维普资讯 http://www.cqvip.com

程中，防止水囊接触阴道壁。然后向水囊内注入室温生理盐水，注入量为：孕月 × 100ml，最多不超过 500ml。注入后，尿管末端折迭结扎，纱布包裹后置于阴道内。

二、结果

48例孕妇水囊引产一次成功者46例，占95.83%，水囊置入至规律宫缩最短3h，最长31h，平均14.5h。水囊置入至分娩最短为6h，最长为76h，平均时间为32.4h，产后失血量最少50ml，最多500ml(一例)，平均失血量102ml，胎盘完整娩出者26例，占54.16%，胎盘、胎膜残留者20例，占41.67%，其中18例经手取胎盘或胎膜后，胎盘完整2例行钳刮术。48例水囊引产病例，因产力不好加用催产素者21例，占43.75%，催产素用量为2～40U(累计量)。引产中或引产后，体温升高超过38.5℃者9例，占18.80%。全部病例均予抗生素预防及控制感染。两例失败病例，分别妊娠16～18周，均系水囊脱落后无规律宫缩，经静点催产素后，宫口扩张不理想，改用钳刮术，其中一例发生产后失血(500ml)。

三、讨论

1、晶水囊引产具有成功率高、引产时间短、失血量少，无药物副作用等优点，在中期妊娠引产中的作用不可低估。本文资料成功率为95.83%，与上海第一人民医院报道的低温水囊引产成功率97.66%相接近。

2、水囊引产只限于中期妊娠，术前应验肝功，乙肝系列等。

3、晶水囊引产，往往需加用催产素。由于中期妊娠子宫对催产素不甚敏感，故催产素用量可稍大，一般可从10U开始(5%Glucose + 催产素10U)，滴数宜控制，且应有人专门看护。

4、晶水囊引产最主要的并发症为感染。本文病例T > 38.5℃者4例，高达18.80%，故晶水囊引产，宜严格选择病例，阴道炎症应列为禁忌，操作中，防止水囊碰撞阴道壁，水囊在宫腔放置的时间应小于24h，全部病例均应用抗生素预防及控制感染。

(收稿：2001-02-26

低位胸导管结扎预防食管癌术后乳糜胸41例报告

李 俊* 王俊东* 李 庄* 李爱民*

乳糜胸是食管癌切除术后的严重并发症之一，我们自1993年7月～2000年6月，对41例食管癌手术切除患者，施行低位胸导管预防性结扎，术后无1例发生乳糜胸，现报告如下。

一、临床资料与方法

1.般资料：本组41例，男性33例，女性8例。年龄在32～70岁，平均60.3岁，其中食管中段癌23例，下段癌13例，贲门癌5例，行主动脉弓上吻合20例，颈部吻合3例，主动脉弓下吻合18例。

2.手术方法：在手术侧膈肌裂孔上5～6cm处胸主动脉内缘剪开壁层胸膜，两侧奇静脉之内、脊椎之前，剪开椎前筋膜，分开脂肪组织，即可显露胸导管，然后用直角钳小心将胸导管及前面覆盖的胸膜、脂肪组织一并分离，用10号粗丝线双重大块结扎。

二、结果

本组41例食管癌手术切除患者，施行低位胸导管预防性大块结扎，术后无1例发生乳糜胸。

三、讨论

1.胸导管和双侧纵膈淋巴间有丰富的吻合支，且解剖变异大，加之食管癌病变较长或外侵，切除剥离广泛，故术中易损伤胸导管及其属支，尤其是属支损伤，术中不容易发现。国内资料统计，其发生率为0.4%～2.6%，主要发生在中上段食管癌术后。

2.胸导管管壁薄，管内压比静脉压高，术后胸腔为负压，管内外压力差较大；加之乳糜液中抗纤维蛋白酶含量大，凝血酶含量低，乳糜液凝固缓慢，破口处不易愈合。因此，术中预防性结扎胸导管，可降低食管癌术后并发症的发生率和围手术期死亡率。而淋巴循环实际是血液循环的支流，胸导管与双侧纵膈淋巴间有丰富的吻合支，所以预防性结扎胸导管并不影响正常的淋巴循环。

3.胸导管结扎的方法 我们认为：只要熟悉胸导管的解剖特点，结合低位，钝性分离，无需强求显露胸导管，将主动脉与奇静脉之间和脊柱前组织大块用粗丝线结扎，用力不宜过大，可避免结扎线切割损伤胸导管，且周围组织也可起到垫片作用。总之，只要采用正确的操作方法，低位预防性大块结扎胸导管，可有效地预防术后乳糜胸的发生。

(收稿：2001-01-08)

* 作者单位：671000 云南省大理医学院附属医院外二科