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

维普资讯 http://www.cqvip.com

NS-SMA 支架以其超弹性、耐疲劳、耐腐蚀、耐磨损、生物相容性好和无毒性等优点，已广泛应用于各种管腔狭窄的治疗。疗效的关键在于良好的定位，纤支镜初检找到瘘口后，检查气道受侵情况，量好受侵长度、补瘘 1 周后，经纤支镜及导丝定位后缓慢推送导管、快速释放定制的支架。本组患者支架植入后均膨胀良好、气道重建效果明显。在保证足够的支撑力的前提下，应尽可能选择金属丝细的 NT-SMA 支架，以减少其组织反应。在支架内再阻塞的预防上，可选用硅胶膜包被的带膜支架。

采用纤支镜治疗食管-气管瘘的以上几种治疗方法均是姑息性治疗的有效手段，但要取得较好的远期疗效，尚需强化化疗、放疗等综合治疗。

本结果表明，通过纤支镜治疗食管—气管瘘具有疗效肯定、创伤小、疗程短、恢复快的优点，是一种值得推广的较好的非手术治疗方法。

（收稿日期：2002-01-07）

剖宫产术后阴道分娩 120 例临床分析

赵凤贞* 付长华*

近年来国内外剖宫产率不断升高，由 70 年代的 10% 左右，上升到 90 年代的 30%，甚至最近的 40%。在剖宫产的病例中再次行剖宫产的占 35%。该结果显示"一次剖宫产，次次剖宫产"的说法是错误的。本文统计我院 8 年来剖宫产术后阴道分娩 120 例的临床资料，现报告如下。

一、资料与方法

1992 年 3 月 - 2000 年 6 月间我院产科住院产妇共 12872 人，其中阴道分娩 8651 人，占 67.2%；剖宫产 4221 人，占 32.8%。阴道分娩中有 120 人有剖宫产史，占阴道分娩的 1.39%。上次剖宫产时间 2 ~ 5 年者 25 人；6 ~ 9 年者 48 人；10 ~ 13 年者 47 人。剖宫产 4221 人中有 356 人为二次剖宫产、占 8.4%。二次剖宫产中有 267 人为选择性剖宫产，占 75%；其中 89 人曾试行阴道分娩，试产率为 25%。试产的 89 人中于第一产程的潜伏期行剖宫产的有 34 人；加速期行剖宫产的有 46 人；于第二产程行剖宫产的有 9 人。

二、结果与讨论

1. 从以上资料中可以看出，120 例剖宫产后的产妇成功地进行了阴道分娩，剖宫产最长时间为 13 年，最短时间为 2 年。所以有剖宫产史的妇女再次妊娠分娩时是可以试产的，试产中要密切观察胎心音的变化及子宫收缩的情况，遇有宫缩不协调或强直性子宫收缩，临床上出现病理性缩复环，均应行剖宫产结束分娩。本组中二次剖宫产的 267 人中有 89 人曾试行阴道分娩，但因试产中的不利因素，为避免发生母儿的损伤，最后再次行剖宫产。

2. 本组有剖宫产史的 120 例产妇均安全地进行了阴道分娩，我们认为有剖宫产史的妇女再次妊娠分娩时经阴道试产是安全有效的，而且试产应被列入常规。导致我院剖宫产率逐渐上升的原因是指征不足，即试产时间不够，产程观察不严密，宝贵胎儿及社会因素占有很大比率。近年来，科学的进步提高了剖宫产的手术安全性，但其并发症远比阴道分娩为高，况且剖宫产后再次妊娠的剖宫产率提高。本文两次剖宫产 356 例，有 89 人曾行阴道试产，但最终失败，以剖宫产结束分娩。

3. 近年来国内外有所谓"社会性因素"的影响，常与产科医生处理问题的经验有关。剖宫产需要解决的问题涉及孕妇及胎儿双方，尽管无绝对禁忌征，但盲目地行剖宫产不但提高了剖宫产率，还增加了孕妇的产后病率及新生儿的死亡率，给下次妊娠增加了试产的难度。

（收稿日期：2002-01-04）

* 作者单位：154020 黑龙江省桦南县医院妇产科

计划分娩 160 例临床分析

张子玉* 付长华*

本文对 160 例头位初产妇应用综合措施实行计划分娩，与同期随机抽样的 130 例头位初产妇对照比较，探讨计划分娩在提高产科质量及降低剖宫产率方面的临床意义。

一、资料与方法

1. 研究对象：实验组：产妇年龄 20 ~ 31 岁，孕周 37 ~ 42 周，经 B 超、腹围及宫高测量、估计胎儿体重 < 3800g、无明显头盆

* 作者单位：154020 黑龙江省桦南县医院妇产科