维普资讯 http://www.cqvip.com

造成会阴Ⅲ裂伤的原因之一。在5例Ⅲ度裂伤中，胎儿体重(4000±250)g者占2例。这就要求助产人员在待产过程中准确的测量产妇的骨盆大小、宫高、腹围，以及根据产前超声检查正确估计胎儿体重。对巨大儿，应估计到发生肩难产的可能。待产过程中应通过阴道检查了解胎方位 胎先露高低，若有明显的头盆不称或胎方位异常，则应以剖宫产及时终止妊娠。

另外，接产人员技术的熟练程度，也是重要的原因。每一位助产人员，都应虚心学习，精益求精，在实践中不断摸索，规范每一项操作，以提高保护会阴技巧及接产技术水平，从而避免发生会阴Ⅲ度裂伤。

(收稿日期：2002-03-06)

异丙酚与异丙酚加芬太尼用于无痛引流术的比较

王艳春* 王学民* 潘明娟**

近几年我院麻醉科与妇科联合在门诊开展了无痛引流术。无痛引流术克服了以前做引流患者疼痛难忍，术中挣扎，术后出现头晕、虚汗、心悸、恶心等并发症、以及由于扩张宫颈时负压吸引刺激引起的心率不齐，血压下降，胸闷大汗等不良体征；也消除了多数孕龄妇女恐惧心理，使很多孕妇易于接受。本文吸取国内外的一些先进经验，采用单纯给异丙酚和异丙酚与芬太尼合用给药的镇痛方法都收到了良好的效果，现报道如下。

一、资料和方法

1.临床资料：选择20例孕妇妊娠天数40～60d左右、SAS分级为Ⅰ～Ⅱ级，分为两组，每组10例，进行无痛引流比较，见表1。

表1 孕妇一般资料

	例数	ASA	妊娠天数	体重	有生育史	无生育史
异丙酚	1例	Ⅰ～Ⅱ级	(45±5)d	(55±8.3)kg	5	5
异丙酚加芬太尼	1例	Ⅰ～Ⅱ级	(45±7)d	(60±5.2)kg	4	6

2.方法：两组患者术前皆禁食水6～8h，术前30 min肌注阿托品0.5mg，进入手术室置截石位，测量血压、SPO_2、心率等生命体征，面罩吸氧，观察呼吸频率及潮气量，建立一条静脉通路给药，每隔3min记录上述生命体征。

(1)异丙酚组：静脉异丙酚按2～2.5mg/kg，20s注完，首剂诱导50s后，仍追加维持量0.3～0.5mg/kg，间隔50s追加维持量直至手术结束。

(2)异丙酚加芬太尼组：先静脉给芬太尼0.05～0.1mg，1min后再静脉给异丙酚1.5mg/kg，间隔50s追加维持量0.1～0.3mg/kg，直至手术结束。两组皆以膝反射消失为意识消失标志，以呼之能应为意识恢复标志，术中SPO_2不低于97%以上，否则面罩加压给氧。

二、结果

两组病例表示：患者意识消失快，恢复也快，术后20min左右，患者可自行下地离开医院，异丙酚组用药总量平均为180mg左右，芬太尼加异丙酚组异丙酚用药平均在125mg左右，两组患者皆未见抽搐、恶心、呕吐、表情痛苦，面色苍白及昏厥等现象，个别患者出现一过性呼吸抑制，SPO_2下降，托起下颌加压给氧即可缓解，有一例患者初期给药出现谵语兴奋，静脉注射痛，清醒后症状消失，其它有的患者潮气量下降，呼吸频率及心率减慢，血压较术前略低，但都在正常范围内。

表2 两组患者用药后结果比较表

	意识消失	意识恢复	平均手术	术后离院
异丙酚组	(55±12)s	(9.1±3.31)min	(7±3.2)min	(17.12±4.5)min
芬太尼加异丙酚组	(40±11)s	(8±1.61)min	(6±2.1)min	(23.23±5.31)min

三、讨论

异丙酚是一种快速有效静脉麻醉药，与其它任何一种静脉麻醉药的化学结构不同，其半衰期短、苏醒快，短时期内即从体内清除，副作用小，镇痛作用弱，应用少量芬太尼可减少异丙酚用量，且术中患者安静，小剂量芬太尼对循环呼吸没有影响，大量异丙酚对呼吸幅度及频率都有抑制作用，但抑制幅度在上述人流中能很好地控制给药速度及药量，自主呼吸可保持，对血压、心率波动都在正常范围内，抑制反应是一过性的，手术结束，血压、心率即恢复到基础值，两组患者术中无痛苦。

总之，小剂量芬太尼加异丙酚用于人工流产和单独异丙酚用于人工流产都能取得满意的麻醉效果，尽管单独用异丙酚用量相对大，有一定呼吸抑制，但是一过性的，吸氧后很快恢复，安全性很大，上述两种镇痛方法在人工流产术中都值得推广。

(收稿日期：2001-12-25)

* 作者单位：150040 黑龙江省红十字医院
** 山东省沂南县人民医院