静脉留置针在使用过程中发生静脉炎的现象比较常见，但一般较轻，经局部热敷后好转，而出现严重不良反应的情况较为少见。本组病例由于出现严重不良反应，不得不延长住院日，给患者身心带来痛苦、必须引起足够重视，为防止发生严重后果，应采取相应对策来预防：(1)不主张下肢静脉留置针，尤其是中年以上的乳腺癌患者，如不影响术者操作，尽量选用上肢静脉或颈外静脉留置针。若选用下肢静脉留置针，则垫高肢体。(2)患者回病房后，抬高下肢，床上揉捏小腿及大腿内侧肌肉、使肌肉被动收缩，促进静脉回流。输液过程中用毛巾湿热敷穿刺点上方、每2h一次，每次15～20min，每日输完液后用TDP灯照射穿刺侧肢体20～30min。(3)主张当天输完液后即拔除下肢静脉留置针，最好不超过3d。若遇到输液不流畅，说明套管前端已有血栓形成，禁止冲管、防止将血栓冲走、必须立即拔除留置针。(4)输液期间密切观察留置针局部表现，若出现肿胀、疼痛则立即拔除留置针，防止不良反应蔓延，若发生严重不良反应、应向患者作好解释工作，减轻紧张、恐惧心理，同时按活血、化瘀、促进静脉回流、预防感染的原则进行局部处理和全身用药。(5)拔除留置针后仍需密切观察局部及远端变化，以便及时发现异常、积极采取措施，避免严重后果及纠纷发生。本组病例均经及时处理而痊愈出院。

(收稿日期：2002-04-08)

微电极引导立体定向手术治疗帕金森病的配合

喻启玲*

帕金森病是一种发生于中老年人的退行性疾病。其主要病理基础为中脑黑质致密部多巴胺类神经细胞的消失。我国35岁以上人群的发病率约为1%，长期药物治疗有明显的"开关"现象，药效降低及副作用。目前，微电极引导的立体定向功能神经外科手术进行神经核团毁损已经成为治疗帕金森病的有效手段。总结我院从1998年10月至1999年12月手术治疗原发性帕金森病71例，现将手术配合介绍如下。

一、资料与方法

1.临床资料：男性41例，女性30例，年龄40～78岁，平均年龄58.8岁，病程3～24年，平均20.7年、其中A型(震颤型)13例，B型(运动迟缓，僵直型)5例，AB型(震颤伴僵直型)53例。术前8例在外院行其它手术治疗，其中丘脑腹外侧核毁损手术3例，γ-刀丘脑腹外侧核破坏2例，苍白球腹内侧部毁损术3例。

2.手术方式：12例A型患者行单侧丘脑腹外侧核毁损术，51例行苍白球腹后内侧部毁损术，1例行同期双侧苍白球腹后内侧部毁损术，1例行同期单侧苍白救腹后内侧部及丘脑腹外侧核毁损术，5例行延期双侧苍白球腹后内侧部毁损术。

3.术前准备：(1)物品准备：除常规器械外，另备心电监护仪、氧气、电凝自停电钻、吸引器、骨脂、脑棉片等，检查CRW头环系统功能、微电极头置福尔马林薰箱消毒备用。(2)心理护理：术前一日手术室护士到病房探视患者，沟通感情。此组患者大多为老年患者，对他们的心理问题做好仔细的心理疏导、了解病史病情，与患者及家属亲切交谈、回答患者疑问，将康复患者的录相带介绍给患者观看，介绍手术过程(见附表)，为手术顺利进行创造条件。

附表 帕金森病手术治疗过程

步骤	方法	时间(min)	体位	目的
安装头环	1%利多卡因局麻下安装	10～20	坐位	建立定位座标
螺旋CT	在CT室完成	30	平卧位	确定毁损部位坐标
手术设计	在手术室完成	30	平卧	靶点准确
手术治疗	在手术室完成	60～120	平卧	对病灶进行毁损
头环折除	取下患者头上头环	10	坐或卧	手术完成返回病房

4.手术配合：应用CRW立定向系统，患者取坐位、1%利多卡因局麻下安装头环、头环应与听眦线(外眦上2mm外耳孔中点上3.5mm)平等。螺旋CT定位扫描，确定联合间径线上的中点，计算丘脑腹外侧核以及苍白球腹后内侧部的解剖坐标。丘脑腹外侧核靶点位于连合间径线的中点前2～4mm，下4～6mm，旁18～20mm；苍白球腹后内侧部靶点位于连合间径线同一平面的中点后3～5mm，旁13～15mm。取眉间中点上11～13mm，中线旁3cm为中点，纵行直切口、颅骨钻孔，十字切开硬脑膜、置入微电极，在预定靶点上方10mm记录，并分析其放电

* 作者单位：400038 重庆市第三军医大学西南医院门诊部