

# 剖宫产术腹部纵切口皮内缝合临床观察

张莹 于绪金

(天津市西青医院 天津 300380)

关键词:剖宫产术;皮内缝合;临床观察

中图分类号:R 719.8

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.065

随着社会的发展,生活水平的提高,剖宫产率也有上升趋势,现代女性追求形体美的观念也逐渐提高,对剖宫产术不仅要求手术切口达到 I 期愈合,而且要求美观,尽可能减少近远期并发症。腹壁横切口皮内缝合,腹壁疤痕故然平整,但产妇腹壁组

方向送胎儿背至脊前位,对持续性右(左)枕横位以顺(逆)时针旋转 45°,对持续性右(左)枕后位以顺(逆)时针旋转 90°,宫缩时并嘱孕妇向下用力,待 2~3 次宫缩后,胎头下降并固定于枕前位时将手抽出。手法复位后以枕前位经阴道自然分娩者为成功,需胎吸助产或剖宫产者为失败。

1.4 术中注意事项 (1)操作时动作忌粗暴,一次不成功可以再试,间隔 30 min,勿按压囟门;(2)一次转胎头时间尽量不超过 3 次有效宫缩,持续时间不超过 10 min;(3)操作时严密监测胎心音,一旦发现胎心音变化,应立即停止操作;(4)旋转胎头困难,需再次评估头盆关系,核实胎方位,如确实有困难,应放弃,不能勉强。

1.5 统计学处理 采用 SPSS10.00 软件进行  $\chi^2$  检验。

2 结果

2.1 胎方位旋转成功率 旋转成功率 74.1%,失败率 25.9%。其中持续性枕横位 59 例,成功 44 例,旋转成功率 74.6%;持续性枕后位 53 例,成功 39 例,旋转成功率 73.6%: 两种胎方位比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

2.2 旋转新生儿情况 新生儿体重 2 500~2 999 g 9 例,3 000~3 499 g 62 例,3 500~3 999 g 38 例,4 000 g 以上 3 例。新生儿体重  $<3\,500\text{ g}$ ,旋转成功率 88.7%; 新生儿体重  $\geq 3\,500\text{ g}$ , 旋转成功率 48.8%: 两者比较差异有显著性 ( $P<0.01$ )。生后 1 min Apgar 评分:4~7 分 2 例,8 分以上 110 例,并发新生儿头皮血肿 1 例。

3 讨论

3.1 徒手旋转持续性枕横(后)位的意义 胎头位置异常是造成难产的主要原因,而持续性枕横(后)位是胎头位置异常的主要原因<sup>[2]</sup>。产程中采用徒手旋转胎头至枕前位,有利于胎头俯屈,使胎头通过

组织损伤较大,手术操作费时,易出现娩胎头困难,再行腹部手术增加难度。综合考虑手术安全性与术后疤痕美观问题,我院对剖宫产术采用腹壁纵切口可吸收肠线皮内缝合,现选择其中部分病例进行观察和随访,探讨剖宫产术腹壁纵切口皮内缝合在产科骨盆的径线缩小,使难产变为顺产,成功率高,是降低剖宫产有效可行的措施。

3.2 胎头位置异常的监护及处理 阴道检查在诊断和处理胎头位置具有决定性意义,确定胎方位准确率达 80%~90%<sup>[3]</sup>。临产后需密切观察产程,若产程中出现潜伏期延长倾向和活跃期宫口开大缓慢,应及早处理,于宫口开大 3~4 cm 行阴道检查,此时胎头水肿及颅骨重叠不明显,易于查清囟门及颅缝,判明胎方位,待产程延长至宫口开全或近开全,因颅骨过度重叠,胎头严重水肿,胎方位反而不易查清。对确定枕横位或枕后位者采用改变孕妇体位,同时调整宫缩,一部分枕横位、枕后位会自然转为枕前位,如仍未转正可行徒手旋转。徒手旋转的时机非常重要,过早则旋转成功后再回转,过晚易致宫缩乏力,应选择宫口开大 6~7 cm、先露棘平至棘下 1.5 cm 为宜,转位成功率高<sup>[4]</sup>。本文旋转成功率为 74.1%。可见大多数枕横位、枕后位经正确处理都能从阴道分娩,并不是剖宫产指征。

3.3 胎儿大小是影响旋转成功的重要因素 本文结果显示新生儿体重  $<3\,500\text{ g}$  者旋转成功率明显高于新生儿体重  $\geq 3\,500\text{ g}$  者,胎儿愈小旋转成功率越高,胎儿愈大,手术产率愈高,尤其是巨大儿。因此产时应通过 B 超及测量孕妇的宫高、腹围,正确评估胎儿体重,以减少母婴损伤,提高产科质量。

综上所述,徒手旋转持续性枕横(后)位,不需器械,损伤小,只要头盆相称,旋转时机恰当,成功率高,可缩短产程,降低剖宫产率。

### 参考文献

[1]董慧.2 960 例剖宫产主要原因分析[J].中国妇幼保健,2010,25(13): 1 777-1 778

[2]乐杰.妇产科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.43

[3]陈殿红,陈秀俊.709 例头位难产病例的诊断及处理[J].中国妇幼保健,2011,26(16):2 536

[4]邱要儿.头位难产采用徒手胎头旋转术的时机探讨[J].实用妇科与产科杂志,2001,17(10):637

(收稿日期: 2012-03-12)

# 单叶小产钳在剖宫产术中的应用体会

王桂珍

(贵州省纳雍县人民医院 纳雍 553300)

关键词:单叶小产钳;剖宫产术;体会

中图分类号:R 719.8

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.066

近十年我国的剖宫产率显著升高,有些城市甚至高达 70%左右<sup>[1]</sup>。胎头高浮时需多次加腹压,胎头下降到 S<sup>+1</sup> 以下时,需从阴道上推胎头。反复取头往往导致新生儿损伤、窒息及子宫切口撕裂大出血等严重并发症。我科 2010 年 5 月~2011 年 8 月,利用单叶小产钳协助出头 80 例,取得满意效果,减少了并发症的发生。现报道如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 2010 年 5 月~2011 年 8 月我科行子宫下段剖宫产 160 例,均由有经验的手术医师及麻醉医师相互配合完成。病例入选标准:初产妇、头的可行性。现报道如下:

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 1~6 月我院住院分娩产妇中剖宫产 240 例,随机分为两组,两组年龄、孕周、孕产次及手术指征无显著性差异。观察组 120 例,采用可吸收肠线皮内缝合,其中再次剖宫产及切口处有手术史 35 例。对照组 120 例,为传统丝线间断缝合,其中再次剖宫产及切口处有手术史 33 例。两组手术方式均为腰硬联合麻醉下腹壁纵切口子宫下段横切口剖宫产术。

1.2 缝合方法 对照组采用 7 号丝线间断全层缝合腹壁切口,常规 7 d 拆线。观察组用 4 号丝线间断缝合皮下脂肪层(每一针至少穿过 2/3 脂肪层,注意不留死腔),皮肤用一根 3 个 0 带针可吸收肠线呈“弓”字型连续经切口真皮内缝合,进针点自切口上端皮内开始,在切口顶端皮下打结,连续皮内缝合过程中保持针在皮内,针距 0.5 cm,牵拉不宜过紧,以皮肤对合良好为标准,到达对侧回缝 2 cm,贴皮剪去线尾,尾端埋于皮内,术后不需拆线。术后 3 d 切口换药时若无异常,术后 4 d 即可出院。

## 2 结果

2.1 伤口愈合 对两组产妇术后切口进行了 1~6 个月的随访观察。观察组手术切口 1 例乙级愈合,其余均为甲级愈合,无皮下硬结,切口愈合瘢痕纤细;对照组 5 例乙级愈合,其余均为甲级愈合。伤口线结反应或硬结例数:观察组 1 例,对照组 9 例。排异现象:观察组 1 例,对照组 4 例。脂肪液化:观察组 1 例,对照组 5 例。两组术后病率比较差异有统

位,排除胎儿窘迫的孕妇。将之平均随机分为两组:观察组:出头时直接用单叶小产钳助产 80 例,年龄 22~39 岁,平均 25.8 岁,孕周 35~42 周,平均 38.5 周;对照组:徒手出头 80 例,年龄 21~40 岁,平均 25.6 岁,孕周 35~43 周,平均 38.9 周。两组年龄、孕周比较,差异无显著性( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 方法 观察组切开子宫吸尽羊水后,助手固定胎儿,术者握持左叶产钳,自子宫切口正中将单叶小产钳插入胎头与宫壁之间并滑动至胎头下方,向上及母体腹侧提拉产钳,利用杠杆作用将胎头撬出切口。对照组切开子宫吸尽羊水后,徒手取胎头。计学意义( $P<0.01$ ),说明可吸收线皮内缝合缝线反应低,切口愈合优于对照组。

2.2 术后观察 观察组术后常规应用镇痛泵,术后无 1 例有明显腹痛者,仅有轻微腹痛 3 例;对照组术后常规应用镇痛泵,4 例腹痛明显,不能耐受。观察组术后排气时间平均为 17.5 h,术后下床活动时间平均为 21.5 h;对照组术后排气时间平均为 26.4 h,术后下床活动时间平均为 29.7 h。两组比较差异有统计学意义( $P<0.01$ ),说明可吸收线皮内缝合使患者疼痛减轻,有利于术后及早活动。

2.3 住院天数 平均住院天数观察组( $4.2\pm 0.3$ )d,对照组( $6.5\pm 0.6$ )d,经统计学处理, $P<0.05$ ,说明可吸收线皮内缝合住院天数明显少于间断缝合。

## 3 讨论

腹壁切口可吸收线连续皮内缝合优于间断缝合。主要原因为:(1)术后瘢痕形成小,无针眼,对腹壁切口起到了美容作用。间断缝合由于缝线穿透皮肤,且出针点距离切口有一定距离,绝大多数患者腹部遗留蚯蚓状或蜈蚣状手术瘢痕,影响美观。皮内缝合缝线不透皮肤,对切口血循环干扰少,皮肤对合好,愈合快,瘢痕小,不留针眼,外表更美观。(2)减少线结,使切口内异物刺激减少,使疼痛减轻,有利于术后及早活动,机体恢复,而且减少了皮肤间断缝合带入感染的可能性。(3)皮内不拆线缝合的最大优点缩短住院天数,术后 4 d 即可以出院,节省了病人的医疗费用,同时增加了病床的使用率和周转率,是临床上值得推广的手术方式。

(收稿日期:2012-03-09)