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

维普资讯 http://www.cqvip.com

2.术中副损伤及术后并发症:两阶段剖宫产均未发生膀胱及输尿管的损伤,子宫切口裂开也无一例发生。原因可能与术者的操作技术熟练程度有关。我院从1986年开始就广泛开展腹膜外剖宫产术。误伤腹膜行褥式包埋术所占比例较大占8.09%,而新法锁边一次连续缝合无一例伤及腹膜,两者有显著性差异($P<0.05$)。

3.手术时间:褥式及锁边两阶段剖宫产术自切皮至胎儿娩出时间分别为平均13.29分、13.76分,差异无显著性($P>0.05$);但手术时间两者分别为40.10分、59.58分,差异有显著性($P<0.05$)。有报道从切皮至胎儿取出时间越长,新生儿Apgar评分越低,新术式连续锁边缝合并未降低新生儿Apgar评分。

三、讨论

1.我院从1986年开始就广泛开展腹膜外剖宫产术,至本文统计时已达10余年之久,医生的技术熟练程度基本稳定,所以技术问题并未影响本资料的统计结果。已往采用褥式包埋的缝合方法为子宫切口第一层连续缝合,针间距1~1.5cm,针与切缘间距0.5~1cm。因子宫切缘两次缝合第一延长手术时间,第二进针次数增多增加出血机会,术野暴露时间的延长,进而增加术后病率及切口感染率,但本组资料统计结果并未支持此理论。术中因出血增多,在一定程度上延长了手术时间。在不增加产后病率及切口感染的情况下,当然手术时间的缩短是可取的手术方式。

2.剖宫产术中胎儿胎盘娩出后,要求认真清理宫腔,并迅速缝合子宫切口,无论何种子宫切口缝合方法,将子宫切口快速准确缝合是减少术中出血的关键。以往的术式在行褥式包埋时,因子宫切缘已缝合进1cm左右,缩短了切缘与腹膜缘的距离,包埋时容易将腹膜卷入子宫切口,若肠管位于腹膜反折处,则有可能将肠管损伤,造成术后严重的并发症。新法锁边一次缝合,则可避免损伤腹膜及肠管,本组资料行褥式包埋的有39例损伤腹膜。两组资料无一例发生膀胱与输尿管损伤,与术者的技术水平及医疗责任心有直接关系。

3.操作体会:新法锁边缝合为一次连续缝合,要求针间距不要太大,以1cm左右为宜,助手提线一定要紧,起止血作用。在加固子宫两侧角部时勿伤及后腹膜的输尿管。清理止血时,如果切口缘处仍有出血,应加补一针至止血完毕,但应注意缝扎过多、过密、过紧会导致局部血供不良,形成组织坏死,均有不利于切口愈合之弊病。目前,剖宫产率上升,子宫切口愈合不良有增加趋势。国内文献报道子宫切口裂开率为0.4~1.26%左右,本组资料两阶段无一例发生子宫切口裂开。

(收稿:2000-04-02)

科普与科研应当同时并举

窦杰贵*

科普与科研是科学这个范畴内的两个方面。医学科普学是科学的一门学科,是研究医学科普的构成特性及医学科普创作的全过程,它与医学科研同等重要。然而,在社会上,尤其是知识界的有些人对科普创作却有一种偏见,认为撰写科研论文是真正的高水平;而写科普文章则是雕虫小技,而且与评定职称关系不大,根本不放在心上,事实也是这样,职称评定中,主要看论文、外文水平,很少考虑科普创作的成果,特别是一些勤勤恳恳工作了几十年的医务工作者,老专家,既担负着繁重的医疗卫生和科研教学工作,又作了很多科普工作,创作了大量的医学科普文章,产生了很大的效益,这是非常可贵的,可有人却说三道四,甚至在背后指指划划,在这些人看来八小时以外搓麻将下棋很正常,而撰写科普文章则是不务正业因而使他们产生了委屈的心理,挫伤了他们的积极性,这是很不公平的,应当予以纠正。为此,本文提出以下浅见以求共同研讨。

一、正确评价科普创作

科普创作是一种创造性劳动,医学科普作者不仅要掌握一定的医学科学知识,同时还要有一定的文学修养,要深入生活,接触实际,要用艺术的、形象的,大众的语言来阐明医学道理,解释生活现象,一篇科普文章,从主题思想的提炼,题材和形式的选择,内容和素材的取舍,文章结构的安排,到深入浅出的剖析,生动活泼的描绘,都是进行的创造性劳动。它不但要有科学性而且要有知识性,趣味性和可读性。1988年出版的《医学科普作家与作品》一书中,收集了全国知名的和科普作家共253人,其中副高级职称以上的专家就有105人,1991年6月召开的中国解剖学会第5届科普会议上共有30多名代表出席,其中教授8人,副教授17人(占总人数的80%以上)陈敏章、吴阶平等许多知名度很高的老专家,老教授都发表过很多科普文章。由此可见,没有一定的水平,没有对科学知识的真知灼见,融会贯通,就不可能把深奥的科学原理,抽象的科学术语,运用通俗的语言,贴切的比喻清楚。对文字语言没有一定的修养,就难以写出富有文彩,引人入胜的科普文章来。

二、走科普与科研相结合的道路

据有关资料统计,近年来我国每年取得的科研成果都在3万项以上,但其中80%处于闲置状态。新科技进步促进经济发展而言,我国的贡献率为30%,而西方发达国家都在50%至60%之间。因此,科教兴国,以科技带动市场经济的发展,已成迫切需要解决的问题。科技是第一生产力,但科学技术能否变成生产力,关键是科技术能否普及给群众,科普则是科学技术与人民群众相通的桥梁与纽带,或者说"科学=科研+科普"。因此,作为任何一种科技成果的论文,只有通过科普这座桥梁,

* 作者单位:832002 新疆石河子大学医学院解剖学教研室