

不适宜的情况,正确判断是否为真正临产。潜伏期是否真正延长,如果潜伏期超过 16.0h,或规律的强有力宫缩持续 8.0h 胎儿先露仍不下降者,活跃期宫口开大每小时小于 1.0cm,应考虑相对头盆不称。以郑怀美^[3]主编的妇产科学为标准,潜伏期大于 16.0h 为潜伏期延长。本组潜伏期剖宫产 22 例中 4 例大于 12.0h,2 例大于 16.0h,12 例宫口开大 1.0~2.0cm,总产程 8.0~18.0h,另有 4 例尚无规律宫缩检查为枕后位或胎儿偏大,诊为头盆不称而行剖宫产术,结果胎儿体重及方位与术前估计不相符合。产程中有相当一部分胎头处以枕后位入盆,如果宫缩好,处理得当,枕后位可以转为枕前位,而未经严密观察宫缩及产程进展,就做出相对头盆不称的诊断是不妥的。第一产程中如发现异常胎位,仔细检查骨盆正常或均小应考虑为轻度头盆不称,无紧急情况存在时,应严密观察,不要轻易决定剖宫产^[4]。

3.2 相对头盆不称的处理 相对头盆不称能否顺产,要经过分娩过程的观察,强有力的宫缩可以克服轻度不称,使枕后位、枕横位转为枕前位,变为顺产。轻度头盆不称产程进入活跃期后,良好宫缩 7.0~8.0h 及适时破膜 2.0~4.0h 后观察先露是否降到坐骨棘以下,宫颈是否如期开全或近全,7.0~8.0h 的良好宫缩肯定不会损伤产妇和胎儿,又可充分了解良好产力能否克服轻度头盆不称。如此情况下,宫口不能以每小时 1.0cm 速度开大,先露下降不明显,可确诊为相对头盆不称^[2]。如试产中宫口扩张阻滞,产程停滞,或母儿有异常情况,应尽早剖宫分娩。

相对头盆不称者临产后出现产程延长或停滞,应根据个体情况给予休息、人工破膜、静脉点滴催产素和宫颈封闭等处理。如活跃期宫颈扩张率达每小时 2.0cm 以上者,大多数可阴道分娩,每小时小于 0.9cm,应及时处理^[5]。人工破膜、阴道检查等处理没有明显头盆不称时,可给催产素加强宫缩,2.0~4.0h 后,宫颈扩张率仍小于每小时 0.9cm,胎先露不降,出现产瘤等,可诊断为相对头盆不称,应剖宫产。在宫口开全情况下,如骨盆正常,产程不长,只因继发宫缩乏力产程进展慢者,可加强宫缩,此时胎头仍有可能转为正常。此外可行手转儿头阴道助产。

总之,剖宫产毕竟是手术,其中潜在着许多不安全因素,要降低剖宫产率,需严密观察处理产程。正确的诊断相对头盆不称,使那些有阴道分娩可能的孕妇顺利安全分娩,这是提高产科质量的关键。

4 参考文献

- 1 郑平,黄醒华,王淑珍. 35 年剖宫产率及适应证的变化. 中华妇产科杂志,1996,31(3):142.
- 2 李莎莎,丛克家. 以相对头盆不称为指征的剖宫产 100 例分析. 中华妇产科杂志,1995,30(4):206.
- 3 郑怀美主编. 妇产科学,第 3 版. 北京:人民卫生出版社,1990.180~181.
- 4 苏应宽,邢光坤. 剖腹产指征中头盆不称的探讨. 中华妇产科杂志,1986,21(6):329.
- 5 曹珍修,吴味辛,叶源. 初产妇头位产程曲线活跃期异常的探讨(附 100 例分析). 中华妇产科杂志,1981,16(4):196.

[收稿:1995-01-02 修回:1997-01-08]

(本文编辑 于志恒)

术中体位不当致周围神经损伤 3 例报告

315300 浙江省慈溪市人民医院 沈美玉

我院自 1991 年来行肺叶切除手术共 89 例,术中因体位不当术后发生周围神经损伤 3 例。报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 89 例中男 78 例,女 11 例。周围神经损伤 3 例均为男性。最大 63 岁,最小 32 岁。均行右肺叶切除术,采用左侧卧位,全身麻醉,术后发生左上肢周围神经损伤。2 例为桡神经损伤,1 例为尺神经损伤。前者术后 4~6 天发现前臂背侧皮肤及手背桡侧感觉障碍;不能伸腕和伸指,拇指不能外展;抬前臂时,出现“垂腕”征。后者尺神经损伤在术后第 5 天发现左手尺侧三指不能伸指,左手活动受限。

1.2 损伤原因 主要是支垫物不合适,其次术中体位的改变及护士对体位改变的观察、处理不当。

1.3 治疗与结果 3 例均进行了及时治疗,给予 TTFD

口服,维生素 B₁₂ 肌注,地塞米松口服并配合理疗。尺神经损伤 1 例术后第 19 天症状明显好转,术后第 23 天左手功能恢复。桡神经损伤 2 例,4 个月后症状消失,功能恢复。

2 讨论

2.1 术中体位不当易致周围神经损伤 正确的安置并固定病人的手术体位相当重要。取侧卧位时,健侧在下,术侧在上,将病人背部靠近手术台边缘,以利操作;头部与身体保持水平,勿扭转、前屈或后伸;双上肢置于双层固定架上,用软海绵垫垫高下层上肢远端,并用绷带妥善固定双上肢;下方胸侧壁靠近腋窝处应垫一 15cm 厚的软垫,可避免臂丛神经和血管受压,同时还有利于手术野的暴露;髋部用一条 30cm 宽的长束带固定于手术台上^[1],下肢的上侧肢体可采用髋膝屈曲接近 90° 位,两下

肢间予以软垫。安置过程中须注意避免前俯前倾体位。

2.2 手术床海绵垫切勿过厚 支垫物值得探讨。海绵垫插入手术床的床垫后抬高了左侧手术床,即形成了一个起翘角,由于桡神经在绕经桡神经沟时紧贴骨面,尺神经在肱骨内髁的后方紧贴骨面,全麻后,病人的全部知觉均已丧失,肌肉松弛无力,因此自然形成的起翘角就极易压迫桡神经和尺神经,导致局部神经所受的压力超过其所承受的生理限度,使神经外膜的血管拉长变细,血流中断,或血管破裂而形成水肿,出现暂时性周围神经麻痹,致桡神经和尺神经损伤。

2.3 不能忽视术中体位的变动 左侧卧位时,双上肢取外展水平位,锁骨被推向后,臂丛神经即有可能受挤压。上肢过度外展超过 90°,甚至越过水平位(常由于手术助

手推挤上肢所造成),臂丛神经受到锁骨、第一肋骨和胸小肌腱部的挤压,被处于过度牵拉状态^[2]。因此手术过程中要特别注意上肢外展不能超过 90°,以避免神经受压。观察要贯穿整个手术的全过程。要随时检查术中体位有无改变,支垫物有无滑动或失效等。

3 参考文献

- 1 顾恺时主编. 胸心外科手术学. 北京:人民卫生出版社, 1993. 275.
- 2 张迎宪. 观察手术体位的意义. 中华护理杂志, 1994, 9(9):572.

[收稿:1997-02-08]

(本文编辑 冬奕伦)

卵巢癌细胞提取物诱导的 CTL 的生物学特性研究

100021 中国医学科学院中国协和医科大学肿瘤医院 张庆波 陈毓仙

华北煤炭医学院化学教研室 边洪荣

华北煤炭医学院附属医院 杨秋 苗丽娟

在对肿瘤的免疫过程中,细胞毒性 T 细胞(CTL)起着重要的作用,如何诱导产生对肿瘤具有选择性杀伤作用的 CTL,是肿瘤生物治疗研究中亟待解决的问题。为此,我们提取卵巢癌细胞成分作为 TSA,和抗 CD₃ 单抗共同刺激正常人外周血单个核细胞(PBMC),在含 IL-2 的培养基中扩增培养,产生具有杀瘤作用的效应细胞——CTL,并对其生物学特性进行了实验研究。现将实验方法与结果报告如下。

1 材料与方法

1.1 试剂 YIL-2(北京邦定生物工程公司);抗 CD₃ 单抗,抗 CD₄ 单抗,抗 CD₈ 单抗(武汉生物制品研究所和美国 BD 公司);人 AB 型血清(河北省血液中心);RPMI-1640 培养基(GiBCO)。

1.2 肿瘤细胞系 红白血病细胞株 K562,人 B 细胞株 Raji(美国纽约 MSK 肿瘤中心);人卵巢癌细胞株 COC₁,COC₂^[1]。

1.3 PBMC 的分离 正常献血者外周血,肝素抗凝, Ficoll-Hypaque 细胞分离液(比重 1.077)密度梯度离心,常规法分离 PBMC。

1.4 TSA 的制备 按文献^[2,3]的方法制备,提取 COC₁ 细胞株细胞的细胞膜和胞内蛋白。简言之,收集培养的卵巢癌细胞 COC₁ 细胞,加入 3MKCl 破碎细胞,离心去除 DNA,透析,加入饱和磷酸铵,沉淀蛋白,进一步活性分析为细胞膜蛋白和细胞内多肽成份。

1.5 细胞增殖的测定 将分离的 PBMC 置于含 10% 人 AB 型血清的 RPMI-1640 培养基中,调细胞浓度为 1×

10⁶/ml,加入 TSA 5μg/ml,抗 CD₃ 单抗 50ng/ml 和 IL-2 500U/ml(上述刺激物浓度经实验研究发为最适刺激浓度),置入培养瓶中,在 37℃、5%CO₂ 的环境中培养,3 天后用含 500U/ml IL-2 的培养基扩增培养,用胎盼蓝拒染法计数细胞和 MTT 法测细胞增殖。

1.6 细胞毒试验^[4] 将效应细胞(2×10⁶/ml)和靶细胞(1×10⁶/ml)各 0.1ml(效:靶=20:1)置于 96 孔平底细胞培养板中,另设单独靶细胞和效应细胞对照,每组设 3 个平行孔,37℃,5%的 CO₂ 培养箱中培养 24h,用 MTT 法测定效应细胞对靶细胞的杀伤活性。

1.7 细胞表型分析 上述培养的效应细胞于培养后第 11 天收集细胞,离心弃上清,0.01mol/L pH7.4PBS(含 1%小牛血清,0.03%叠氮钠)洗细胞 3 次;每管取 2×10⁶ 个细胞悬液(0.1ml),分别加入抗 CD₄ 和抗 CD₈ 单抗和 PBS(作为对照)各 50μl,混匀,置于 4℃冰箱中孵育 30min,PBS 洗细胞 3 次,加入第二抗体(羊抗鼠 Ig 荧光抗体)50μl,置 4℃冰箱中孵育 30min,PBS 洗细胞 3 次,用流式细胞仪进行分析测定。

2 结果

2.1 免疫效应细胞的细胞表型分析 CD₄⁺ 细胞 23.28%,CD₈⁺ 细胞为 94.62%。CD₄⁺/CD₈⁺=0.25,表现为 CD₈⁺ 的 CTL,占绝对优势。

2.2 动态观察这种 CTL 的增殖活性和对靶细胞 COC₁ 的杀伤活性 分别于第 6,9,12,15 天取培养的 CTL,测定其增殖活性为 1.8,11,21.3,31.4 倍;杀伤活性为 65.4%,87.5%,98.4%,77.1%。表现为 CTL 的杀伤活