DOI:10.16016/j.1000-5404.1994.06.033

3 治疗效果

本组手术20例，12例术后1周血小板在90×10^9/L～65×10^9/L，另外8例在60×10^9/L，均无出血倾向。本组无死亡和感染性并发症。

3 讨论

在良性血液病中ITP是一种自体免疫性疾病。用肾上腺皮质激素治疗可缓解病人的症状，但治愈很困难。脾切除可以消除滞留及破坏血小板的主要场所，又可消除产生抗自身血小板抗体的主要部位，所以脾切除对治疗ITP有肯定的效果[1]。但切脾后有暴发性感染的可能。所以近年来我们对良性血液病采用脾次全切除或脾移植的方法来保留脾部分正常功能，减少部分脾切除后感染。良性脾切除与门静脉高压脾切除术不同。具有它的特殊性。现就围手术期几个问题讨论如下：

(1)术前对有严重出血倾向，凝血酶原时间延长者，肌注维生素K_1，本组共5例；对血小板减少者输注血小板混悬液；对严重贫血者输出600～900 ml。20例患者出血倾向均明显控制，顺利施行了手术。我们体会到，术前术后根据检查结果，分别输血，血小板及肌注维生素K_1以纠正贫血，改善出血倾向是手术成功的关键。

(2)应用激素[2]。我们收治的20例病人均应用过激素治疗，有的效果不满意。本组患者术前应用激素最长7年，最短1年。由于患者长期以来对激素的依赖性以及肾上腺皮质长期受抑制，使患者对手术的应激能力明显降低，极易出现肾上腺皮质功能不足，甚至发生肾上腺危象。我们对20例患者术前1 d均应用地塞米松10 mg，手术日当天应用地塞米松20 mg，术后第1天20 mg，第2天10 mg，第3天5 mg，第4天5 mg。以后改口服强的松维持8周。剂量分别为第1周10 mg 3/日，第2周10 mg 2/日，第3周10 mg 1/日，第4周5 mg 1/日，第6周至8周均口服强的松5 mg 1/日。

(3)预防性应用抗生素。脾切除无疑造成病人免疫功能低下，容易发生感染并发症，主要是肺部感染。我们采用氨苄青霉素来预防。一般术前1 d静滴氨苄青霉素3～5 g，术后5 d内每天用氨苄青霉素5 g、地塞米松5 mg、庆大霉素8万单位加至生理盐水100 ml配制溶液，蒸气雾化吸入。20例患者经我们处理均未发生肺部感染。

(4)手术中脾床及残脾残面渗血是术后膈下积液感染的主要原因。我们施全脾切除术时，创面出血，渗血面应用缝扎方法止血，后腹膜创面腹膜化消灭残面。脾次全切除患者残脾切面部位缝扎止血，脾包膜包埋。遇有渗血较多，临床应用凝血酶涂残面，血止后再缝合关闭残面，不留死腔。固定残脾防止脾扭转。在脾移植病例移植于网膜袋内时要缝合严密，防止脾块漏出。防止缝合过程中将大网膜血管缝扎致网膜坏死。由于采取以上措施，术后未发生脾窝内积液、感染和游离脾块脱落坏死。

(5)术后48 h内拔除引流。引流管放置脾窝处，管长1 m，直径0.5 cm。因为引流管较长，引流液不易逆流回脾窝造成感染。20例手术病例均在48 h内拔除引流管。我们体会到，引流管引流48 h内基本能通畅，引流脾窝内积液和积血。如果放置引流超过48 h，脾窝感染的机会明显增加，这一点已有文献报告。

关键词 脾切除术；血液病

中图分类号 R657.6

参考文献

1 陈易人，周世南，李德春. 常见血液病的脾切除治疗. 实用外科杂志，1986，6：407

2 刘保池，李建章. ITP脾切除的围手术期治疗. 中华外科杂志，全国普外手术前后处理学会专辑，大连，1988：70～71

(收稿：1994-05-13；修回：1994-10-04)

羊膜腔内输液治疗羊水过少症30例分析

Therapeutic saline infusion into mniotic cavity in 30 cases of oligohydramnios

阳光珍 谯淑平 (第三军医大学西南医院妇产科) 630038

羊水过少症是一种妊娠期的并发症，近年来由于B超的应用，发现率增高。在羊水过少症中，由于胎儿

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

宫内窘迫及产程延长，严重影响围产儿的预后，使围产儿死亡率可高达88.24‰[1]。临床上尚缺乏安全有效的治疗，常行剖宫产以早期结束分娩，致剖宫产率高达63.23%[1]。我院于1990年～1992年对羊水过少症的产妇，进行羊膜腔内输液[2]或羊水交换疗法，取得较好效果。

1 资料与方法

1.1 病例选择与诊断标准

对住院已临产或宫颈改良 Bishop 评分6分以上的足月或过期妊娠产妇，经 B 超检查胎盘位置正常，羊水最大平段≤2 cm，或人工破膜时羊水量不足50 ml，或早破膜病人不觉察有羊水流出者，诊断为羊水过少。其中愿阴道分娩者30例经羊膜腔内输液治疗。另随机抽取羊水过少症，头位，单胎，初产，无明显全身疾患或其他难产因素的产妇50例为对照组。见附表。

附表　两组产妇一般临床资料对比

组别	年龄	孕次	孕周	新生儿平均体重(g)	平均总产程(h)	合并症		
						过期孕	产时高血压	早破膜
输液组 $n=30$	25.2	2.07	40^{+6}	3285	8.83	4	4	4
对照组 $n=50$	25.2	2.12	40^{+1}	3204	9.85	4	8	1

1.2 方法

1.2.1 输液装置：用胎儿内监护管一套，宫腔测压管末端接输液针头，浸泡消毒备用。

1.2.2 输液方法：自然破膜或人工破膜后以外导管插入宫腔置胎头一侧，避开胎盘，内管顺外导管放入40 cm 长，达羊膜腔内，连接输液装置，用加温至37℃左右的生理盐水（静脉用）输入，总量为500～1 000 ml。第一瓶500 ml 以15～30 ml/min 的速度滴入，可在30 min 内输完。同时，静滴催产素加速产程，并根据从阴道流出液体的多少，决定再补输入的量。

2 结果

结果在输液过程中，产妇无何不适，亦无不良反应。现从分娩方式，母、胎预后及输液前后的 B 超检查所见进行分析对比。

2.1 分娩方式

输液组：阴道分娩22例，占73.3%，因头盆因素急症剖宫产8例，占26.67%，没有因胎儿窘迫指征而行剖宫产者。对照组：阴道分娩15例，占30%，因头盆因素急症剖宫产4例，因胎儿宫内窘迫急症剖宫产8例，共12例，占24%，因羊水过少选择性剖宫产23例，占46%，对照组总剖宫产率为70%。两组剖宫产率相比差异有非常显著意义（$P<0.001$）。

2.2 胎、婴儿情况

输液组：胎儿宫内窘迫6例，占20%，新生儿轻度窒息2例，占6.67%。对照组：胎儿宫内窘迫8例，占16%，新生儿轻度窒息6例，重度窒息8例，占28%。两组均无围产儿死亡及其他并发症。两组比较差异有显著意义（$P<0.05$）。

2.3 产后病率

输液组发生4例，发生率为13.33%；对照组发生17例，发生率为34%。两组差异无显著意义（$P>0.05$）。

2.4 输液前后 B 超检查所见及羊水情况

输液组：输液前 B 超检查羊水平段平均1.99 cm，输液后平均增加1.5 cm，输液前人工破膜羊水量0～50 ml，平均11 ml，羊水性状 Ⅰ～Ⅱ级，输液后，后羊水平均250 ml，性状0～Ⅱ级。对照组：B超检查羊水平段平均1.88 cm，人工破膜前羊水量0～80 ml，平均15.6 ml，性状0～Ⅱ级，后羊水平均106 ml，性状0～Ⅱ级。后羊水0级为选择性剖宫产。

由上述结果可见，输液组效果明显优于对照组。

3 讨论

羊水过少症，目前没有什么预防方法，只有加强监护，及时终止妊娠，以减少母婴并发症。我院开展了羊膜腔内输液治疗羊水过少症，对母，胎的预后均有较好的效果，在应用过程中，我们有以下几点体会。

3.1 指征及机制

羊膜腔内输液，可适用于任何原因所致的羊水过少，也可用于胎膜早破所致的羊水丢失过多。其疗效机制，目前认为主要是缓解了宫缩时对胎盘及脐带的压迫所引起的胎血循环障碍。有感染者禁用。

3.2 输液量

根据正常羊水量500～1 000 ml，平均800 ml，在输入的过程中要流出一部分，若胎头低，胎头紧贴宫颈及子宫下段，输入液体多不外流，根据病人当时情况，输液量以保持宫内有500～1 000 ml 为宜。

3.3 输入速度

开始输入时速度宜快，尽量争取及早解除宫腔羊水过少所造成的宫内环境不利影响，因此一般在30 min 内输入500 ml，此后的500 ml 可以缓慢或间断输入，以保持宫腔内有一定的羊水量，因输入的过程中，不断的有一部份液体流出。

3.4 输入液体的温度

以加温至接近体温为宜，防止输入室温下生理盐水，因寒冷刺激引起血管反射性收缩，胎心减慢。

3.5 羊膜腔输液，进行宫腔操作，有增加感染的潜在危险。因此对于有明显感染或存在高危因素者禁用。宜用者最好在宫口开大2～3 cm 时使用，输入液体后加

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

用催产素静滴加速产程。输液开始至分娩最长不超过12 h，平均6.2 h，最短1.5 h。为防止感染，部分病人在皮试阴性的情况下，液体中加入青霉素，以减少产褥病率。

3.6 可进行羊水交换

有5例病人，人工破膜羊水Ⅲ级，量极少，胎心160～180次/min，羊膜腔快速输入液体300 ml，放出200 ml，又输入300 ml，再放出200 ml，反复多次，共输入2 000 ml，放出1 300 ml左右，羊水逐渐变为Ⅰ级，胎心恢复正常，分娩后，后羊水Ⅰ～Ⅱ级，新生儿出生无窒息。

关键词 羊水过少；输液治疗

中图法分类号 R714.259

参考文献

1 曹斌融，张振均. 羊水过少. 中华妇产科杂志，1982，17：221

2 吴白涛，孙丽君，朱 曦，等. 产间羊膜腔内输液治疗羊水过少症. 中华妇产科杂志，1989，24：2

（收稿：1993-11-01；修回：1994-09-20）

炎性肺不张——附113例纤维支气管镜检查报告

A report of 113 cases of inflammatory atelectasis with fiberoptic bronchographic findings

杨肇亨 王湘渝 谢义霞 王志强 洪 新 （第三军医大学大坪医院呼吸科）630042

我院自1983年4月至1993年底，经胸部X线检查发现，结合临床及纤维支气管镜检查，确诊为炎性肺不张113例，占同期肺不张总数的57.7%（113/196）。现将其临床及纤支镜检查结果报告如下。

1 临床资料

113例炎性肺不张中，男性60例，女性53例，平均年龄47.8岁（10～78岁）。其中44岁以下43例，占38.1%，45至59岁36例，占31.9%，60岁以上34例，占30%无吸烟史者66例，有吸烟史47例（平均吸烟指数25.5年·色）。

本组病例首次就诊症状，90.3%有咳嗽咳痰，41.6%有痰中有带血，34.5%有胸痛，有24.8%的患者有发烧，仅14.2%的患者出现喘息，呼吸困难。

经纤支镜检查并活检，刷检及支气管肺泡灌洗液细胞学检查，结合病史，临床表现明确病因，其中慢性炎症占53例（46.9%），急性炎症33例（29.2%），支气管内膜结核11例（9.7%），支气管扩张11例（9.7%），其它5例（4.4%）。

对其中88例纤支镜支气管肺泡灌洗液或刷检物进行细菌培养，共培养出174株细菌，其中革兰氏阳性菌127株，占73%，革兰氏阴性菌44株，占25.3%，无菌生长3例占1.72%。革兰氏阳性菌中以卡他双球菌，乙型链球菌，表皮葡萄球菌，甲型链球菌和金黄色葡萄球菌为主占95%左右。革兰氏阴性菌中以硝酸盐阴性杆菌，绿脓杆菌，不动产碱杆菌，肺炎克雷伯杆菌等为主，约占革兰氏阴性菌株的82%。

本组病例病变部位，经胸部X线检查结合临床体征和纤支镜下所见，确定为右侧肺不张90例，左侧23例，分别占79.6%和20.4%，右侧显著多于左侧，具体分布见表1。

表1 113例炎性肺不张病变分布

	上叶	中叶	下叶	中下叶	全侧	合计
右侧	17	61	5	7		90
左侧	9		8		6	23
合计	26	61	13	7	6	113

从表1可见，右肺中叶不张是最常见的炎性不张，占总例数的54%，居首位，其它分别为左，右上叶不张共占20.6%，左，右下叶不张占11.5%，右肺中，下叶（双叶）不张占6.2%，全肺不张占5.3%。

2 纤支镜下病变部位表现

从纤支镜下观察，病变部位最常见的表现是粘膜充血水肿，分泌物增多，其他常见的表现有管壁肥厚，管腔狭窄，糜烂及阻塞，详见表2。

表2 113例炎性肺不张常见病因及相应纤支镜下表现

	充血水肿	分泌物增多	管壁肥厚	管腔狭窄	管壁糜烂	管腔阻塞
慢性炎症	39	17	21	17	7	7
急性炎症	27	17	7	4	3	3
内膜结核	8	6	3	7	4	4
支 扩	9	4	2	2	7	
其 它	3			1	1	1
合 计	86	44	33	31	22	15

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