维普资讯 http://www.cqvip.com

的产妇共17890人，发生会阴三度裂伤19例，占1.06‰，全部为初产妇，其中产钳助产16例，臀位助产1例，自然分娩2例；左侧45°斜切开术17例，会阴正中切开术1例，未做切开1例；部分性肛门括约肌断裂10例，全部断裂9例；于第三产程末立即行会阴修补手术，其中甲级愈合16例，乙级愈合2例，丙级愈合1例。

二，讨论

1.原因和预防：初产妇和臀位产及产钳术最容易导致会阴裂伤，再加之接产技术掌握不当，则可导致会阴三度裂伤。初产妇因会阴较紧张，接产时在第二产程时如果会阴切开过迟而且又下能及时保护会阴；臀位产中由于后出胎头，放松了对会阴的保护；产钳术时分娩机转掌握不当，或会阴切开不够大，或者会阴阻力过大等均可导致会阴三度裂伤。产妇软产道梗阻狭窄时，可使会阴和阴道在分娩过程中裂伤，在一些梗阻性的难产时会阴体肌肉被伸展并受损伤，且第二产程延长或滞产，胎头压迫盆底组织过久，虽然保护会阴的技术水平很好，仍然会造成会阴三度裂伤，胎儿过大或复合先露也可造成会阴三度裂伤，但本组资料中无巨大儿的统计。严格掌握产钳术的指征，遇先露较高者若第二产程下足2h，只要胎心良好可稍等片刻，待先露下降再助产更为安全。接产的处理下当也可导致会阴裂伤，如胎头娩出后娩出胎肩时未继续保护会阴，不恰当地运用催产素使宫缩过强，胎儿通过产道过快软产道不能得道充分扩张，以上这些均可导致第二产程会阴三度裂伤。

三，处理措施

1.缝合：修补会阴三度裂伤时，首先应仔细分辨解剖关系同时预防感染。新洁尔灭冲洗外阴及裂伤口，检查肛门括约肌的完整性及缩肛功能和直肠壁的完整性。华利康线间断缝合直肠壁的撕裂处，华利康线间断缝合断端，然后缝合会阴深横肌及球海绵体肌并逐层缝合阴道粘膜，试肛门收缩良好。

2.护理：每日会阴护理二次，保持会阴部的清洁，大便后清洗会阴部。全身用抗生素预防感染。进流质食并口服石蜡以软化大便。华利康线为新型可吸收线，本组资料中8例用肠线缝合，11例用华利康线缝合。

（收稿日期：2001-12-05）

内8字缝合会阴切口128例临床观察

纪文术* 李伟新**

1999年1月～12月间我院采用间断内8字缝合会阴切口128例，效果满意，现报道如下。

一、资料与方法

1.一般资料：(1)观察组：对1999年1月至12月间在我院产科住院的128例会阴侧切产妇，采取间断内8字缝合。其中第二产程延长56例，巨大儿24例，羊水Ⅰ°粪染16例，羊水Ⅱ°粪染18例，羊水Ⅲ°粪染10例，早产儿4例。(2)对照组：对1999年1月至12月间在我院产科住院的130例会阴侧切产妇，仍采用传统间断缝合法，即1号丝线间断缝合皮下脂肪，7号丝线间断缝合会阴皮肤。其中第二产程延长52例，巨大儿20例，羊水Ⅰ°粪染19例，羊水Ⅱ°粪染21例，羊水Ⅲ°粪染12例，早产儿6例。

1.方法

(1)缝合方法：观察组与对照组均自会阴后联合中线左侧45°方向剪开会阴，会阴高度膨隆时采用60°～70°角。观察组用4号丝线，大号弯角针，从会阴切口一侧距离皮肤切缘0.8cm处进针至相应点皮内出针，再从另一侧皮下进针至对侧相应点皮下出针，然后从另一侧距离皮肤切缘0.8cm处皮内进针至皮肤出针后打结，皮肤进针点与皮下脂肪层进针点之间的距离相隔0.4cm左右。注意勿将缝线缚得过紧，以免组织水肿后缝线嵌入组织，缝合结束时必须检查有无纱布遗留阴道内，并做肛诊检查有无肠线穿过直肠粘膜。

(2)术后护理：观察组与对照组每日会阴2‰新洁尔灭护理二次，保持会阴部清洁，采取右侧卧位，如无感染观察组2～3d拆线，对照组4～5d拆线，如有感染，提早拆除缝线，切口清创。

二，结果

观察组128例中内8字缝合会阴切口无一例会阴切口感染，皮缘对合均良好，甲级愈合率100%。对照组130例中，会阴切口感染化脓6例，对合良4例，切口红肿5例。甲级愈合119例，占91.54%，乙级愈合8例，占6.15%，丙级愈合3例，占2.31%。经统计学处理$P<0.05$，差异具有显著性。观察组的平均住院时间为3d，对照组的平均住院时间为6d，两组的平均住院时间，经统计学处理$P<0.05$，差异具有显著性。

三，讨论

传统间断缝合法用1号丝线间断缝合皮下脂肪，7号丝线间断缝合皮肤，皮下组织内留有脂肪层的缝线，异物容易引起线头反应，皮缘对合不良，切口红肿，甚至会阴口感染化脓等。一旦切口感染需要拆除会阴缝线，彻底清创，以免形成窦道，若

* 作者单位：154004 黑龙江省佳木斯纺织厂职工医院妇产科
** 佳木斯永红医院妇产科

维普资讯 http://www.cqvip.com

感染情况不严重，可在彻底清创后进行二次缝合，术后应用抗生素，加强每日会阴护理，从而增加了产妇的住院时间，特别是有潜在感染的切口，如会阴切口缝合时间过长，粪染的羊水污染创口，采用传统的缝合方法更容易导致会阴切口感染。本文内8字缝合会阴切口，缝合时间大大缩短，切口暴露时间短，减少污染机会，内8字缝合不留死腔，拆线时脂肪层中的缝线也一起随皮肤上的缝线拆除，会阴皮肤内无异物，不易感染，有利于愈合及产妇的术后康复，减少了产妇的平均住院时间。

（收稿日期：2001-12-05）

纤支镜用于食管—气管瘘的诊治

周沪明* 胡建林* 刘 平* 熊 玮* 沈渝菊*

随着新材料、新技术的不断发展并用于临床，纤维支气管镜（纤支镜）在疾病诊断与治疗中的应用日益广泛，特别是一些以往需采用复杂的手术治疗的疾病，目前有可能通过纤支镜进行处理。我科近2年来采用镍钛记忆合金（Ni－Ti shape memory alloys，NT－SMA）支架、快速医用吻合OB胶（简称OB胶）、高频电凝术等治疗食管－气管瘘18例，取得了较好的疗效，现分析报告如下。

一、资料和方法

1.病例资料：18例患者中有男性15例，女性3例，年龄44～62岁，原发病为食管癌（13/18）、肺癌（4/18）及左甲状腺癌次全切除术后（1/18）。主要表现为进食后呛咳、咳嗽、痰中带血等。均于纤支镜检查前行钡餐检查发现吞钡后钡剂流入肺内；纤支镜下表现为气管后壁不规则瘘口、局部充血、脓性分泌物、因肿瘤浸犯所致者可见局部肿瘤组织浸润。

2.治疗方法：材料准备：PENTAX高频电凝仪（工作功率选用45W，脉冲时间5－8s），快速医用OB胶508系列（a-氰基丙稀酸酯，广州白云医用），NT-SMA支架（需定做）及引导钢丝、送架导管（由江苏常州医疗仪器研究所提供）。

经纤支镜补瘘治疗术前利多卡因局麻，肌注0.5mg阿托品、术中用药（1：10000肾上腺素、2%利多卡因），吸氧（1.5L/min）。纤支镜下根据瘘口的大小、部位、局部组织的活力、与肿瘤浸润的关系，是否伴有气管狭窄等决定治疗方案。9例患者单纯行OB胶填塞瘘口治疗，5例患者除以OB胶封闭外，放置TN-SMA支架覆盖瘘口，4例合并肿瘤局部浸润者以OB胶填塞瘘口，在支气管内安置定制的TN-SMA带膜支架，随后以高频电凝对支架远端肿瘤组织进行热凝固，并用活检钳清除凝固坏死肿瘤组织。

二、结果

所有患者均于术后行钡餐检查示瘘口封闭效果良好，未见钡剂进入肺内。治疗后随访1～4年未见复发。

三、讨论

食管—气管瘘在临床上较少见，可分为先天性和后天性。先天性食管－气管瘘少见、多发生在隆突水平以上，诊断较困难，有时纤支镜检查都无法确诊；如怀疑此病时，可将纤支镜稍用力压迫气管后壁、以开启此裂隙而确诊此病。后天性食管－气管瘘的病因包括：①恶性肿瘤：以食管癌最常见，肺癌及纵隔肿瘤次之。②损伤：外伤，如开放性外伤，长期食管异物，医源性损伤、如内窥镜检查、食管扩张术、气管切开术损伤食管。③食管憩室：系因炎症、溃疡或淋巴结坏死所致。④特异性感染：如结核、放射线菌感染。⑤非特异性感染：如化脓性感染。本组有13例为食道癌术后复发伴食道-气道瘘，4例为左肺癌转移致食道-气管瘘形成，1例为气管切开术损伤食管。

食管-气管瘘可通过胃镜和纤支镜两种途径进行治疗，经胃镜找瘘口及补瘘，难度大，瘘口不易辨清。经纤支镜找瘘口及补瘘定位准确，用量易把握，病人刺激较小，易耐受。经纤支镜采用OB胶补瘘、镍钛记忆合金（NT-SMA）支架、高频电凝治疗有较好的疗效，补瘘过程中根据不同情况采取不同的处理：对于瘘口较小者只采用单纯OB胶补瘘；对合并有气管狭窄、粘膜糜烂有肿瘤局部浸润、瘘口不规则或瘘口较大者可采用补瘘后1周安置NT-SMA支架，原发病为肿瘤的患者须考虑安置带膜NT-SMA支架，有利于通畅气道，减少局部炎症，减少瘘复发；癌组织阻塞气道引起呼吸困难且已失去手术指征的可在OB胶补瘘的同时用高频电凝凝固清除坏死肿瘤组织以通畅气道，在NT-SMA支架安置后也可对支架远端肿瘤组织进行热凝固，对隆突及左右各主支气管结构清楚的，电凝、钳取凝固、坏死、炭化肿瘤组织效果较好，当气道闭塞、结构不清时，应仔细辨认正常气道结构与病变、疤痕组织，切忌盲目电凝，以免气道穿孔。

选用的OB胶为无色或淡黄色透明液体，与组织液、血液等阴离子物质及有机氨类物质接触后迅速固化成膜，红细胞不易通过，对局部组织刺激小，固化迅速，有明显抗菌性，临床上广泛用于胸心外科、普通外科等的切口吻合等方面。我科已经在自发性气胸肺大疱破裂口的粘连上，取得很好疗效。但在用OB胶治疗中应注意对纤支镜镜身的保护、OB胶的强粘性会封堵住湿的镜身，在操作中应注意OB胶的返流。

* 作者单位：400038 重庆第三军医大学附属西南医院呼吸科