腔脓液不易排出，排出后容易扩散到其他肺叶使感染灶扩大。配合支气管镜可以立即吸引出冲洗液，减少了感染扩散的机会。(6)年纪大、体质差、病情重的患者建议行气管插管后(推荐使用管质软、顺应性好、对气道损伤小的加强型气管插管)在镇静下操作，同时也方便反复进行治疗，避免窒息。

综上所述，我们认为单腔中心静脉导管经皮穿刺留置冲洗脓腔经支气管镜吸引治疗与支气管相通的肺脓肿是一种安全可靠、疗效确切的方法，值得临床推广应用。

参考文献

1 李 勇. 静脉导管穿刺治疗老年肺脓肿的研究[J]. 局解手术学杂志,2010,19(6):516-517.

2 李志军. 双腔中心静脉导管经皮穿刺留置抽洗治疗肺脓肿疗效观察[J]. 中国医师进修杂志(内科版),2006,29(34):45-46.

3 傅 鹏,邓 辉,郑 立. 经皮置入导管引流治疗肺脓肿的临床疗效观察[J]. 微创医学,2007,2(1):29-30.

4 张 仪. CT引导经皮穿刺治疗巨大肺脓肿14例疗效观察[J]. 中国实用内科杂志,2003,23(3):169.

5 谢春岩,魏学武,张 云,等. 双腔中心静脉导管经皮穿刺置入治疗老年肺脓肿的疗效[J]. 中国老年学杂志,2010,30(12):1632-1634.

6 杨中传,陈 宇,王秀彬. 中心静脉导管经皮穿刺留置冲洗治疗肺脓肿的疗效观察[J]. 西南军医,2009,11(2):296-297.

7 李 颖. 中心静脉导管给药治疗肺脓肿疗效分析[J]. 中华医学研究杂志,2007,7(3):230.

8 李俊华. 肺穿刺后给药治疗肺脓肿5例[J]. 中国实用内科杂志,1989,9(8):501-502.

9 曹 鹏,李美红. 纤维支气管镜及经皮肺穿刺置管灌洗治疗细菌性肺脓肿28例[J]. 实用中西医结合临床,2004,4(2):36.

[收稿日期 2014-01-17][本文编辑 杨光和 吕文娟]

学术交流

重复剖宫产手术720例分析

郝淑莲

作者单位：452470 河南，登封市中医院妇产科

作者简介：郝淑莲(1965-)，女，大学本科，医学学士，副主任医师，研究方向：妇产科疾病的诊治。E-mail:shulianhao123@126.com

[摘要] **目的** 总结重复剖宫产手术的经验，以减少手术损伤和手术并发症的发生。**方法** 回顾分析720例行重复剖宫产手术患者的术中情况、手术方法和手术结果。**结果** 术中发现重度粘连50例，无一例发生肠管、膀胱损伤；瘢痕愈合不良80例。12例胎盘部分粘连，附着于子宫原瘢痕部位，出血较多，经局部缝合等处理止血。1例胎盘广泛植入原瘢痕部位，出血凶猛，行子宫切除。完全性前置胎盘2例，经常规处理后仍出血较多，即行子宫切除。所有患者术后无严重并发症发生。**结论** 对于重复剖宫产重度粘连、切口愈合不良者采用剖宫产手术方法安全可行。

[关键词] 重复剖宫产； 重度粘连； 手术方法

[中图分类号] R 714 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2014)06-0533-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.06.18

Analysis of 720 cases of repeated cesarean *HAO Shu-lian. Department of Obstetrics and Gynecology, Dengfeng Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan 452470, China*

[**Abstract**] **Objective** To summarize the experience of repeated cesarean in order to reduce operation damage and complication. **Methods** A retrospective analysis on the different ways of operation and results on 720 patients who had repeated cesarean. **Results** Fifty severe adhesion patients did not have any damage to their intestines or bladders, eighty patients who did not recover well from the last operation did not bleed between the menses. Twelve patients whose placentas were partly adhered to cesarean section scar bled much and stopped bleeding by sewing. A patient whose placenta was widely adhered to cesarean section scar bled much more and had her uterus excised, 2 patients who had prepositional placenta bled a little more after being treated and had their uterus excised. **Conclusion** *The way can be used not only to treat those who have repeated cesarean with severe adhesion, but it can*

also be used to treat the patients who do not recover from last cesarean. So the way is well worth popularizing.

[**Key words**] Repeated cesarean; Severe adhesion; Operation method

近年来,剖宫产最常见的4个指征是重复剖宫产、难产或产程不进展、臀先露以及出于对胎儿安全的考虑。在美国和其他西方工业国家,重复剖宫产和难产二者约占了所有剖宫产的50%[1]。剖宫产术后的腹盆腔粘连、瘢痕部位胎盘附着、子宫收缩异常等并发症增加了重复剖宫产的难度和风险。多次剖宫产容易形成切口憩室[2,3]。为提高手术的安全性和减少术后的并发症发生,我们选择2011-01~2013-01行重复剖宫产手术的720例患者的临床资料进行分析,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料　我院2011-01~2013-01收住院行重复剖宫产720例,孕妇年龄19~40岁,孕周37~41^{+6}周。再次手术的时间距前次手术时间1~8年,平均5.21年。前次均为子宫下段横切口剖宫产术,其中2次剖宫产670例,3次剖宫产45例,4次剖宫产5例。合并前置胎盘15例,妊娠高血压疾病23例,先兆临产40例,其余均为选择性剖宫产。胎心监护均为反应型,入院后均未经过试产。

1.2 治疗方法　术前详细告知家属术中可能因腹壁与脏器粘连损伤脏器,胎盘植入大出血致切除子宫等危险,同时血源准备要充足。采用腰硬联合麻醉,切除皮肤横行瘢痕,瘢痕不明显者,在原瘢痕处切开皮及皮下组织,拉紧切口上下缘,电刀切开皮下脂肪组织,组织钳上下对称钳夹腹直肌前鞘,并轻轻上提,电刀切开,并向两侧延长,提起前鞘边缘,电刀锐性分离前鞘和腹肌,上下达8 cm,于腹直肌联合腱处,尽量靠近头侧,切开一小口,手自切口处进于联合腱下方,电刀切开联合腱,提起腹膜并打开,探查原腹腔切口处粘连情况。Ⅰ类:无粘连,410例,无需特殊处理。Ⅱ类:轻度粘连(腹壁与腹膜粘连、腹膜与子宫粘连、部分网膜与腹膜粘连)260例,打开腹腔,直视下分离粘连,暴露原切口。Ⅲ~Ⅳ类:重度粘连50例,包括膀胱与子宫粘连或腹膜与子宫体广泛粘连,膀胱与子宫严重粘连,甚至腹腔封闭。此类开腹困难,锐性分离后,于较高位置,近头侧并紧靠切口侧方,腹壁薄弱处找到突破口切开,进入腹腔,直视下辨明组织界限剪开腹膜与子宫前壁肌层粘连,助手轻压子宫前壁,从子宫前壁游离下膀胱及粘连肠管,暴露子宫下瘢痕部位子宫切口。瘢痕愈合良好者640例,在原瘢痕处用刀横弧形切开子宫肌层一小口,暴露羊膜囊,破一小口,吸尽羊水,用剪刀沿原切口向两侧剪开,大约10 cm,娩出胎儿,常规缝合子宫切口。瘢痕愈合不良者80例,如原切口瘢痕部位肌层较薄,位置较低,羊膜囊向膀胱方向膨出,则尽量避开原瘢痕,向上移动切口,缝合肌层前,助手垫纱垫轻提膀胱,分离膀胱后壁,切除下缘原瘢痕薄弱且向膀胱膨出之处,用肠线间断缝合数针,避免穿透膀胱。若瘢痕处局部肌层菲薄,为隐形不完全子宫破裂,沿原切口切开子宫,缝合切口前,修剪弹性差且菲薄的瘢痕组织后,缝合切口。对于膀胱反折腹膜位置上移者,下推膀胱,缝合反折腹膜。术后常规应用抗生素,严密观察产后出血,肌注缩宫素针3 d,预防宫腔积血。

2 结果

术中进腹腔困难者23例,近头侧在侧腹壁腹膜薄弱处切开一小口,贴近腹壁分离腹壁与子宫粘连处,行子宫下段剖宫产。23例无一例膀胱直肠损伤及严重的撕裂伤。12例胎盘部分粘连附着于子宫原瘢痕部位者,出血较多,经局部缝合等处理止血。1例胎盘广泛植入原瘢痕部位,出血凶猛,行子宫切除。完全性前置胎盘2例,经常规处理后仍出血较多,即行子宫切除。本组患者出血量为(180±20)ml。所有患者无术后严重并发症发生,但发生产褥症25例。新生儿阿氏评分均正常。产妇产后42 d后来院复查,B超探查子宫下段切口情况,均未发现异常,无晚期出血发生。

3 讨论

随着剖宫产和麻醉技术的提高及人们对剖宫产安全性的认可,使近年来剖宫产率明显升高。世界卫生组织(WHO)最新统计显示,2007~2008年,中国剖宫产率为46.2%,其中个别医院甚至可达68%[4]。剖宫产后瘢痕形成,所以,重复剖宫产术也相应增多,由此引发的相关问题如盆腹腔粘连、切口瘢痕愈合不良致切口憩室(表现为月经期延长,淋漓不尽)、子宫破裂、前置胎盘、切口胎盘植入[5]等,使手术难度加大,手术时间延长。

3.1 重复剖宫产手术的注意事项　(1)术前详细告知术中风险,如发生盆腹腔粘连、前置胎盘植入、产后出血等;术前应备足血源,以便急救。(2)重复剖宫产术前,胎盘位于前壁且为前置胎盘者,要请有经验的超声科医师会诊,明确是否有植入征象,若

有,应充分告知并签好剖宫产和子宫切除知情同意书。准备宫缩素,建立多条静脉通路,术中不能强行剥离胎盘,植入面积小者,可贴近子宫壁行结扎或八字缝合。植入面积>1/3 者,立即切除子宫,避免大出血。切子宫时,找准膀胱子宫界限,应彻底分离膀胱,以免损伤。(3)若胎头位置较低且固定,子宫切口因瘢痕弹性差者,如强行出头,则使切口延伸,易损伤子宫及膀胱。此种情况由助手戴无菌消毒手套,从阴道内上推胎头至子宫切口再娩出[6]。

3.2 术中盆腹腔粘连的处理 有文献报道,重复剖宫产发生盆腹腔粘连率可高达 45.67%[7],尤其是腹壁横切口不缝合腹膜,再次手术使腹壁与子宫前壁、膀胱和大网膜肠管粘连。横切口尽可能从腹膜薄弱处找到突破口,且位置尽可能高,避免损伤膀胱。直视下仔细分离腹膜、膀胱与子宫粘连处切忌因瘢痕弹性差,出头困难易盲目牵拉造成肠管及盆腔脏器的损伤。

3.3 子宫切口的选择及切开方法 子宫切口应选在原切口部位,如膀胱位置高者,先下推膀胱,再行全层横弧型剪开,长度应>10 cm。如原切口愈合不良者,因瘢痕部位肌层较薄,并向膀胱后壁突出,先由助手用纱布轻提膀胱,分离后行楔形切除,再用吸收线间断缝合子宫切口。以避免穿透膀胱及因局部薄弱影响愈合或造成子宫下段积血。

参考文献

1 柯恩汉姆著,郎景和译. 威廉斯产科学[M]. 第20版. 西安:世界图书出版社,1999:529.

2 邓娅莉,丁依玲,范雪梅. 剖宫产术后子宫切口愈合不良56例临床分析[J]. 实用预防医学,2006,13(2):388-389.

3 Ecker JL, Frigoletto FD Jr. Cesarean delivery and the rist-benefit calculus[J]. N Engl J Med,2007,356(9):885-888.

4 张智勤,胡继芬. 无医学指征剖宫产相关因素 Logistic 回归分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2010,26(11):859-862.

5 Marshll NE, Fu R, Guise JM. Lmpact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: asystematic review[J]. Am J Obstet Gynecol, 2011,205(3):262,e1-e8.

6 李丽莉. 子宫下段再次剖宫产术造成膀胱后壁撕裂1例[J]. 妇产科杂志,2008,24(3):599.

7 李春梅,丁跃灵. 再次剖宫产术243例临床分析[J]. 中国妇幼保健,2007,22(3):434.

[收稿日期 2013-12-16][本文编辑 黄晓红 蓝斯琪]

学术交流

腹膜前无张力疝修补术治疗腹股沟疝 168 例临床体会

付 辉, 段立东

作者单位:065201 河北,三河燕郊二三医院普外一科

作者简介:付 辉(1977-),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:普通外科疾病的诊治。E-mail:Fh770913@sina.com

[摘要] **目的** 探讨应用疝网片行腹膜前无张力疝修补术治疗腹股沟疝的临床效果。**方法** 回顾分析应用疝网片行腹膜前无张力疝修补术治疗腹股沟疝患者168例的临床资料。观察患者性别、年龄、手术方法、手术时间、术后复发及并发症情况。**结果** 全部手术患者均治愈出院。手术时间35~90 min,术后6~12 h可下床活动,无明显慢性疼痛及异物感。术后并发症:尿潴留32例,阴囊积液3例,阴囊血肿2例,切口感染1例。62例术后随访6~18个月,无复发病例。**结论** 应用疝网片行腹膜前无张力疝修补术治疗腹股沟疝是目前较为理想安全有效的手术方式。

[关键词] 腹股沟疝; 聚丙烯网片; 无张力疝修补术; 腹膜前间隙

[中图分类号] R 656 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2014)06-0535-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.06.19

Clinical experience of prepertoneal tension-free hernioplasty for inguinal hernia *FU Hui, DUAN Li-dong. The First Department of General Surgery, Yanjiao 23 Hospital of Sanhe, Hebei 065201, China*

[**Abstract**] **Objective** To explore the clinical value of prepertoneal tension-free hernioplasty with EasyPros-