

佳<sup>[1]</sup>。临床上比较少见,约占肝脏原发性恶性肿瘤的 5%~15%<sup>[2]</sup>。好发年龄在 50~70 岁,男性多发。本病病因未明,多数认为结石的慢性刺激可能是致癌因素,也有人认为东南亚地区与华枝睾吸虫感染引起机械或化学刺激有关,也发生于慢性溃疡性结肠炎患者或并发某些肝胆先天性疾病如:肝纤维多囊病、胆道发育异常等<sup>[3]</sup>。

病理上,癌细胞来自胆管壁立方上皮,沿胆管黏膜浸润,使胆管增厚,纤维组织增生并向管外浸润形成肿块,也可以呈结节状向管腔内突出。组织病理学检查肿块内血管成分稀少,主要成分为:恶性肿瘤细胞,纤维组织,坏死凝固组织和黏蛋白<sup>[4]</sup>。

IHPCC 的 CT 影像特征与病理基础:根据肝内胆管细胞癌的生长方式不同,CT 影像表现特征归纳为:肿块型、浸润狭窄型、腔内生长型<sup>[4]</sup>。其影像表现病理基础是:浸润狭窄型是由于肿瘤细胞沿胆管壁浸润性生长,引起胆管壁不规则增厚和远端胆管扩张;肿块型是由源于胆管壁的肿瘤细胞向腔内和腔外呈堆积式浸润性生长,在肝内形成软组织肿块并可阻断肝内小胆管,使肿块内小胆管胆汁排泄不畅而扩张;腔内生长型是由于

肿瘤细胞局限在胆管内生长,形成息肉状或乳头状肿块。由于 IHPCC 肿瘤外周以存活的肿瘤细胞为主,且 IHPCC 是少血供的肿瘤,因此动态增强早期或是动脉期肿块呈边缘轻度强化或不强化,肿瘤中央以纤维成分为主,而造影剂进入纤维组织过程缓慢而在其中停留时间较长,因此延迟后肿块中心强化逐渐明显;因此多数作者认为延迟强化是 IHPCC 具有鉴别意义的病理影像特征。

【参考文献】

[1] 李园. 肝内胆管细胞癌的诊断与治疗进展[J]. 临床肿瘤杂志, 2004, 9(6): 666-668.  
[2] 何振平, 马宽生, 王曙光, 等. 肝内胆管细胞癌的临床病理特征与外科治疗[J]. 中华肝胆外科杂志, 2002, 8(8): 457-477.  
[3] 黄洁夫. 肝胆胆道肿瘤外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 709-736.  
[4] 刘复生, 刘彤华. 肿瘤病理学[M]. 北京: 北京医科大学 中国协和医科大学联合出版社, 1997. 935-937.

收稿日期: 2005-10-13; 修回日期: 2005-11-14 责任编辑: 刘继烈

## 产后康复综合治疗仪治疗产后尿潴留的疗效观察

尚爱香, 郭瑞霞, 赵玲

【主题词】 综合疗法; 产褥期疾病/治疗; 尿潴留/治疗

【中国分类号】 R714.640.5

【文献标识码】 A

【文章编号】 1009-6647(2006)02-0262-02

我自 2004-06 应用产后康复综合治疗仪治疗产后尿潴留取得满意效果, 现报道如下。

### 1 对象和方法

1.1 对象 我科 2003-01~2005-09 收住的产后尿潴留患者 59 例, 随机分为两组, 一组 32 例, 应用产后康复综合治疗仪进行治疗作为实验组; 另一组 23 例, 应用传统治疗方法作为观察组。治疗组年龄 24~38(27.6±5.3)岁; 经阴道头位分娩 26 例, 臀位分娩 6 例。其中全部尿潴留 28 例, 部分尿潴留 4 例; 尿潴留时间 6 h~7 d。观察组年龄 24~39(27.3±5.8)岁; 经阴道头位分娩 24 例, 臀位分娩 3 例; 其中全部尿潴留 22 例, 部分尿潴留 5 例; 尿潴留时间 6 h~7 d。两组患者年龄及尿潴留时间的差异均无显著性。

1.2 方法 凡产后超过 6~8 h 不排尿或排尿不畅, 子宫收缩良好, 但宫底上升到脐部以上, 或在宫底以下扪及较大囊性包块, 经检查膀胱充盈, 有尿意感, 经诱导排尿无效者, 可诊断为产后尿潴留。治疗方法: 治疗组嘱产妇多饮水, 6 h 内下地排尿, 6 h 以上未排尿者取仰卧位, 全身放松, 用 1 条温热的湿小方毛巾垫于骶尾部, 然后将 TZ-CH300 型产后康复综合治疗仪(北京拓殖智业科技有限公司生产)的 1 个电极片贴于小毛巾上; 同法将另一电极片置于耻骨联合上方膀胱区; 选择促进产后排尿功能, 刺激强度由弱到强逐渐加大到耐受量, 一般强度为 180~250, 时间 25~40 min。治疗后休息 5~10 min 鼓励产妇下床

排尿, 如仍排不出, 可让产妇再休息 20 min 后再次排尿。必要时可重复治疗 1 次。对于尿潴留时间长膀胱过度充盈及顽固性尿潴留患者可先行导尿, 排空膀胱, 然后做产后康复治疗 1~2 次后再让产妇自行排尿。3 d 为 1 个疗程。观察组嘱产妇多饮水, 6 h 内下地排尿。6 h 以上未排尿者给予热水薰洗会阴部, 听流水声诱导或针刺穴位, 肌注新斯的明, 无效则导尿。对于尿潴留时间长膀胱过度充盈及顽固性尿潴留患者可先行导尿, 定时开放, 锻炼膀胱功能, 然后辅以针灸治疗, 3~5 d 为 1 个疗程。

1.3 效果判断 经治疗 1 次后能自解小便, 一次性排空尿液, 症状体征消失, 未再复发者为治愈; 经治疗 1 次后膀胱<sup>膨</sup>胀减轻, 有尿意感, 并排出大部分尿液, 但不通畅须再巩固治疗者为有效; 经治疗 3~5 d 后仍不能排尿, 无尿意, 膀胱胀痛无改善为无效<sup>[1]</sup>。

### 2 结果

治疗组有 27 例经产后康复综合治疗仪治疗 1 次后 10~60 min 能自行排出全部尿液, 有 3 例经治疗 1 次后能排出大部分尿液, 巩固治疗 3 d 后痊愈, 有 1 例因产后尿潴留时间长(7 d)治疗 5 d 痊愈。观察组中有 10 例经诱导排尿、热水薰洗后 1 h 自行排出全部尿液。有 7 例经上述处理加新斯的明注射后 1 h 自行排出全部尿液, 有 7 例经以上处理后仍不能自行排尿, 又经针灸治疗 1 次后排出部分尿液, 针灸治疗 3~5 d 后痊愈。有 3 例经排尿、热水薰洗、新斯的明注射、针灸等治疗 3 d 后仍不能自行排尿改用产后康复综合治疗仪治疗 2 d 后自行排出部分尿液, 巩固治疗 5 d 痊愈。

### 3 讨论

侧切临床多见,如产程过长或滞产,以致胎先露的压迫时间过长,导致盆腔神经麻痹及膀胱三角区与尿道内口处黏膜水肿、充血,甚至出血。另外,产后产妇体力尚未恢复;腹壁松弛,腹压降低<sup>[2]</sup>,加上会阴切口和尿道周围组织损伤性疼痛刺激尿道括约肌发生痉挛<sup>[3]</sup>,都可严重干扰产妇的排尿功能,而导致尿潴留。产后康复治疗仪利用电脑调控,使盆腔肌肉和筋膜产生规律运动,带动膀胱壁肌肉节律性运动,另外,温热的照射可消除膀胱三角区水肿,增加膀胱逼尿肌收缩力,缓解尿道括约肌痉挛,使膀胱黏膜充血得到改善而顺利排尿<sup>[4]</sup>。避免因分娩过程中胎头对膀胱压迫引起的膀胱黏膜水肿和剖宫产及分娩疼痛等麻醉引起的膀胱肌肉麻痹而造成的产后排尿困难。本组有 27 例属于产程过长胎先露的压迫时间过长而引起的尿潴留,经产后康复治疗仪治疗 1 次后全部一次性排出尿液,效果很好。

产后尿潴留是产科最常见的并发症之一,传统的方法常采用诱导排尿法,如听流水声、蒸气熏会阴等。对顽固性尿潴留则需多次置入导尿管或保留导尿管,或采用穴位针灸法,疗程较长,虽有一定效果,需要针灸科配合,却不太方便,给患者带来

许多痛苦且胀大的膀胱影响子宫收缩而造成产后出血和泌尿系感染。产后康复治疗仪通过脉冲电刺激,改善局部血液循环,减轻膀胱充血水肿,促进膀胱功能恢复,使尽快排尿。具有无痛、无创、方便(在床边进行治疗)、操作简单,治疗效果肯定,且具有促进子宫收缩,减少产后出血,加速子宫复旧的功能,患者容易接受,是一种较好的治疗方法。本治疗组患者中有 3 例经处理后无效而改用产后康复治疗仪治疗 5 d 痊愈。

### 【参考文献】

- [1] 迟晓伟,马晓琳. 针刺治疗产后尿潴留疗效观察[J]. 中华实用中西医杂志, 2004, 4(17): 3759.
- [2] 都丽萍,邹希凤,毕波,等. 开塞露在产后尿潴留应用中的观察[J]. 实用护理杂志, 1999, 15(7): 49.
- [3] 任秀苗. 中西医结合治疗产后尿潴留 50 例体会[J]. 中华现代中西医杂志, 2003, 1(11): 36.
- [4] 梁银志. 产后尿潴留处理方法的进展[J]. 护理学杂志, 2003, 18(2): 158.

收稿日期: 2005-10-14; 修回日期: 2005-11-14 责任编辑: 刘继烈

## 剖宫产后再妊娠分娩方式的临床分析

燕素英

【主题词】 剖宫产术; 接生, 产科/方法

【中图分类号】 R717

【文献标识码】 A

【文章编号】 1009-6647(2006)02-0263-02

近年来如何降低剖宫产率已越来越受到产科领域的关注,剖宫产后再妊娠的分娩方式与剖宫产率密切相关。现就我院剖宫产后再妊娠病例的分娩方式回顾分析如下。

### 1 对象和方法

1.1 对象 我院 1995-01~2004-12 共收治剖宫产后再妊娠孕妇 324 例,占同期住院分娩总数 1.93%。孕妇年龄 23~40 (28.8±3.1)岁;孕周 32<sup>+</sup><sub>4</sub>~43<sup>+</sup><sub>6</sub>周,平均(39<sup>+</sup><sub>2</sub>±1.4)周,早产 19 例,过期妊娠 16 例;324 例剖宫产后再妊娠距前次剖宫产时间 1~9 a, >2 a 306 例, <2 a 18 例,最短 13 个月。前次剖宫产术式:子宫下段 314 例,子宫体部 4 例,术式不详 6 例。

1.2 分娩方式的选择 剖宫产后再妊娠孕妇入院后根据上次手术与本次妊娠情况决定分娩方式,向孕妇讲明阴道试产与再次剖宫产的利弊,征得其同意。

1.3 阴道试产的指征 剖宫产后再妊娠阴道试产的适应证:(1)前次剖宫产时间距本次妊娠≥2 a;(2)前次剖宫产为子宫下

2 a;(3)前次剖宫产为子宫体部术式或倒“T”型切口或下段切口撕裂或术式不详;(4)上次术后感染发热、异常出血,子宫切口愈合不良,B 超子宫疤痕≤3 mm<sup>[1]</sup>;(5)原剖宫产指征存在;(6)本次妊娠有明显的产科指征:胎位异常、巨大儿、多胎妊娠、头盆不称致试产失败及先兆子宫破裂等;(7)有严重合并症或并发症;(8)有子宫破裂史、两次以上剖宫产史;(9)不具备急诊输血、手术抢救的条件;(10)孕妇拒绝试产。

1.4 严密监护 剖宫产后再妊娠孕妇属高危妊娠孕期加强保健,在预产期前 2~3 周入院监护。84 例试产病例中自然临产 82 例,水囊引产与催产素引产各 1 例,临产后持续电子监护,继续严密监护生命体征、胎心、宫缩、下腹痛与压痛、有无尿潴留、血尿与阴道出血等,当出现产程延长、相对头盆不称、先兆子宫破裂与子宫破裂征象时则及时剖宫产或剖腹探查;第 2 产程适当阴道助产,禁忌加腹压;产后常规检查子宫腔。

### 2 结果

324 例中 240 例(74.07%)选择再次剖宫产,114 例(35.19%)有剖宫产指征分别为骨盆狭窄或畸形 38 例,臀位 22 例,横位 3 例,子痫前期 19 例,子痫 2 例,胎儿窘迫 7 例,巨大儿 5 例,前置胎盘 3 例,胎盘早剥 2 例,双胎妊娠 3 例,2 次剖宫产史 3 例,术式不详 5 例,子宫体部术式 2 例。126 例(38.89%)拒绝试产,37 例同时要求绝育,10 例珍贵儿。再次剖宫产组产后出血 10 例,休克 2 例,术后呼吸道感染 4 例,盆腔炎 1 例;死产 4 例(横位 2 例、胎盘早剥 2 例),新生儿窒息 2 例,畸形儿 3 例,