DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.09.058
第24卷第9期 第三军医大学学报 Vol. 24, No. 9
1118 2002年9月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Sep. 2002

经验交流

文章编号:1000-5404(2002)09-1118-02

180例剖宫产围手术期预防应用抗生素的疗效观察

Observation on the effectiveness of antibiotic for preventing infection druing perioperative period in 180 cases of cesarean section

倪飞英 (贵州省遵义市妇女儿童医院妇产科,遵义 563003)

剖宫产是产科常见手术,是解决难产和某些产科合并症,挽救产妇和围产儿生命的有效措施。但它毕竟要开腹,是一种创伤性操作,一旦发生感染,轻则浅表切口化脓,重则宫腔感染、切口裂开,晚期产后大出血,败血症等,严重者可危及产妇生命。为尽可能预防剖宫产术后发生感染,我们对180例剖宫产围手术期预防性应用抗生素的病例进行研究分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院2000年10月至2001年10月,剖宫产180例,随机分为术前术中用药组(A组)100例及术中用药组(B组)80例,两组一般情况及高危妊娠见表1。

表1 两组孕妇一般情况及高危妊娠情况

组别	例数	年龄(岁)	妊高症		疤痕子宫		前置胎盘		臀位		中度以上贫血	
			例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
A组	100	27.3±5.32	7	7.00	6	6.00	6	6.00	18	18.00	9	9.00
B组	80	28.1±5.96	13	16.25	5.00	6.25	4.00	5	8.00	10	8.00	10

1.2 两组易感因素比较见表2

表2 两组易感因素比较

组别	破膜>6h		产程>12h		宫口>3cm		阴道检查>2次		手术时间>1h		羊水Ⅰ°以上		术前血象>10×10⁹/L		术中出血>500 ml	
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
A组	30	30.00	46	46.00	27	27.00	15	15	9	9.00	21	21.00	23	23.00	16	16.00
B组	23	28.75	36	45.00	22	27.5	12	15	7	8.75	16	20.00	17	22.5	13	16.25

经χ^2检验,两组易感因素无显著差异 $P>0.05$

1.3 方法

A组(术前术中用药):术前30 min生理盐水100 ml加氨苄青霉素3g静脉滴注,30 min内滴完。术中胎盘娩出后纱布擦宫腔2次,将蜕膜擦干净,用0.5%甲硝唑液100 ml冲洗宫腔及腹腔,并使药液保留5 min,然后吸出一部分术野处腹腔内药液。术后采用氨苄青霉素6 g+甲硝唑1 g二联抗炎2 d。青霉素过敏者用林可霉素加庆大霉素输注2 d,体温不正常者继续给药,感染严重者改用先锋Ⅵ或头孢噻腭钠。

B组:术前不用抗生素,术中术后用药同A组。

1.4 判断指标

1.4.1 术后病率 术后24 h以后的10 d内,用腋表每日测量体温4次,有二次≥38 ℃。

1.4.2 腹部切口感染 针脚脓疡,蜂窝织炎,脓肿,脂肪液化,血肿,切口裂开继发感染。

1.4.3 宫腔感染 子宫复旧不良,宫体压痛,恶露多,且有臭味,发热,白细胞计数增多而无其它感染症状。

1.4.4 呼吸、泌尿道感染 上呼吸道感染症状,支气管炎,肺炎;有尿路刺激症状及尿常规有红、白细胞或脓细胞。

1.4.5 术后体温 术后至出院日的最高体温及体温恢复正常(<37.5 ℃)经过的时间(退热时间)。

1.5 统计学处理

采用χ^2检验,t检验。

2 结果

两组产妇在年龄、孕产次、术前情况,易感因素,手术者方面无显著差异。两组产妇术后情况比较,见表3。新生儿未发现异常。

表3 两组产妇术后情况比较

组别	例数	术后病率		切口感染		宫腔感染		呼吸泌尿感染		术后平均最高体温(℃)	术后退热时间(天)
		例	%	例	%	例	%	例	%	($\bar{x}\pm s$)	($\bar{x}\pm s$)
A组	100	13	13.0	4	4.00	3	3.0	8	8.00	37.46±0.35	1.45±1.18
B组	80	38	47.5	15	18.75	18	22.5	7	8.75	37.82±0.49	2.62±1.31
P值		<0.01		<0.05		<0.01		>0.05		<0.01	<0.05

3 讨论

孕期及产褥期生殖道内有大量需氧菌、厌氧菌、衣原体及支原体寄生,以厌氧菌为主[1]。当剖宫产手术时,生殖道的生态环境发生变化,尤其在机体存在易感因素条件下,手术的创伤使机体防御机制削弱,容易发生术后感染。因此,有必要进行围手术期预防应用抗生素,用药时机在手术前至迟于手术中开始系统性用抗生素,以预防术后感染的发生[2]。

结合剖宫产手术感染的特点多是混合性的,故用药时需兼顾需氧菌及厌氧菌感染,最好是广谱抗生素加甲硝唑[3]。由于氨苄青霉素为广谱氨基青霉素的代表,对青霉素的敏感菌的作用与青霉素G相似,对G-杆菌的作用超过青霉素G[4],而甲硝唑是当前抗厌氧菌的首选药,按照1998年美国疾病控制中心性传播疾病治疗指南,认为孕期首选甲硝唑[5]。故我们选择氨苄青霉素加甲硝唑作为围手术期预防用药。本研究资料显示,围手术期预防用药以术前术中用药组效果更佳,其术后病率,

作者简介:倪飞英(1965-),女,贵州省遵义市人,主治医师,主要从事妇科肿瘤方面的研究。电话:(0852)8823264

收稿日期:2002-01-21;修回日期:2002-06-05

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

切口感染，宫腔感染，术后平均最高体温及术后退热时间均较术中用药组为低，有显著性差异（$P<0.01$）。

在急诊剖宫产如遇有破膜时间长、产程长、宫口开大、多次肛查及阴道检查等易感因素，阴道及宫颈处细菌易进入宫腔，增加术后感染，本研究采用甲硝唑液冲洗宫腔、腹腔，可起到直接杀死细菌及清洁术野、冲洗生殖道的作用，以预防感染。

剖宫产术存在诸多易感因素，感染率高，围手术期预防性应用抗生素疗程短、效果好，对新生儿无明显不利影响。我们认为，选用氨苄青霉素加甲硝唑效果可靠、方便、价廉，是围手术期预防性应用抗生素较合理的方法，值得推广，尤其适合基层医院。

关键词：剖宫产手术；围手术期；预防用抗生素
中图法分类号：R719.8　　文献标识码：B

参考文献：

[1] 乐杰 主编. 妇产科学[M]. 第 5 版. 北京：人民卫生出版社，2001. 257.
[2] 原本旭. 妇产科围手术期抗生素的预防性应用[J]. 中国实用妇科与产科杂志，1999，11(15)：707－709.
[3] 董文漪. 剖宫产预防感染药物的应用[J]. 中国实用妇科与产科杂志，2000，5(16)：272－274.
[4] 国家基本药物领导小组编. 国家基本药物[M]. 北京：人民卫生出版社出版，11－12.
[5] 1998 年美国疾病控制中心性传播疾病治疗指南[J]. 中华妇产科杂志，2000，4(35)：253－255.

（编辑　张大春）

文章编号：1000-5404(2002)09-1119-02

经验交流

肾移植术中移植肾缺血样改变的鉴别与处理

Identification and management of ischemic changes of the graft during calaveric renal transplantation

汪泽厚[1]，关双成[2]，张艮 甫[1]，黄赤兵[1]，王平贤[1]　（[1]第三军医大学附属新桥医院泌尿外科，重庆 400037；[2]新疆依宁兵团农四师医院，新疆 依宁 835000）

从 1994 年 1 月至 2000 年 8 月，我们在同种尸体肾移植术中，移植肾再通血流后，移植肾出现缺血样改变 38 例，现就其鉴别和处理报告如下。

1　临床资料

慢性肾功能衰竭受者 38 例，男 29 例，女 9 例，年龄 23～58 岁。供肾热缺血时间 5～8 min，用 2 ℃～4 ℃ HC-A 保存液灌注干净，同温保存，冷缺血时间 3～10 h。淋巴细胞毒性试验＜10%，从 1998 年始术前常规行群体反应性抗体（PRA）检测均阴性。供肾静脉与受者髂外静脉端侧吻合，供肾动脉与受者髂内动脉端端吻合。

2　临床表现与处理

2.1　肾血管成角扭曲与肾外动脉外膜缩窄等

移植肾再通血流后有 4 例移植肾缺血明显是由于肾动脉成角扭曲所致；有 1 例因肾外动脉外膜缩窄引起；还有 1 例是因肾静脉吻合口狭窄所致。

2.2　受者低血压

移植肾再通血流后，其中有 17 例是由于受者低血压引起，表现为移植肾质地软，动脉搏动无力，此时患者血压低于术前水平，经给予升压等处理，将血压维持到或接近患者术前血压水平（收缩压：18～20 kPa）。

2.3　肾外动脉痉挛

有 5 例再通血流后，移植肾质地软，探查发现肾外动脉变细，呈痉挛状，立即给予 1% 普鲁卡因肾动脉外膜内和肾窦内注射，并适当剪除肾动脉外膜。

2.4　肾内动脉痉挛

移植肾再通血流后有 5 例均立即红润，质地饱满，但很快移植肾变软，无整体搏动感，提高血压后无改善，1～2 min 内移植肾进一步变软，并呈花斑样改变，酷似 HAR 的早期表现，以前多已 HAR 切除移植肾，但病理报告不支持 HAR 的诊断，故在以后遇到类似情况时，探索性行抗肾内动脉痉挛处理，取得满意效果，其处理包括：①热敷：用 45 ℃左右的等渗盐水纱布包敷移植肾；②封闭：沿肾动脉外膜向肾窦内注射 1% 普鲁卡因或 1% 利多卡因；③扩血管药：654-2 注射液 5～10 mg 和/或 1% 普鲁卡因 5～10 ml，用皮试针头于肾动脉腔内快速注射，如有效，可重复 1～2 次。

2.5　HAR

有 4 例移植肾再通血流后均立即红润，质地饱满，输尿管口有尿溢出，但很快移植肾变软，无整体搏动感，提高血压后无改善，检查移植肾外血管无异常，且移植肾很快变为暗紫色，并呈花斑样逐渐扩大，输尿管口停止溢尿，抗肾内动脉痉挛处理无效，数分钟内整个移植肾呈黑紫色，血流停止，切除移植肾，病理检查证实为 HAR。

3　结果与讨论

移植肾再通血流后起移植肾缺血的原因包括免疫因素与非免疫因素。前者主要为不可逆转的 HAR；后者如处理及时准确，多为可逆转或可避免的。

作者简介：汪泽厚（1959－），男，湖南省人，博士，主任医师，教授，主要从事肾移植，移植免疫方面的研究，发表论文 10 篇。电话：(023)65207732
收稿日期：2001-01-17；修回日期：2001-03-15

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