维普资讯 http://www.cqvip.com

能性子宫出血；对照组 220 例中有 140 例患子宫肌瘤，39 例患子宫肌腺病，12 例患子宫内膜癌，29 例患功能性子宫出血；阑尾组有 192 例行次全子宫切除术，28 例行全子宫切除术；对照组 186 例行次全子宫切除术，34 例行全子宫切除术。两组患者所做的手术种类无明显差异，且两组年令、病程均有可比性。

二、结果

1. 两组术后发热情况：阑尾组 220 例有 19 例术后 3 日内的体温超过 38.50 C；对照组 220 例中有 16 例术后 3 日内的体温超过 38 50 C，经统计学处理无显著性差异（P > 0.05）。

2. 两组术后的切口愈合情况：阑尾组 220 例中有 3 例发生切口感染；对照组有 2 例发生切口感染，经统计学处理无显著性差异（P > 0.05）。

3. 两组平均住院时间：阑尾组平均住院时间为（9.34 ± 2.13）d；对照组平均住院时间为（9.01 ± 2.83）d，经统计学处理无显著性差异（P > 0.05）。

4. 两组病理结果：阑尾组术后病理报告 194 例为单纯性阑尾炎，19 例为化脓性阑尾炎，17 例为阑尾粪石；阑尾组与对照组的妇科疾病诊断符合率分别为 98.4% 及 97.6%，经统计学处理无显著性差异（P > 0.05）。

三、讨论

妇科手术是否切除阑尾的问题，目前存在着两种不同的意见，一种观点认为阑尾是退化、无功能的器官，而且阑尾炎的发病率较高，妇科手术时应一并切除，以防日后急性阑尾炎的发作，而另一种观点认为妇科手术时若同时行阑尾切除，可能增加出血、感染、粘连的机会。本组资料比较两组的术后发热情况差异无显著性，证明妇科手术同时切除阑尾并未增加术后并发症，手术中同时切除阑尾仅需增加约 6 ~ 8min 左右的时间，而且手术多无困难，阑尾组与对照组比较术后的肠功能恢复及排气时间均无明显差异。两组无一例发生术后肠梗阻，阑尾组中有 3 例切口感染，而对照组中有 2 例切口感染与术前的体温、血象、术中的无菌操作及术后抗菌素的应用等有关，而与是否切除阑尾关系不大，手术中同时切除阑尾并未增加切口感染率。本组资料所做的阑尾切除术均系阑尾有临床病理改变，而且术后病理报告均有异常，说明妇科手术同时切除有病变的阑尾是可行的，免除了二次手术之苦。

（收稿日期：2002-01-22）

电视腹腔镜治疗异位妊娠的配合体会

朱劲松* 金 凤*

近几年来，随着电视腹腔镜的发展和广泛应用，传统开腹手术治疗异位妊娠不再是首选手段。应用电视腹腔镜治疗异位妊娠具有独特的优点，已为临床广泛接受。我院从 2000 年 3 月 ~ 2001 年 5 月共进行腹腔镜治疗异位妊娠 30 例，取得了理想的效果。现将手术配合体会总结如下。

一、临床资料：患者平均年龄 28 岁（22 ~ 42 岁）均已婚，有腹部手术史 3 例，30 例均经临床及 B 超明确诊断，患者生命指征平稳，无明显贫血外观。

二、术前准备

1. 病人准备：因腹腔镜治疗异位妊娠是一项新技术，病人对此方法了解甚少，因此对病人做好耐心的解释工作。宣传腹腔镜治疗具有损伤小、治愈快、腹壁美容、粘连少等优点，消除其思想顾虑及恐惧心理，取得合作。

2. 器械准备：腹腔镜器械一套，三晶片电视成像系统，单极电凝器一台，高压吸引器一台。特殊器械包括：冷光源、电缆、腹腔镜（30℃）气腹针、穿刺鞘 3 个、电凝钩、无损伤抓钳、吸引器管、剪、用甲醛熏蒸 12 小时备用。

3. 其它准备：为了便于手术者的观察，需要暗室内进行。将两台电视监视器分别放置，一台置于手术者的对面，另一台需置于第一助手的对面。患者全部采用硬膜外麻醉，建立一条静脉通路，输入所需液体。备加热的无菌生理盐水，以供术中预热腹腔镜镜头。

三、手术操作配合

患者在硬膜外麻醉成功后平卧，手术皮肤以 0.5% 碘伏消毒，常规铺巾。将光导纤维、冷光源、高频电刀、气腹管、高压冲洗器等连接好。递 11 号尖刀给术者，在脐上缘作一小切口约 1 ~ 2cm，并递上气腹针，接好气腹管后，把手术床摇成头低足高位，向腹腔注入 CO_2，建立气腹后，放入 12mm 穿刺鞘，把加热后的 30℃腹腔镜头递给术者，经穿刺套放入鞘内进入腹腔，环视整个腹腔及盆腔情况。在腹腔镜电视屏幕显像下，在左髂前上棘内 4cm 处作 5mm 插入孔 1 个，供术者操作电凝钩，在右髂前上棘 4cm 处，作另一个 5mm 插入孔 1 个，供术者插入无损伤抓钳用。在病灶最薄弱处用电凝钩切开输卵管 1 ~ 2cm，钳取或吸出胚胎组织及血块，切口开放者为开窗术，间断缝合 1 ~ 3 针为切开缝合术，检查腹腔内有无活动性出血，冲洗腹腔，将手术床摇回原位，吸干净积血，于下腹部放引流管一条，将腹腔内 CO_2

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学附属第一医院手术室

维普资讯 http://www.cqvip.com

气体放尽，拔出器械，最后缝合腹腔戳孔，以一次性敷贴贴好切口。

四、讨论

腹腔镜整个系统及特殊器械应由手术室专业人员管理及保养，便于工作。术前认真检查术中每一细节，调试好腹腔镜电视成像系统的正常运作，为每一个患者准备好录像，以便于术后查看或积累资料。术中巡回护士应准备记录出入量，及时补充血容量，器械护士必须熟悉手术操作的每一个步骤，全面了解腹腔镜手术各阶段所需要的器械，以保证手术顺利进行。

（收稿日期：2001-12-03）

子宫破裂一例临床分析

胡香云* 罗 秀*

一、临床资料

病例，女，33岁，妊娠40⁺1周，孕2产1，于2001年7月23日12:00产兆发作，血压为16/10kPa，19:00宫口开大7⁺cm，宫缩持续30s/次，间隔2～3min。20:30宫口开大仍为7⁺cm，宫缩持续30s/次，间隔2～3min，当地医院予以催产素2.5U加入5%葡萄糖液500ml中静滴，宫缩调整为间隔1～2min，持续45～60s/次，于21:00宫口开全，22:30因胎头下降阻滞行阴道检查术，为枕横位，当地医院准备立即行剖宫产术。23:00血压突然下降为10/6kPa，病人感腹痛加剧，心慌，不适等，因考虑当地无血源于2001年7月24日2:20转入我科。此时宫口开全已5⁺小时，肛查先露为头，S0，查体见：腹膨隆，宫底扪不清，全腹肌紧张，压痛，反跳痛，胎心音无，病人神志恍惚，面色灰暗，脉搏细速，130次/min，血压6/2kPa，呼吸26次/min，尿袋内深黄色尿液约50ml，立即以子宫破裂、失血性休克、胎死宫内行急诊剖腹探查术。术中见子宫下段有10cm的纵形裂口，从腹腔取出一已死胎儿，重4080克，腹腔内出血约2000ml，于3:00产妇心跳、呼吸停止，行心脏按压和人工呼吸，抢救无效于3:40死亡。

二、讨论

随着围产保健的日益普及和产科质量的提高，子宫破裂在临床上已逐渐减少。催产素应用于临床已有几十年，尤其是近年普遍施行计划分娩，催产素的应用更加广泛。催产素静脉滴注是目前公认安全的产前给药途径。因为个体差异，子宫对催产素的敏感性不同，如果应用不当，可危及母儿生命。由于催产素个体敏感度差异较大，应从小剂量、低浓度开始，循序增量，一般以毫单位/min（mU/min）计算浓度。起始浓度为0.5%（2.5U催产素溶于5%葡萄糖液500ml中）为宜。从8滴/min开始，以后根据宫缩和胎心情况调整滴速，一般15～20min调节滴速一次，直至出现有效宫缩为止。最大不超过30滴/min（10mU/min），极量为48滴/min（16mU/min）。使用中应有专人看护，严密观察母儿情况。每15～30min记录一次血压、脉搏、呼吸、宫缩及胎心情况。并适时行肛查以了解宫口扩张及胎先露下降情况，再根据监测结果随时调整，宫缩以2～3min一次、持续40～50s为宜。对有条件的单位应采用电子监护，以便更准确地了解宫缩和胎心情况。对宫口已开大而产程停滞的产妇使用催产素时，应先作阴道检查排除头盆不称后才使用催产素。使用催产素时应注意先兆子宫破裂的征兆，如产妇出现病理缩复环，腹痛难忍、烦躁不安，子宫下段压痛明显，胎心改变，病人有血尿或血压下降时，应考虑先兆子宫破裂的可能，及时报告医生，并予以吸氧、建立静脉通道，同时作好术前准备。若静脉点滴催产素者应立即停止，同时遵医嘱予以宫缩抑制剂抑制宫缩；在已经有子宫破裂或休克时，我们应争分夺秒抢救病人的生命。

（收稿日期：2002-02-21）

* 作者单位：400037 重庆市第三军医大学附属新桥医院妇产科

青年宫颈癌患者腔内放疗的心理护理

胡晓灵* 罗 霞*

放射治疗是宫颈癌的主要治疗手段之一，我科采用WD-HDR192Ir（高剂量率）法行腔内照射，再配合直线加速器体外照射方法对宫颈癌病人进行治疗。放射治疗不仅能杀伤癌细胞，也损伤周围正常组织，年轻女性由于其特殊的生理特点，对生

* 作者单位：400037 重庆第三军医大学附属新桥医院放疗科