维普资讯 http://www.cqvip.com



时通知医生、对症处理,该患血压正常,无出血倾象。

2.血循环观察,2h一次,注意观察左桡、尺动脉搏动是否良好,该患者经过48h观护,左桡、尺动脉搏动良好。

3.扩血管抗凝药物的应用。给予脉栓通15000mg,0.9%生理盐水250ml,静滴。肝素1/4支1/6h静滴。3d以后改为口服小剂量的阿斯匹林,以防止人工血管闭塞。

4.出院指导,指导病人定时定量服用抗凝药,每月测一次PT、APTT,根据PT、APTT值调整药量。嘱病人3个月来院全面复查一次。

(收稿日期:2001-10-03)

# 肺血管平滑肌肉瘤一例报告

李兴富* 刘振玉*

肺平滑肌肉瘤是一种较少见的肺部原发性的恶性肿瘤,其临床表现、X线及CT表现均无特征性,我院收治1例报道如下。

一、临床资料

患者,女,34岁,两周前出现原因不明的发热,在当地医院以感冒抗炎治疗一周,效果不佳,并出现胸闷持续性发热,体温在38℃左右。自发病以来、无明显咳嗽、咳脓痰及咳血病史。胸部正侧位片检查:见右肺上叶10.5cm×11cm×13cm的肿块影,边缘光整,密度均匀,两肺门影无增大及纵隔增宽征象;侧位见肿块占据右肺上叶的后上方,X线报告:①右肺上叶外周型肺癌。②神经源肿瘤(良性)。③肺肉瘤。建议CT检查。行胸部CT平扫,纵隔离:见右肺上叶一10.5cm×11.0cm×13.0cm的肿块影,边缘光整、无分叶、其密度不甚均匀,肿块内可见不规则的低密度坏死区、纵隔及肺门区未见肿大淋巴结,胸腔无积液征象。上部椎体椎弓根及椎间孔无破坏及扩大征象。肺穿:见肿块下方有肺纹理密集影像。CT报告:①右肺上叶外周型肺癌。②右肺上叶肺肉瘤。身体其它检查,均无异常改变。入我院胸外科,手术后病理报告为肺血管平滑肌肉瘤。

二、讨论

肺平滑肌肉瘤发病率极低,仅占肺部原发恶性肿瘤的0.2~2.0%左右,这些肿瘤在生物学、诊断学的鉴别诊断和预后等方面与原发性肿瘤相似,不易确诊。肺肉瘤多半是以纤维肉瘤和平滑肌肉瘤为主,发病年龄以青壮年居多,男性略多于女性,发生于肺的平滑肌肉瘤很罕见,国内仅有散在个案报道。临床表现和影像学都缺乏特征性,最后确诊需病理学检查。其病理表现为:起源于支气管及肺血管的平滑肌,也有发生于肺实质者。一般生长缓慢,浸润局限,具有包膜。常见的临床症状为胸痛、发热,但较轻微,当肿瘤向支气管腔内生长阻塞管腔后可造成肺不张,继发感染等,这时可有咳痰、咳血、高热等症状。X线和CT表现分为中央型和周围型,中央型位于肺门附近的肿块向腔内侵犯,引起阻塞性肺不张。也可侵犯局部的淋巴结,但很罕见。周围型较多见,好发于两肺下叶的肺实质内,发现时肿块常较大,有时可占据整个肺叶。肿块边界清楚、光滑,可有分叶,但无毛刺,肿瘤中常有低密度坏死灶,偶可见钙化。巨大肿块压迫肺组织可产生膨胀不全,支气管受压时常可见狭窄和移位。随着病程的进展,邻近组织和器官也可受到侵犯。如胸膜受累时可出现胸腔积液。本病早期手术较佳,但仍有复发的可能。

本病痰细胞学检查阳性率不高,纤维支气管镜和经皮肺穿刺活检可明确诊断,CT检查能明确部位和精确测量大小,了解侵犯程度及引导穿刺。

(收稿日期:2001-08-01)

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学附属第一医院放射线科

# 19例会阴三度裂伤临床分析

吴欣苹* 马秀娟*

临床上会阴三度裂伤是经阴道分娩的较少见的并发征,若不及时进行治疗,行会阴修补手术和良好的术后护理,最终会导致大便失禁,甚形成粪漏,本文对19例会阴三度裂伤进行临床分析研究,报道如下。

一、临床资料

1978年4月至1999年8月间,在我院产科住院经阴道分娩

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学临床医学院妇产科

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