DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.16.023


强化疗效果的作用。Arvelo等[3]应用移植了未曾接受过化疗的小细胞肺癌患者癌细胞的裸鼠模型做试验,将裸鼠分为两组,第一组只给予含阿霉素的化疗,第二组在此基础上加用VPL,结果显示:第二组小鼠阿霉素的血浆半衰期显著延长。Belpomme等[4]在一个包含99例已经产生MDR的转移性乳腺癌患者的临床试验中,将患者随机分为两组:VCR+5-Fu或者VCR+5-Fu+VPL,结果发现后者的化疗有效率高于前者,分别为11%和27%,中位生存时间后者明显高于前者,分别为209 d和323 d,差异显著;胡义德等[5,6]研究VPL对具有MDR肺腺癌细胞株A549/ADM的逆转作用,结果提示无细胞毒作用剂量的VPL可以逆转该耐药株对阿霉素和长春新碱的耐药性。但有关VPL在非小细胞肺癌实际治疗中应用的报道较少。

本组试验中,单用CAP方案(A组)和联合应用维拉帕米(B组)治疗晚期肺腺癌的总有效率分别为26.7%和38.5%,二者比较差异有显著意义($P<0.05$);A、B组中位生存期分别为5.4个月和7.3个月,两组比较差异有显著意义($P<0.05$);两组治疗副反应相似,主要毒副反应仍为骨髓抑制及胃肠道反应,联合维拉帕米治疗所增加的毒副反应为轻微头昏、心悸,几天后即适应。无化疗相关性死亡。表明CAP联合维拉帕米治疗可提高晚期肺腺癌的化疗效果,延长患者生存期,毒副反应可以耐受,具有进一步推广应用价值。

参考文献:

[1] 李昆霖,吴国明,黄桂君,等.一条新肺腺癌多药耐药细胞DNA片段在胃癌中表达的研究[J].第三军医大学学报,2003,25(4):324-326.
[2] 王延明,王爱明,蒋仁述,等.多药耐药相关蛋白基因表达与食管癌病理特征关系的临床研究[J].第三军医大学学报,2000,22(3):262-264.
[3] Arvelo F, Poupon M F, Bichat F, *et al*. Adding a reverser (verapamil) to combined chemotherapy overrides resistance in small cell lung cancer xenografts[J]. Euro J Cancer, 1995,31A(11): 1862-1868.
[4] Belpomme D, Gauthier S, Pujade L E, *et al*. Verapamil increases the survival of patients with anthracycline-resistant metastatic breast carcinoma[J]. Ann Oncol, 2000,11(11): 1471-1476.
[5] 胡义德,钱桂生.异搏定逆转人肺腺癌A549的多药抗药性[J].癌症,1996,15(6):1417-1419.
[6] 单根法,钟 肱,牛恩良,等.维拉帕米逆转肺癌细胞株多药耐药性的研究[J].上海第二医科大学学报,1997,17(2):88-90.

(编辑 薛国文)

# 个案与短篇

文章编号:1000-5404(2003)16-1458-01

## 剖宫产术后镇痛与泌乳效果的观察

## Observation of analgesia and promotion of lactation following Cesarean section

唐才淇,江 露 (第三军医大学附属西南医院妇产科,重庆 400038)

为了解决剖宫产术后产妇母乳喂养困难的问题,我们对剖宫产术后硬膜外自控镇痛(Patient controlled epidural analgesia, PCEA)的产妇进行了调查,探讨术后PCEA对母乳喂养的影响。

### 1 资料与方法

资料:选择2000年9月至2001年8月采用硬膜外麻醉下行剖宫产术的产妇780例,孕周37~42周,无内分泌疾病、无乳房发育缺陷、无产科并发症。其中320例术后自愿接受PCEA为观察组,其余的460例为对照组。

方法:全部采用硬膜外麻醉,剖宫产术后观察组硬膜外导管不拔除,并与自控镇痛仪相连。镇痛液配制为:0.5%布比卡因30 ml加吗啡2 mg加生理盐水至100 ml,以2 ml/h滴速持续注入,并根据疼痛程度随时间调节,保留72 h。对照组术后拔管,根据伤口疼痛程度使用盐酸哌替啶止痛,观察术后72 h镇痛效果与副作用。

观察指标:(1)镇痛效果评定:两组均采用视觉模拟评分法(VAS)评定,0分无痛,1~3分可忍性痛,4~7分不可忍性痛,8~10分剧痛。(2)泌乳始动时间:胎儿娩出至产妇自觉乳胀,挤压乳房有乳汁排出的时间。(3)泌乳量的判定:根据日哺乳次数,新生儿日排尿次数,哺乳后睡眠情况及是否需人工补充部分牛奶来判定。①乳汁充足。哺乳≥6次/d,婴儿排尿≥6次/d,婴儿能安静睡眠。②乳汁欠充足。哺乳<6次/d,婴儿排尿<6次/d,需补给少量牛奶方能保证婴儿安静睡眠。③乳汁缺乏。哺乳及排尿次数<5次/d,哺乳后仍哭闹不安,需补给适量牛奶方能入睡。(4)术后肠鸣音听诊评分的评定及肛门排气时间的观察0分代表无肠鸣音,1分代表1~2次/min肠鸣音,2分代表3~4次/min肠鸣音,3分代表4次/min肠鸣音。

统计学处理:采用SPSS软件计算,进行$t$检验及$\chi^2$检验。

### 2 结果

见表1,2,两组比较差异显著($P<0.05$)。

(下转1461页)

作者简介:唐才淇(1980-),女,重庆市合川市人,护师,主要从事产科方面的研究。电话:(023)68754412

收稿日期:2002-07-23;修回日期:2003-02-17

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

患者均有慢长的病史, 心肺功能受到明显损害, 术中心肺功能保护极为重要, 如采用膜肺、使用抑肽酶及使用氧合血停搏液等, 近年受到广泛重视的不停跳瓣膜置换术在本组病例中显示良好的保护作用; 另外, 合并巨大左心房的病例, 单纯瓣膜外科矫治疗效有限, 术中还应根据左心房扩大方向, 同期进行合理的左心房折叠[1~3]。最常见的左心房折叠方法有平行二尖瓣瓣环折叠左心房后壁、下壁, 减轻其对左心室和食道的压迫; 向上折叠左心房顶, 减轻对气管隆突的压迫和对主动脉的推移; 折叠左心房的右侧部分, 减轻对右肺的压迫; 缝闭左心耳开口或结扎左心耳, 可减轻左肺、左支气管等的压迫; 折叠缝合房间隔, 同样可以缩减左心房腔, 减轻对右心房的推移压迫。

### 3.3　合并巨大左心房瓣膜病变的外科疗效

本组结果显示, 合并巨大左心房瓣膜病变采用正确的外科治疗其疗效是很好的, 术后早期病情平稳, 恢复快, 术后 2 周心脏超声显示左心房最大径回缩明显, 特别是在不停跳组; 中晚期疗效仍较好, 心功能恢复良好, 85%病人 NYHA 分级恢复为 0~1 级, 术后 12 月随访, 心脏超声显示左心房最大径有扩大趋势, 但与术后 2 周结果相比无差异。最近, 也有报道合并巨大左心房的瓣膜病变单纯行瓣膜矫治, 取得相似的结果, 原因有待进一步探讨[4]。

## 参考文献:


[1] 于伟勇, 张宝仁, 金　海, 等. 外科治疗二尖瓣病变合并巨大左心房的早期疗效[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2002, 18(4): 202—204.

[2] Isomura T, Hisatomi K, Hirano A, *et al*. Left atrial plication and mitral valve replacement for giant left atrium accompanying mitral lesion [J]. J Card Surg, 1993, 8(2): 365—370.

[3] 肖颖彬, 陈　林, 王学锋, 等. 浅低温体外循环心脏跳动中心内直视手术 1032 例临床分析[J]. 第三军医大学学报, 2001, 23(5): 502—504.

[4] Tonguc E, Kestelli M, Ozsoyler I, *et al*. Limit of indication for plication of giant left atrium [J]. Asia Cardiovasc Thorac Ann, 2001, 9(1): 24—26.


（编辑　刘洪娥）

（上接 1458 页）

表 1　两组产妇术后切口疼痛程度比较

| 组别 | 术后 6 h | | 术后 24 h | | 术后 48 h | | 术后 72 h | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 观察组 | 对照组 | 观察组 | 对照组 | 观察组 | 对照组 | 观察组 | 对照组 |
| 疼痛程度 | (320) | (460) | (320) | (460) | (320) | (460) | (320) | (460) |
| 无痛 | 146* | 0 | 198* | 0 | 224* | 69 | 297* | 153 |
| 可忍性痛 | 174* | 95 | 122* | 288 | 96* | 310 | 23* | 307 |
| 不可忍性痛 | 0* | 289 | 0* | 172 | 0* | 81 | 0* | 0 |
| 剧痛 | 0* | 76 | 0* | 0 | 0* | 0 | 0* | 0 |

*: $P<0.01$, 与对照组比较

表 2　两组泌乳始动时间及泌乳量的比较

| 组别 | $n$ | 泌乳始动时间 (h) | 时间 (h) | 充足 | | 泌乳量不充足组别 | | 缺乏 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 例数 | % | 例数 | % | 例数 | % |
| 观察组 | 320 | 26.4±9.1 | 24 | 49* | 15.3 | 145* | 45.3 | 126* | 39.4 |
| | | | 48 | 78* | 24.3 | 173* | 54.1 | 49* | 15.3 |
| | | | 72 | 162* | 50.6 | 158* | 49.4 | 0* | 0 |
| 对照组 | 460 | 50.1±17.6 | 24 | 61 | 13.3 | 172 | 37.4 | 227 | 49.4 |
| | | | 48 | 89 | 19.3 | 192 | 41.7 | 179 | 39.0 |
| | | | 72 | 112 | 24.4 | 280 | 60.9 | 68 | 14.8 |

*: $P<0.01$ 与对照组比较

## 3　讨论

泌乳的生理过程: 母乳是婴儿最理想的天然食品, 能供给婴儿全面营养, 产后早泌乳是促进和保障母乳喂养成功的关键[1], 母乳缺乏不仅仅是因为疼痛活动受限, 主要问题在于早吸吮及早接触不够, 不能早开奶, 同时泌乳还受产妇心理、精神、环境等因素的影响。

剖宫产术后 PECA 对泌乳的影响: 剖宫产术后, 产妇多因手术刺激和腹部切口疼痛而产生生理功能紊乱, 且术后由于输液管导尿管的限制, 使产妇活动不便, 哺乳姿势受限, 泌乳减少, 哺乳困难, 从而导致新生儿体重下降。因此, 缓解疼痛, 改善产妇哺乳条件, 对于产妇泌乳和母乳喂养是非常重要的。传统的术后盐酸哌替啶止痛, 时间短, 且有成瘾作用, 不能在短时间内反复作用, 使产妇切口疼痛问题不能彻底解决。从表 1 可见, 术后用镇痛泵镇痛的产妇, 由于镇痛药持续注入体内, 对切口疼痛起到了恒定的镇痛效果, 因此, 产妇痛苦少, 睡眠好, 体能消耗少, 恢复快, 机能活动自如, 有利于乳汁分泌。

剖宫产术后 PECA 有利于分泌型免疫球蛋白(Secretory immunoglobuin A, SIgA)的供给: SIgA 能够抵御外界细菌、病毒的侵袭。初乳中的 SIgA 含量在出生第 1 天最高, 以后逐渐下降[2]。从表 2 可见, 观察组的产妇泌乳始动时间较对照组早, 在 24、48、72 h 泌乳量较对照组多。这是由于观察组早吸吮后, 建立起很强的吸吮反射, 使产妇体内产生催乳素, 反射性地促进乳汁分泌。而对照组由于术后伤口疼痛, 产妇不愿意喂奶, 婴儿吸吮较少, 势必使乳汁生成减少, 泌乳始动时间推迟。本组资料表明, 剖宫产术后使用 PECA, 能提前泌乳时间, 增加乳量, 并增加 SIgA 的供给, 有利于增加婴儿的抵抗力。


关键词: 剖宫产术后; 镇痛; 泌乳

中图法分类号: R719.8　　文献标识码: B


## 参考文献:


[1] 庄鸿娟. 母乳喂养咨询培训教程. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 39—40.

[2] 徐蕴华. 影响母乳分泌的有关因素[J]. 实用妇产科杂志, 1995, 11(6): 290—291.


（编辑　郭建秀）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net