

会阴左侧切开术与会阴正中切开术临床效果比较

常兵

(江西省抚州市妇幼保健院 抚州 344000)

摘要:目的:探讨会阴左侧切开术与会阴正中切开术的临床使用效果。方法:对我院产科 200 例产妇进行比较,100 例行会阴左侧切开术,100 例行正中会阴切开术。结果:会阴正中切开组术中出血量、切口延伸、缝合时间、术后疼痛难忍程度、切口水肿、住院时间明显小于会阴左侧切开组;自我感觉良好者,正中切开组明显多于左侧切开组。结论:会阴正中切开术明显优于会阴左侧切开术。

关键词:会阴左侧切开术;会阴正中切开术;临床效果比较

中图分类号:R 714.3

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.023

会阴切开术包括会阴侧切开术和会阴正中切开术。产时会阴切开可以避免不规则的会阴撕裂,预防因强行保护会阴皮下深部肌肉及盆底筋膜损伤,还能减少盆底及会阴对胎头的阻抗,对母婴的预后非常有利。然而切开的部位不同,产妇的感受亦不同,本文就两种会阴切开术的临床使用效果进行了比较。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2006 年 10 月~2008 年 10 月在我院门诊产前监测条件相同并在我院住院足月分娩的正常初产妇 200 例,年龄 22~26 岁,平均年龄(24±2)岁,妊娠 0~2 次,平均妊娠(1±1)次,均为单胎,既往人工流产或药物流产次数小于 2 次,均无任何合并症和产科并发症,无晚期流产和中期引产史,超声胎儿无畸形、无羊水过多。随机选择 100 例进行会阴左侧切开术,100 例进行会阴正中切开术。两组的产程观察及助产工作均由我院高年资的助产师完成,缝合用线均为上海浦东金环医疗用品有限公司生产的 2-0 可吸收手术合成缝线。

1.2 会阴切开时间 宫缩时可看到胎头露出外阴 3~4cm 时切开。

1.3 方法

1.3.1 会阴左侧切开术 术者以左手食中两指伸入阴道内撑起左侧阴道壁同时保护胎头,右手用会阴切开剪自会阴后联合中线向左侧 45 度(会阴高度膨隆为 60~70 度)于宫缩时将会阴剪开,长 4~5cm,纱布压迫止血。若有血管出血,用止血钳或可吸收线结扎止血。剪开后,检查切口是否平整,若不平整,修剪平整。缝合方法:(1)缝合阴道黏膜层:用吸收线自阴道黏膜切口顶端 0.5~1cm 开始缝合,用连续方法缝合,缝到处女膜断端时,将其对合好,同法缝合前庭黏膜,最后在前庭黏膜与皮肤交界处打结,对合好断端。(2)缝合外阴皮下组织:用可吸收线间断缝合。(3)缝合皮肤层:用 4 号丝线间断缝合数针,4~5d 后拆线。

1.3.2 会阴正中切开术 术者于宫缩时沿会阴后联合正中垂直剪开 2~3cm。缝合方法:缝合阴道黏膜层与外阴皮下组织方法均同会阴左侧切开术;缝合皮肤层用吸收线皮下埋藏缝合,不需拆线。

1.4 结果 两种会阴切开术效果比较见表 1。会阴正中切开组术中出血量、切口延伸、缝合时间、切口疼痛难忍程度、切口水肿、住院时间明显小于会阴左侧切开组;自我感觉良好者明显多于左侧切开组。

表 1 两种会阴切开术的效果比较 例(%)							
组别	术中出血量 >100mL	切口 有延伸	切口缝 合困难	缝合时间 >20min	切口疼 痛难忍	切口水肿	自我感 觉良好
会阴左侧切开术	68(68)	15(15)	4(4)	25(25)	90(90)	28(28)	40(40)
会阴正中切开术	5(5)	5(5)	2(2)	8(8)	10(10)	7(7)	80(80)

2 讨论

适时地行会阴切开术缩短第二产程有益于母婴的预后,但究竟采用哪种手术方式,还取决于助产人员的助产水平^[1]。左侧切与正中切都应该注意:(1)准确选择切开时机,如切开过早,阴部组织较厚,切开后失血较多,组织暴露时间过长,影响愈合,导致感染。(2)切开时间在阵缩时进行。(3)侧切长度约 4cm,不能过短,避免切开后再有撕裂;正中切长度约 3cm。认真保护会阴,胎儿过大不采用,以免造成肛门括约肌及直肠的损伤。(4)切开后小动脉有活动性出血用可吸收线结扎,渗血用纱布压迫止血。结扎不能过紧或过松,以免影响血液循环或达不到止血目的。阴道黏膜切口顶端第一针缝合时应超出顶端 1cm,每一针均要穿过切口的底部。(5)缝针不宜过密,均以 1cm 左右为宜。若切口底部较深且接近直肠,术者用左手食指深入直肠引导缝针,以免穿过直肠壁。缝合结束后,常规进行阴道检查,取出阴道之纱布。常规做肛查,确定有无缝线穿过直肠壁,穿过的缝线必须拆除重缝。

本研究结果显示,会阴正中切开组术中出血量、切口延伸、缝合时间、切口疼痛难忍程度、切口水肿、住院时间均明显小于会阴左侧切开组,而患者自我感觉良好率明显大于左侧切开组。助产及缝

腹腔镜治疗中期妊娠合并卵巢囊肿临床分析

曾美琳

(江西省金溪县人民医院 金溪 344800)

摘要:目的:探讨腹腔镜手术在治疗中期妊娠合并卵巢囊肿中的应用和安全性。方法:回顾性分析在我院行腹腔镜手术治疗中期妊娠合并卵巢囊肿 9 例的临床资料。结果:腹腔镜手术术中出血量少、留置导尿管时间短、住院时间短、手术时间短、流产率低,手术均顺利进行,无 1 例发生手术和麻醉并发症。术后随访 10 个月均足月产,母婴健康。结论:腹腔镜治疗中期妊娠合并卵巢囊肿患者是一种安全、有效的手术方式,能体现出微创的优势。

关键词:中期妊娠;卵巢囊肿;腹腔镜;手术疗法

中图分类号:R 714.25 **文献标识码:**B **doi:**10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.024

妊娠合并卵巢囊肿临床上并不少见,以往通常在产科查体、剖宫产时偶然发现或因肿瘤扭转、破裂出现急腹症时才得以诊断。近年来随着超声技术在产前检查中的普遍应用,使更多的患者得以早期诊断。妊娠期附件包块绝大多数为无症状的功能性囊肿,如黄体囊肿、滤泡囊肿等,多在妊娠中期自然消退。妊娠合并良性肿瘤中以成熟性畸胎瘤最多见,约占 50%,其次为浆液性、黏液性囊腺瘤。妊娠合并肿瘤出现扭转、破裂等急腹症表现者可危及母亲生命,除少数自发缓解病例外均应急诊手术^[1]。

1 资料与方法

1.1 研究对象 收集 2005 年 12 月~2009 年 12 月我院收治的 9 例因附件囊肿行腹腔镜手术的患者(简称腹腔镜组),同期腹式手术 8 例(简称腹式组)。腹腔镜组年龄 21~35 岁,平均年龄 27.0 岁;囊肿扭转 3 例,囊性畸胎瘤 3 例,单纯性囊肿 3 例,3 例急诊手术;包块直径>10cm 的 2 例,6~10cm 的 7 例。腹式组年龄 22~33 岁,平均年龄 26.9 岁;囊肿扭转 4 例,囊性畸胎瘤 3 例,单纯性囊肿 1 例,3 例急诊手术;包块直径>10cm 的 4 例,5~10cm 的 4 例。两组均停经 16~24 周,B 超证实胎儿大小与妊娠时间相吻合,无阴道流血及流液,CA125 检查均正常,均为单侧附件囊肿。

1.2 腹腔镜手术麻醉 均采用连续性硬膜外麻,平卧位,于脐正中或脐上与剑突之间(根据囊肿大小及孕周的大小)进气腹针建立二氧化碳气腹,气腹压力 8~11mmHg。取脐上沿切口长 10mm,置 10mm trocar、30 度腹腔镜,取左右两侧为第 2、3 穿刺点,腹腔镜监视下分别置 10、5mm trocar 两个操作孔。

合技术的熟练是行会阴切开并保证没有切口延伸、止血及恢复各组织解剖层次的关键,严格的无菌操作是切口甲级愈合的保障。可吸收皮下埋藏缝合的应用减轻了产妇产后拆线的痛苦和缝线的不适^[2],如能进一步提高助产人员的助产技术,更多地进行正中切开术,将会明显地减轻切口疼痛给产妇带来

的烦恼,缩短住院时间,减轻产妇的经济负担。

1.3 腹腔镜手术方法

1.3.1 患侧附件切除 卵巢肿瘤扭转后肿瘤明显淤血坏死呈紫黑色时行此手术。手术操作方式有两种:(1)用钳子将扭转蒂部靠近正常组织侧夹住,以防栓塞脱落,引起肺栓塞;从骨盆漏斗韧带靠近卵巢门处切断,切断输卵管系膜和扭转蒂部;完整切除扭转附件。(2)先用线圈套扎扭转的瘤蒂的根部,结扎后再切断瘤蒂以完整切除瘤体。

1.3.2 患侧卵巢囊肿剥除 当卵巢囊肿无明显扭转,表面光滑,良性可能性大时,行卵巢囊肿剥除。先将囊肿放入胶袋中,看清正常组织和囊肿所在位置,避开卵巢门及卵巢固有韧带,在囊肿表面切开一小口,抽吸囊液,剥除囊壁,缝合卵巢成型。

2 结果

2.1 手术情况及效果 腹腔镜组患侧附件切除 3 例,囊肿剥除 6 例;腹式组附件切除 4 例,囊肿剥除 4 例。腹腔镜组手术时间 20~60min,平均 45min;腹式组手术时间 30~70min,平均 55min。腹腔镜组出血量 50~100mL 2 例,7 例<50mL;腹式组出血量>100mL 2 例,50~100mL 4 例,2 例<50mL。

2.2 并发症及术后情况 腹腔镜组和腹式组均无 1 例出现手术和麻醉并发症。腹腔镜组术后保留尿管 6h,腹式组保留尿管 1d,两组均无尿潴留。腹腔镜组术后住院 3~5d,平均 4d,切口甲级愈合;腹式组术后住院 7~10d,平均 9d,切口甲级愈合。两组均

参考文献

[1]王泽华.妇产科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2006.286-288
[2] 种翠宁.可吸收性缝合线连续缝合会阴切口[J].中华护理杂志,1999,34(7):436

(收稿日期:2010-06-25)