

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^[1]。胎头高浮时需多次加腹压,胎头下降到 S⁺¹ 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 ± 0.3)d,对照组(6.5 ± 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)

超声心动图在诊断胎儿室间隔缺损中的应用

刘铭东 杨建红

(山东省平度市人民医院 平度 266700)

摘要:目的:探讨彩色多普勒超声心动图产前诊断室间隔缺损的临床价值。方法:在胎儿四腔心切面、五腔心切面和流出道长轴切面重点观察室间隔有无中断,应用彩色多普勒超声观察有无穿隔彩色血流和分流频谱,并多切面观察有无其他心内畸形。结果:筛查胎儿心脏 5 200 例,共检出和诊断各种胎儿心脏结构异常 120 例,其中单纯 VSD61 例。38 例产后超声心动图与产前超声诊断相符,2 例缺损产前复查时宫内自然愈合,11 例经手术证实,6 例经引产后尸解证实,4 例失访。结论:产前彩色多普勒超声心动图对诊断产前胎儿室间隔缺损具有重要的临床价值。

关键词:产前诊断;超声心动图;胎儿室间隔缺损

中图分类号:R 540.45

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.067

近几年来,随着产前超声诊断技术的提高,胎儿畸形的诊断水平有了明显的提高,但胎儿先天性心脏病的检出率依旧较低。胎儿室间隔缺损(VSD)为最常见的先天性心脏病之一,可单独存在,亦可与其它畸形合并发生。本病占先天性心脏病的 20%~25%^[1]。胎儿体内特殊的卵圆孔和动脉导管循环又使左右心压力趋于平衡,造成彩超下过隔血流不明显,使产前 VSD 诊断较困难。本研究应用高分辨力超声检查 5 200 例孕妇,旨在探讨产前超声诊断胎儿 VSD 的临床价值。

1 资料与方法

1.1 研究对象 于 2008 年 12 月~2011 年 12 月来我院做常规产前检查或有胎儿先心病高危因素来

1.3 统计学处理 组间比较采用 V 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

1.4 结果 观察组单叶小产钳助出头均成功,其中 1 次成功 77 例,2 次成功 2 例,3 次成功 1 例;出头时间 28~52 s,平均 35 s。对照组徒手出头,5 例剪断双侧腹直肌及扩大腹部切口后才能出头,6 例出头失败改产钳;出头时间 48~105 s,平均 55 s。两组结果比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。新生儿窒息:观察组 2 例,均为轻度窒息;对照组 6 例,其中轻度窒息 3 例、重度窒息 3 例;两组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。所有窒息新生儿经复苏后均痊愈出院。子宫下段切口撕裂:观察组 2 例,对照组 7 例,两组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2 讨论

剖宫产术中胎儿的娩出是手术的关键,如出头困难,将延长胎儿娩出时间,增加新生儿窒息的发生及子宫切口撕裂致大量出血。徒手助出头时,手面积较大,占据较大空间,使胎头受压、胎儿宫内缺氧,导致新生儿窒息。还易发生子宫切口撕裂,导致大出血。术者应对胎儿大小、麻醉效果、胎头高低等进行充分的评估,并备好单叶小产钳,估计徒手娩

院做超声检查的孕妇 5 200 例,孕妇年龄 22~43 岁,平均 (29.9 ± 5.6) 岁;胎龄 20~41 周,平均 (26.5 ± 5.5) 周。

1.2 仪器和方法 采用 Philips IE 33、Philips IU 22 彩色超声诊断仪,探头频率为 3~5 MHz,采用胎儿整体检查顺序及胎儿心脏检查程序。于胎儿胃泡水平横切面,获得其心脏与内脏的位置关系并判定心尖指向^[2]。在胎儿胸部横切面避开脊柱显示胎儿心尖四腔心切面,在此切面上观察有无室间隔缺损的存在;在心尖四腔心切面基础上,分别以左室和右室为基点略微摆动探头,可分别显示左室流出道-主动脉切面及右室流出道-肺动脉切面,通过上述 2 个切面可观察主动脉与肺动脉的交叉关系并判定出胎头困难时,应果断及时应用产钳,安全娩出胎儿,减少母婴并发症的发生。剖宫产术中及时应用单叶小产钳助娩胎头,可避免手娩胎头困难再临时改用其他取头方式。应用产钳娩出胎头,可减少因手术切口小扩大切口及剪断腹直肌的几率,使得盆腔粘连减少。

单叶小产钳助产是以产钳为杠杆,将胎头撬出切口,因其钳柄短钳叶薄,体积相对较小,扩大了出头的空间,且只接触胎儿一侧面部,故产妇和胎儿的并发症较少。注意事项:操作时,应使钳叶与胎头枕骨贴紧,不能放置在胎儿面部,脐带不能夹于胎头与产钳之间,用力要均匀,不要上下或左右摇摆钳柄,以免造成对胎儿和子宫的损伤,减少取胎头困难所致的新生儿窒息及子宫切口撕裂。剖宫产术中应用单叶小产钳,出头时间缩短,对母儿损伤小,有效减少并发症,提高新生儿的 Apgar 评分,减少了手术风险。且操作简单、方便,使用轻巧灵活,只要方法得当,力量协调,可放心使用。

参考文献

[1]郭素芳,赵凤敏,吴匡时,等.1971 年至 2003 年我国剖宫产率变化趋势及社会人口学影响因素的研究 [J]. 中华围产医学杂志,2005,8 (3):145-149