

表 1 2组产妇产浆泌乳素水平 (n=30,  $\bar{x} \pm s$   $\mu\text{g/L}$ )

组别	术前	术后 24 h	术后 48 h
镇痛组	235.45 ± 30.60	396.70 ± 50.25*	402.20 ± 65.36*
对照组	234.50 ± 34.80	361.34 ± 50.60*	362.46 ± 80.50*

与术前比较: \* P < 0.01

### 3 讨论

血浆泌乳素是促进乳腺发育、引起并维持泌乳的最主要因素,妊娠 3个月时, PRL开始分泌增多,哺乳期达高峰。产妇产浆 PRL水平及泌乳受诸多因素的影响<sup>[1]</sup>,其中创伤疼痛使交感神经兴奋及儿茶酚胺增多而抑制 PRL的分泌,使乳汁分泌不足或延期泌乳。剖宫产术后因切口痛及宫缩痛,从而严重影响产妇情绪和休息,抑制 PRL分泌影响泌乳,甚至因疼痛而拒绝哺乳在产科亦较为多见。

目前,剖宫产术大多选择硬膜外麻醉,因而术后采用硬膜外自控镇痛具有方便可行、不增加额外损伤和创伤的优点,其以恒定速度注入镇痛药物,镇痛持续稳定并可根据需要追加药量,大大提高了产妇产后的生活质量,并且这种镇痛还克服了不同个体使用常规剂量不足或过量的情况,故围手术期镇痛效果好。持续给药可使血中药物浓度稳定<sup>[1]</sup>并始终维持在最低有效镇痛状态,且用药量少,从而降低

术后产妇的应激反应,消除因疼痛导致的焦虑、紧张等情绪反应,提高了 PRL分泌,更利于剖宫产术后产妇丘脑-垂体-靶腺轴的调节<sup>[2~4]</sup>。以上文献显示,剖宫产术后镇痛可明显改善哺乳量。

罗比卡因为一新型长效酰胺类局麻药,具有感觉运动神经阻滞分离作用。本组应用罗比卡因进行剖宫产术后自控镇痛,结果表明产妇术后 24、48 h 血浆 PRL分泌水平较对照组增多,证实良好的镇痛能改善 PRL的分泌。

我们认为术后疼痛是影响产妇 PRL分泌及哺乳的最主要原因之一,通过良好的术后镇痛治疗能明显改善产妇泌乳,提高母乳喂养质量。

#### 参考文献:

- [1] 徐华瑞,张雪芹,桑秀丽.剖宫产术后硬膜外麻醉微量输入泵给药镇痛效果观察[J].中国实用妇科与产科杂志,2003,19(11):704.
- [2] 梁梅珍.剖宫产术硬膜外镇痛对产妇及泌乳素的影响[J].河北医药,2004,26(8):641-642.
- [3] 杨庆堂.分娩镇痛对生乳素及泌乳的影响[J].临床麻醉学杂志,1999,15(6):342.
- [4] 潘建辉,刘雨生,谷海,等.剖宫产术后硬膜外吗啡镇痛血清泌乳素变化[J].中国疼痛医学杂志,2000,4(4):242-243.

收稿日期:2007-03-16 修回日期:2007-06-25

本文编辑:孙立杰

## 应用电视胸腔镜技术治疗胸部疾病 82例临床分析

陈晓明,黄道友,张浩,藏光炬

(泗洪县中医院外科,江苏 泗洪 223900)

**摘要:**目的 探讨电视胸腔镜手术在胸部外科疾病中的应用。方法 回顾性总结应用电视胸腔镜技术治疗 82例胸部疾病患者的临床资料,其中包括急性脓胸 2例、自发性气胸 61例、纵隔囊肿 1例、周围型Ⅳ期肺癌 10例、肺良性肿瘤 8例。结果 全组无手术死亡。中转开胸 1例。手术中出血 20~800 ml 平均 82 ml,胸腔引流管置留 2~7天,平均 2.3天。手术后住院 5~15天,平均 7.8天,围手术期并发症 3.6% (3/82)。结论 通过选择合适的病例,适当放宽电视胸腔镜辅助小切口手术的指征,可提高手术安全性并减低手术费用,可以在基层医院推广电视胸腔镜手术技术。

**关键词:**电视胸腔镜手术;胸部疾病

**中图分类号:** R561.4 **文献标识码:** B **文章编号:** 1000-2065(2007)07-0474-03

电视胸腔镜手术(VAST)是近 10余年来在胸外科疾病的诊断与治疗上不断得到运用的一种新型微创技术,因其创伤小、恢复快而广被患者接受;但由于技术要求高、一次性耗材较贵而影响了其在基层医院及欠发达地区的推广。我科在 2000年 7月—2006年 7月应用电视胸腔镜技术共进行胸部疾病

手术 82例,现总结报道如下。

### 1 资料和方法

1.1 一般资料 本组 82例,男性 62例,女性 20例,年龄 16~71岁,平均 (24.5 ± 5.9)岁。急性脓胸 2例,自发性气胸 61例(其中肺大疱破裂 60例,

左上肺结核 1例),纵隔囊肿 1例,周围性Ⅳ期肺癌 10例(肿瘤直径 $<3$  cm,其中左下肺癌 8例,右下肺癌 2例),肺良性肿瘤 8例(其中炎性假瘤 3例,黄色瘤 1例,结核球 2例,纤维瘤 1例,错构瘤 1例)。

1.2 手术方法 全组均采用静脉复合麻醉,双腔气管插管,患侧向上健侧卧位。术中健侧单侧肺通气,监测血压(BP)、心电图(ECG)、血氧饱和度( $SpO_2$ ),常规备开胸包。先于腋中线第7、8肋间作1.5 cm切口,用胸壁穿刺器穿透胸壁作为观测孔,置入0度镜进行胸内探查,根据病变情况,选择另外2个切口位置,如果病变复杂估计VATS不能完成,选择第4、5肋间或第5、6肋间作5~10 cm切口,利用胸腔镜照明与探查,结合常规开胸器械完成电视胸腔镜辅助小切口手术(VAMT)。

2例急性脓胸行脓胸清除引流术,1例纵隔囊肿先行囊液吸除后行囊肿摘除术。61例自发性气胸:1例术中证实为左上肺结核并与胸顶呈胼胝样粘连而中转开胸;1例为单纯性气胸行胸壁摩擦胸膜固定术;肺大疱基底直径小于2 cm者,利用推结器腔外打结法,行肺大疱结扎术;16例多发性肺大疱且大疱基底相连者或巨型肺大疱采用辅助5~6 cm小切口的VAMT方法,U字型缝合大疱根部并行切除肺大疱术;所有自发性气胸均附加胸壁摩擦胸膜固定术。肺良性肿瘤采用胸腔镜辅助5~6 cm小切口病灶楔形切除术,并在术中行病理快速冰冻切片以证实。周围性Ⅳ期肺癌患者采用胸腔镜辅助8~10 cm小切口肺叶切除加纵隔淋巴结清除术。所有切除的标本用取物袋取出,从第7、8肋间的观测孔放置胸腔引流管。全组均未使用腔内直线切割缝合器。

## 2 结果

全组无手术死亡病例。1例中转开胸,中转开胸率1.2%。81例患者顺利在胸腔镜下完成手术,术中出血20~800 ml平均(82±51) ml手术时间30~180 min平均(68±48) min。术后并发残肺漏气3例,部分肺不张及感染2例,占6.1%,残肺漏气经延长放置胸腔引流管3~7天后治愈,肺不张及感染经胸部物理治疗及抗炎治疗治愈。术后住院天数5~15天,平均(7.8±2.1)天。住院费用4 895~10 121元,平均(5 898±965)元。术后均得到随访,1例气胸复发行胸膜药物固定治愈,肺癌患者3年生存率80%。

## 3 讨论

VAST最显著的优点是创伤小、患者痛苦轻、术后恢复快、住院时间短,但技术要求高、费用贵。我们就其在基层医院开展的可能性与安全问题加以探讨。

3.1 手术适应证 VAST胸腔镜手术适应证受手术者的操作技术、设备条件、费用等多方面的影响。对于胸膜疾病、肺部良性肿瘤、肺大疱、纵隔良性肿瘤等胸部常见疾病,手术操作要求相对不高,对设备要求简单,不需要使用大量一次性耗材,在基层医院可以通过短时间的训练逐步开展。本组82例患者,除1例中转开胸手术外,均顺利在VAST下完成手术,无严重并发症。但对于食管癌根治术、心脏手术等复杂手术,由于技术和设备要求都相当高,这类手术应谨慎开展。

3.2 手术方法的选择 ①对于胸内操作较少的疾病,如胸腔探查、胸膜疾病、较小孤立的肺大疱、较小的纵隔良性肿瘤等可采用VAST完成。对于1~3个孤立的肺大疱且基底直径小于2 cm者,采用1个观测孔、2个操作孔,利用推结器腔外打结法,行VAST肺大疱结扎是能够完成的。有研究者提出用两孔法结扎肺大疱<sup>[1]</sup>,我们认为应持谨慎态度,我们认为3个孔与2个孔对人体的损伤差别不大。②对于胸内操作较复杂的疾病我们认为及时辅以小切口改用VAMT较合理,因为这样不但可保有胸腔镜的大部分优点,同时又大大降低了手术难度,达到传统手术的安全可靠的效果,还省去了比较昂贵的腔内直线切割缝合器等一次性耗材的使用,尤其适合基层医院及贫困地区。本组10例多发性肺大疱广泛分布在右上、中、下及左上、下肺叶,1例多达18个大疱,操作时只要仔细探查,因胸腔镜视野开阔,一般不会遗漏。对于大疱基底相连的多发性肺大疱或巨型肺大疱、肺良性肿瘤我们采用辅助5~6 cm小切口的方法处理病变,使手术难度减低,缩短手术时间,同时避免了因术中反复钳夹肺组织而致的肺挫伤及肺水肿<sup>[2]</sup>。对于肺癌患者可延长切口到8~10 cm,以便清扫肺门及纵隔淋巴结。对于VAMT仍有困难者也应及时改为开放手术以确保手术安全。

3.3 并发症与费用问题 VAST手术并发症的类型与传统开胸手术类似,本组围手术期并发症3.6%(3/82),主要为肺创面持续漏气及肺部感染,经保守治疗后均康复出院。为确保安全,VAST不能进

行时可改为 VAMT或中转开胸, Krasna等<sup>[3]</sup>报告中  
 中转开胸手术比例通常在 4.1%~24.1%,本组中  
 开胸 1例,占 1.2%,明显低于其发生比例,可能是  
 由于 Krasna等将不能在 VAST下完成的病例改为开  
 胸手术,而本组将 VAMT作为 VAST的补充,同时本  
 组病例中简单的病种比例较大,但同时也说明  
 VAST与 VAMT的结合在基层医院开展是安全的。  
 另外,不能在 VAST下完成的病例及时改为 VAMT,  
 可不用腔内直线切割缝合器,降低了手术费用,本组  
 平均住院费用 5 298元,大大低于一般 VAST的手  
 术费用<sup>[4]</sup>。

我们认为,通过选择合适的病例,制定适当的  
 手术方案,同时放宽 VAMT的使用,减少或不用价  
 格昂贵的一次性耗材,可提高手术安全性并减低手  
 术

费用,使电视胸腔镜手术可以在基层医院推广使用,  
 可以使较多的贫困地区的患者得到胸腔镜手术的  
 好处。

**参考文献:**

[1] 叶 芃,陈国兴,杨 勇,等.两孔法电视胸腔镜手术治疗青年  
 人自发性气胸[J].中国内镜杂志,2004,10(2):92-94.  
 [2] 何建行,杨运有,陈满荫,等.双侧胸腔同期一次胸腔镜手术 33  
 例[J].中华胸心血管外科杂志,1997,13(4):196-198.  
 [3] Krasna MJ, Deshmukh S, McLaughlin JS. Complications of thora-  
 coscopy[J]. Ann Thorac Surg 1996, 61(4): 1066-1069.  
 [4] 李 辉.电视辅助胸腔镜外科在中国的发展[J].中华外科杂  
 志,2001,39(9):731-733.

收稿日期:2006-11-21 修回日期:2007-06-10  
 本文编辑:宋成洁

## 微型外固定支架治疗 Bennett Rolando骨折

沙广钊,颜连启,王永东,沙 磊

(邳州市人民医院骨科,江苏 邳州 221300)

**摘要:**目的 探讨应用微型外固定支架治疗 Bennett和 Rolando骨折的方法及疗效。方法 应用闭合复位微  
 型外固定支架治疗 Bennett骨折 19例, Rolando骨折 10例。术后随访, MHQ评价术后手功能。结果 所有病例  
 均获得随访,随访时间为 4~24个月,平均 10个月。29例骨折均顺利愈合,术后总优良率为 93%,术后未发生  
 严重并发症。结论 微型外固定支架治疗 Bennett Rolando骨折方法简单、损伤小、复位固定可靠、骨折愈合时间  
 短,可有效降低术后关节疼痛、关节活动受限和创伤性关节炎的发生率,是治疗此类骨折的有效方法。

**关键词:** Bennett骨折; Rolando骨折; 外固定器; 治疗效果

**中图分类号:** R681.7 **文献标识码:** B **文章编号:** 1000-2065(2007)07-0476-02

第 1掌骨基底部骨折的 Bennett和 Rolando骨  
 折均涉及第 1腕掌关节,易发生创伤性关节炎,闭  
 合复位石膏固定或牵引固定易发生再移位。自 2000  
 年 10月至 2006年 6月,我科采用闭合复位、微型外  
 固定支架固定治疗 37例该类骨折,疗效满意。

### 1 资料和方法

1.1 一般资料 自 2000年 10月至 2006年 6月,  
 应用微型外固定支架治疗第 1掌骨基底部骨折 29  
 例。其中男 24例,女 5例;年龄 18~52岁,平均  
 35岁。Bennett骨折 19例, Rolando骨折 10例。所  
 有病例均为闭合损伤,致伤原因主要为跌倒摔伤和  
 击打伤。骨折受伤至手术时间平均为 3天。

1.2 微型外固定支架构造和手术方法 微型外固  
 定支架由连接杆和针管夹组成。连接杆的中央部分  
 是一个可动关节,其两侧各有一个带螺纹的连接

杆,连接杆的两端分别与针夹相连,固定针为直径  
 1.6 mm的自攻螺纹针。首先向大多角骨桡背侧会  
 聚状打入 2枚固定针,于第 1掌骨中段或近段背侧  
 垂直骨面平行打入 2枚固定针,注意避开伸指肌腱。  
 安装连接杆,保持拇指背伸外展位牵引并挤压复位  
 掌骨基底部,初步锁定针夹。C型臂 X线机透视观  
 察骨折及关节脱位的复位情况,微调针夹的角度和  
 位置以使复位满意,锁定针夹。术后 2天开始拇  
 指间关节功能锻炼,4周复查 X线片显示骨折部分愈  
 合后即可有限松开针夹,以利于掌指关节和腕掌关  
 节的活动,6~8周去除固定针,加强掌指、腕掌关  
 节的功能锻炼。

1.3 疗效评价 术后 X线随访,应用 Michigan手  
 功能评价法(Michigan Hand Outcome Questionnaire  
 MHQ, 1998)对术后手功能进行评价:患指活动度与  
 健侧相同为优,达到健侧 75%为良,达到健侧的