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