维普资讯 http://www.cqvip.com

表1 血脂康治疗前后血脂变化($\bar{x} \pm s$)

项目	治疗前	治疗后	P值
甘油三酯(mmol/l)	6.12±0.50	4.8±0.43	<0.05
胆固醇(mmol/l)	3.10±1.08	1.6±0.08	<0.05

表2 血脂康治疗前后血液流变学变化($\bar{x} \pm s$)

项目	治疗前	治疗后	P值
全血还原粘度(mPa·s)	10.39±1.28	8.42±0.34	<0.05
血浆粘度(mPa·s)	2.108±0.26	1.38±0.64	<0.05
红细胞压积	4.94±2.3	46.3±1.2	>0.05
红细胞聚集	5.419±0.413	3.891±1.164	<0.05

3.B超:16例脂肪肝消失,20例脂肪肝改善,4例脂肪肝未变。

三、讨论

血脂康是从特制红曲中提炼精制而成的血脂调节剂,其中富含羟甲基戊二酰辅酶A还原酶抑制剂洛代他汀及各种不饱和脂肪酸和人体必需氨基酸。已有大量理论基础研究及临床实践表明血脂康能有效降低血脂,改善血液粘度。基础研究亦表明血脂康能抑制脂质在肝脏的沉积,从而改善脂肪肝的程度。但目前临床上对血流受影响的报道不多,本文对40例脂肪肝并高脂血症病人血液流变学指标加以分析,表明血脂康对脂肪肝病人不但有明显降脂作用,且血液流变性亦有明显改善,全血粘度、血浆粘度、RBC聚集均有明显改善、前后对比有统计学意义。

血脂康改善血液流变性的机理考虑如下:血浆蛋白作为影响血浆粘度的主要因素,其中脂蛋白为血浆蛋白中的主要因素,而脂肪肝病人多伴有血脂异常,血脂康在降低血脂的同时,改善了血浆粘度并降低RBC聚集度,从而改善血液流变性。

本文中对40例病人的治疗,收到满意疗效,总有效率91%,提示:血脂康不但可以降脂,也可以作为治疗脂肪肝改善血液流变性的良药。

(收稿:2000-04-26)

新生儿Bochdalek疝的诊断与手术治疗体会

李广辉* 白德巍*

新生儿Bochdalek疝是先天性膈疝的一种表现类型,如伴有肺发育不良或疝嵌闭时导致呼吸困难,危及小儿性命,必须引起重视。自1988年以来我们共收治五例,结果三例经手术治愈,另二例因放弃手术治疗而死亡。现通过病例分析结合文献学习将其诊断和手术治疗体会进行报告。

一、临床资料

病例1,性别男,日龄2小时,主要症状与体征:呼吸困难,颜面、口唇及肢端青紫,左肺听诊闻及干湿罗音;X线胸透拍片:心脏右移位,左胸有肠管状积气,并向腹部延伸;胃肠透视:20%泛影葡胺,20ml从胃管注入见造影液进入左胸腔;术中所见:左膈后外有4.4cm×4cm缺损,胃、脾、部分小肠疝入左胸腔;治疗转归:手术修补治愈,无并发症发生;住院22天。病例2,性别女,日龄6小时,主要病状与体征:反复发生呼吸暂停,颜面及周身青紫,两肺听诊闻及干罗音;X线胸透拍片:左胸腔可见蜂窝状积气,心脏向右侧移位;胃肠透视:20%泛影葡胺,20ml从胃管注入见造影液进入左胸腔;术中所见:左膈后外侧有3cm×2.5cm缺损,胃、脾及部分小、大肠疝入左胸;治疗转归:手术修补治疗愈,无并发症发生;住院16天。病例3,男,日龄3.5小时,主要病状与体征:呼吸困难,鼻翼扇动,口唇及肢端青紫,左肺听诊闻及干湿罗音;X线胸透拍片:左胸腔见大量蜂窝状积气及肠袢状阴影,心脏右移位;胃肠透视:20%泛影葡胺,20ml从胃管注入见造影液进入左胸腔;术中所见:左侧膈肌外侧有3.5cm×2.5cm缺损,胃、脾及部分小、大肠疝入左胸;治疗转归:手术修补治愈,无并发症发生;住院20天。病例4,性别女,日龄9小时,主要病状与体征:气促鼻翼扇动,颜面及口唇青紫,两肺听诊闻及干湿罗音,尤以吸吮时加重;未手术18小时后死亡;尸解所见:左肺萎缩,左膈肌外侧3.5cm×2.5cm缺损,胃、脾、小肠疝入左胸腔。病例5,男,日龄7小时,主要病状与体征:呼吸困难,颜面及口唇青紫,两肺听诊闻及干湿罗音;X线胸透拍片:见左肺密度增高,有大小不等多个含气囊,心脏向右移位;胃肠透视:20%泛影葡胺,20ml从胃管注入见造影液进入左侧胸腔;未手术8小时后死亡;尸解见左膈后外侧缺损4cm×3cm,左胸腔有胃、小肠疝入。

二、讨论和体会

1.对新生儿Bochdalek疝发生的病因分析:新生儿Bochdalek疝又称胸腹裂孔疝,是先天性膈疝的一种表现类型,约占80%,并且以左侧多于右侧。胚胎学研究表明:当胚胎8~9周时膈形成,第10周中肠完成旋转过程固定在腹腔,若膈的任何部分延迟闭合,正在演变的中肠各段即可通过膈的异常裂孔潜入胸腔形成膈疝。先天性膈疝包括食长管裂孔疝、胸骨后疝和胸腹裂孔疝。新生儿由于两侧腰肋三角间隙仅被胸膜壁层和腹腔的膈筋膜覆盖表现薄弱,最易发生疝,即Bochdalek疝。右侧因为有肝脏保护的原因,故左侧Bochdalek疝多于右侧。本组五例经手术和尸解证实为左侧Bochdalek疝也说明了这一问题。

* 作者单位:114032 辽宁省鞍山钢铁集团公司立山医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

2.新生儿 Bochdalek 疝的诊断与误诊教训：先天性膈疝、特别是新生儿 Bochdalek 疝，由于疝的内容和程度差别很大、故诊断上存在一定难度，早期很易误诊，我们体会：对出生后早期出现呼吸窘迫伴有消化道梗阻症状时应先考虑有膈疝发生的可能，一旦出现上述症状和体征时，进行必要的X线胸片，胸透或胃肠钡餐检查对本病的诊断都将起决定性作用。值得提出的是：本组五例生后都因呼吸困难，颜面口唇青紫，听诊肺部有罗音遂以"新生儿肺炎"收治在儿科，后经X线胸透或胸片发现左侧胸腔有肠袢状或蜂窝样积气，从胃管注入造影液进入左侧胸腔时才被诊断膈疝，因此术前误诊的教训应该是：①当发现新生儿呼吸困难，经采取吸氧措施，颜面和肢端青紫无改善时应及时拍胸片和做胃肠透视，注意有无膈疝发生的可能。②当肺部听诊闻及罗音时可能是胸腔内肠蠕动摩擦胸壁所致，应仔细辨别，这样才能克服术前误诊的弊端。

3.新生儿 Bochdalek 疝的手术治疗与围手术期管理：新生儿先天性膈疝伴有肺发育不全，严重呼吸困难或发生嵌闭时，其死亡率很高，本组死亡率达40%。因此，先天性膈疝一经诊断，应尽早手术治疗，手术效果良好。本组三例经手术治疗结果获治愈，另两例因放弃手术而死亡。由于新生儿腹腔小，组织娇嫩，故手术还纳疝内容时应操作轻柔，由浅及深，重叠缝合膈肌缺损应逐渐向膈中心腱加强，当发现膈肌有较大缺损缝合困难时，可采用自体移植筋膜或涤沦片进行修补。关于手术进路，我们认为经腹优于经胸。经腹的优点为损伤小、方便疝内容还纳固定移位的脏器和矫治腹腔的脏器畸形，此外术后还可不做闭式引流，这不仅有利于小儿呼吸，减少引流管的痛苦，同时也方便护理。我们体会：加强新生儿膈疝的围手术期管理对提高手术治愈率十分重要，新生儿对氧十分敏感，要保证氧的供给和保持气道通畅，此外静脉高营养的支持，抗菌素的合理应用以及预防肺炎、硬肿症、压迫性溃疡等并发症的发生，都是不可忽视的重要环节。

（收稿：2000-02-21）

267-268 剖腹产 子宫肌层缝合

剖宫产术中锁边缝合子宫肌层的探讨

赵 梅* 张宪荣**

近20余年来，随着围产医学的发展，剖宫产术引起了医学同道的广泛重视。随着剖宫产率的上升，其术中术后并发症也相应增多，近期并发症达10.96%，对此引起了产科工作者的极大重视。为此本文结合我院资料对子宫肌层缝合方法两个阶段两种方法，即以往的连续缝合加褥式包埋（以下简称褥式）与现行的连续锁边（以下简称锁边）加以分析，提出一些看法，以供商讨。

一、临床资料

1.回顾性分析两阶段两种剖宫产子宫肌层缝合方法的数据：1995年4月～1997年5月产科总住院人数1300人，剖宫产人数482人，剖宫产率为37.08%；1997年5月～1999年8月产科总住院人数1438人，剖宫产人数490人，剖宫产率34.75%。两组资料产妇的平均年龄、孕产次数、剖宫产指征、新生儿体重的无明显差异，具有可比性。

2.手术方法：在硬膜外麻醉下产妇平卧于手术台上，消毒铺巾，麻醉满意后取下腹耻骨联合上2～3cm横形弧切口长约10～12cm左右，切开皮肤、皮下脂肪、筋膜层，分离腹直肌达两侧，打开膀胱前筋膜，找到膀胱底下推至反折腹膜下2cm，横行打开前筋膜，切开子宫峡部肌层，钝性分离向两侧扩大，娩出胎儿及胎盘，子宫肌层注入催产素20单位，四把组织钳提起子宫切缘上下左右端，用1号肠线连续锁边缝合子宫肌层，针间距在1cm左右，针与切缘间距在0.8cm左右，或连续缝合加褥式包埋法缝合肌层。缝合时针勿穿透子宫内膜，两侧子宫角部7号丝线加固，清理无异常出血，逐层关腹。

二、结果

1.术后病率：本组两阶段术式的产后病率及切口感染率无显著性差异（P>0.05），见附表。

附表 两阶段两种方法并发症与手术时间的比较

方法	例数	病率*		切口感染*		误伤腹腔**		切皮至胎儿娩出	平均总手术
		例	%	例	%	例	%	平均时间(分)*	时间(分)**
褥式	482	50	10.37	2	0.41	39	8.09	13.29	40.10
锁边	490	51	10.41	3	0.61	0	-	13.76	59.58

注：* P>0.05，** P<0.05

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯市妇幼保健医院
** 黑龙江省桦川县妇幼保健院