

单层连续缝合法与扣锁缝合法在剖宫产产妇中的应用比较

尚江苹

(河南省洛宁县地方病防治院妇产科 洛宁 471712)

摘要:目的:对比单层连续缝合法与扣锁缝合法在剖宫产产妇中的应用效果。方法:回顾性分析 2016 年 7 月至 2020 年 7 月进行剖宫产产妇 60 例的临床资料,依据子宫切口缝合方式不同分组,将应用单层连续缝合法缝合的 29 例产妇归为 A 组,将应用扣锁缝合法缝合的 31 例产妇归为 B 组。比较两组剖宫产手术相关指标,并统计两组术后并发症发生情况。结果:两组住院时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$);A 组手术时间、恶露持续时间短于 B 组,术中出血量高于 B 组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组患者术后并发症发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:相较扣锁缝合法,单层连续缝合法缝合的手术时间、恶露持续时间均较短,但术中出血量控制效果欠佳,而两种缝合方式的并发症发生风险相当,因此临床上应综合评估产妇情况后,选择合适的缝合方式。

关键词:剖宫产;单层连续缝合法;扣锁缝合法;术后恶露时间

中图分类号:R719.8

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.01.029

近年来,随着医疗水平不断提高,剖宫产率也日益增长,剖宫产是临床上解决难产和部分产科合并症的重要术式,可以有效挽救产妇及胎儿的生命。但剖宫产产妇术后易出现盆腔粘连、子宫切口愈合不良等并发症,严重影响患者术后康复^[1]。相关研究表明,在剖宫产术中采取合适的缝合方式,可促进术后切口愈合,降低相关术后并发症的发生风险^[2]。单层连续缝合法与扣锁缝合法是目前剖宫产术中最为常用的两种缝合方式,其中单层连续缝合法具有操作简单便捷、用线及缝合时间较短等特点;扣锁缝合法具有操作省时、止血效果好等特点,不同的缝合方式产生的效果也存在较大差异^[3]。因此,本研究回顾性分析进行剖宫产产妇的临床资料,旨在对比单层连续缝合法与扣锁缝合法在剖宫产产妇中的应用效果,为临床上缝合方式选择和患者术后恢复提供参考。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2016 年 7 月至 2020 年 7 月在本院进行剖宫产产妇 60 例的临床资料,依据子宫切口缝合方式不同分组,将应用单层连续缝合法缝合的 29 例产妇归为 A 组,将应用扣锁缝合法缝合的 31 例产妇归为 B 组。A 组年龄 24~36 岁,

平均年龄(30.28 ± 1.16)岁;孕周 38~41 周,平均孕周(39.63 ± 0.77)周。B 组年龄 23~35 岁,平均年龄(29.14 ± 1.21)岁;孕周 38~41 周,平均孕周(39.72 ± 0.68)周。比较两组产妇一般资料,差异不显著($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 入选标准 纳入标准:(1)临床资料完整;(2)均符合剖宫产指征;(3)凝血功能正常。排除标准:(1)伴有肝、肾功能不全;(2)存在呼吸系统、内分泌系统疾病;(3)合并感染性或传染性疾病;(4)合并急性炎症疾病;(5)存在明显出血征象。

1.3 缝合方法 两组产妇均为同一类型的剖宫产术式,且均在同一手术组医师操作下完成。术后随访 6 个月。

1.3.1 A 组 给予单层连续缝合法缝合:在子宫下段横切口左侧顶端约 1.0 cm,切口下缘约 0.5 cm 处进针,从切口上缘内膜穿透出针并打结,再从切口下缘进针,进针间距为 1.0 cm 左右,垂直穿透子宫内膜,并对应切口上缘浆膜面出针,重复上述步骤至切口完全缝合。

1.3.2 B 组 给予扣锁缝合法缝合:在子宫下端横切口左侧顶端约 1.0 cm 左右位置打结,在距切口下

缘约 0.5 cm、切口左侧顶端约 1.0 cm 处进针，穿透切口后从下缘内膜出针，再与切口上缘对应的内膜位置进针，选择与切口上缘对应的浆膜面出针，应用缝线套过出针处并下压，形成扣锁，重复上述操作至切口完全缝合。

1.4 评价指标 (1)手术相关指标：观察并比较两组手术时间、术中出血量、恶露持续时间、住院时间。(2)术后并发症：比较两组月经不调、切口憩室、产后出血发生情况。

1.5 统计学方法 采用 SPSS25.0 软件进行数据处理，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间用独立样本 t 检验，计数资料用 % 表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术相关指标对比 两组住院时间比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；A 组手术时间、恶露持续时间均短于 B 组，术中出血量高于 B 组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组手术相关指标对比 ($\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	恶露持续 时间 (d)	住院时间 (d)
A 组	29	49.17± 6.79	276.88± 59.64	35.46± 7.51	4.29± 1.05
B 组	31	53.28± 7.11	242.19± 57.99	40.79± 7.62	4.18± 1.07
<i>t</i>		2.287	2.284	2.727	0.402
<i>P</i>		0.026	0.026	0.009	0.690

2.2 两组术后并发症发生情况对比 两组术后并发症发生率比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组术后并发症发生情况对比 [例 (%)]					
组别	<i>n</i>	产后出血	切口憩室	月经不调	合计
A 组	29	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.45)	1 (3.45)
B 组	31	0 (0.00)	1 (3.23)	2 (6.45)	3 (9.68)
χ^2					0.201
<i>P</i>					0.654

3 讨论

剖宫产是临床上较为常见的一种手术，可以有效解决难产及产科合并症等难题，是临床上挽救产妇及围产儿生命的有效手段，但相较自然分娩产妇，剖宫产分娩的产妇出现产后出血、月经不调等风险

更高，致使产妇术后恢复不良，降低剖宫产的治疗效果^[4-5]。相关研究表明，剖宫产产妇给予合适的切口缝合方式，可以有效降低产后出血、月经不调等并发症的发生风险，促进剖宫产产妇子宫切口愈合，进而提高恢复速度^[6]。但剖宫产术中缝合方式较多，且不同缝合方式产生的效果也存在较大差异。因此，如何选择更为有效的子宫切口缝合方式，对产妇术后恢复具有重要意义。

目前，临床上针对剖宫产产妇多选择子宫下段剖宫产术式治疗，具有出血少、对母体损伤小、术后易恢复等特点^[7]。单层连续缝合法与扣锁缝合法是剖宫产中较为常见的两种切口缝合方式，其中单层连续缝合法具有操作简单、快速、易控制缝线套扎张力等特点，是常用的缝合方式。同时，单层连续缝合法中进针处选择在切口下缘，从切口上缘内膜穿透出针后并打结，子宫切口上下切缘不易出现外翻情况，有利于切面对合整齐；而且单层连续缝合法的缝线在穿透子宫切口内膜时，与子宫肌层及内膜层的接触面积较小，因而机体的异物反应较小，可在一定程度上降低术后并发症的发生风险^[8-9]。此外，单层连续缝合法在缝合时，临床医师可以有效控制缝线张力，在缝合时选择适宜的松紧度，在一定程度上降低了术后并发症的发生风险，还可以有效促进患者术后恢复，缩短恶露持续时间^[10]。而扣锁缝合法在缝合子宫切口时采取的扣锁方式，可以有效控制术中出血量，止血效果较好；但相较单层连续缝合法，扣锁缝合法的操作相对复杂，因而手术时间相对较长^[11]。扣锁缝合法在缝合子宫切口时，缝线套扎张力较难控制，加之扣锁对切口的拉紧作用，增加了子宫切口外翻缝线，进行切口对合时较为困难^[12]；而且扣锁对切口两侧的肌肉产生牵拉作用，致使切口局部血运不畅，切口局部组织易发生缺氧缺血性坏死，进而增加术后并发症的发生风险。相较单层连续缝合法，扣锁缝合法的缝线张力较大，对切口局部组织产生的刺激更大，在一定程度上增加了术后并发症的发生风险，而且扣锁缝合法与子宫肌层、子宫内膜层的接触面积更大，也在一定程度上影响了组织修复速度和效果，致使产妇术后恢复不良。本研究结果显示，两组术后并发症发生率比较无明显差异，分析其原因，可

能与样本量较少有关。本研究结果还显示,两组住院时间比较无明显差异,但 A 组手术时间、恶露持续时间均短于 B 组,术中出血量高于 B 组。这表明相较扣锁缝合法,单层连续缝合法的手术时间及术后恶露持续时间更短,但其对术中出血量控制效果不佳。

综上所述,扣锁缝合法和单层连续缝合法在剖宫产中的术后并发症发生风险相当,但后者可缩短手术时间、恶露持续时间,前者术中出血量较少,因此临床上应综合评估剖宫产产妇的临床指标后,选择合适的方式进行切口缝合,以促进产妇术后恢复。

参考文献

[1]张云云,何涓.剖宫产子宫切口连续单层缝合与连续套锁缝合的效果比较[J].海南医学,2017,28(20):3399-3400.
[2]曹晓明,黄庆,史玉爽,等.不同剖宫产缝合方式对子宫切口瘢痕憩室形成的影响[J].中国计划生育和妇产科,2017,9(3):31-33.
[3]周少静,关俊霞.子宫下段全层缝合术对剖宫产术后子宫切口憩室发生率的影响[J].安徽医药,2019,23(3):533-535.

(上接第 55 页)

GnRH-a 可下调 GnRH 受体水平,通过促进下丘脑 - 垂体 - 性腺轴激素的分泌,有效抑制体内生殖系统相关的性激素水平,抑制病灶生长,并促使其坏死、脱落^[9]。本研究结果显示,相比于对照组,研究组治疗总有效率较高,治疗后痛经、盆腔痛及性交痛 VAS 评分均较低,表明采用腹腔镜联合 GnRH-a 治疗 EMT 有助于缓解患者疼痛,疗效确切。IL-18 为 EMT 病灶的上皮及间质细胞,参与 EMT 的病变过程。TNF- α 是由单核巨噬细胞合成及释放,可通过神经内分泌调节等影响痛觉神经传导,其水平越低,则痛觉神经传导作用越弱。VEGF 可促进血管生成,是导致病灶浸润、体积增大的重要因素,其水平高低与 EMT 患者临床症状间呈正相关^[10]。本研究结果还显示,研究组治疗后 IL-18、TNF- α 、VEGF 水平均低于对照组,提示联合治疗能够有效改善血清学各指标水平,抑制病灶生长。分析原因为 EMT 患者腹腔镜手术治疗后辅以 GnRH-a 治疗,可有效促使残留病灶坏死,调节性激素水平,更好的缓解 EMT 各临床症状,进而改善预后。

综上所述,腹腔镜联合 GnRH-a 在 EMT 治疗中

[4]王燕燕,陈俊虎,张秀果,等.两种缝合技术对形成剖宫产子宫切口疤痕憩室的比较[J].昆明医科大学学报,2017,38(2):62-65.
[5]金焱,钟兆玮,董珍君.剖宫产后采用不同缝合方式进行腹壁切口缝合的效果分析[J].中国美容医学,2020,29(6):81-84.
[6]郭菲菲,吴乃文,佟玉,等.不同缝合方式对剖宫产术后子宫肌层厚度的影响研究[J].中国妇幼健康研究,2017,28(6):678-680.
[7]金凯,朱芳芳,谷存国.子宫下段切缘缝合方式对二次妊娠子宫破裂风险的影响[J].江苏医药,2018,44(10):1197-1198.
[8]苏秀梅,陈新,罗新,等.首次剖宫产单层缝合法与双层缝合法有效性与安全性的 Meta 分析[J].实用妇产科杂志,2017,33(12):939-944.
[9]吴庆蓉,程浩.子宫下段连续折叠缝合对瘢痕子宫剖宫产术后出血的影响研究[J].中国计划生育和妇产科,2019,11(8):41-44.
[10]王佩红,林媛妮,王彦.剖宫产切口不同缝合方式对子宫复旧的影响[J].中国乡村医药,2018,25(14):26-27.
[11]毕春燕.剖宫产术中应用不缝合皮下脂肪双层缝合方式后子宫憩室的变化分析[J].感染、炎症、修复,2018,19(3):171-172.
[12]杨励勤.剖宫产中子宫下段环形缝扎术与动脉栓塞镶嵌式治疗前置胎盘产后出血的随机对照研究[J].中国医师杂志,2017,19(5):705-707,711.

(收稿日期: 2021-08-14)

疗效确切,有助于减轻患者疼痛,降低血清学各指标水平,利于预后,值得临床应用。

参考文献

[1]李荣.子宫内异位症合并不孕症患者腹腔镜术后妊娠的影响因素分析[J].中国医师杂志,2020,22(4):595-598.
[2]李俊.腹腔镜手术联合 GnRH-a 治疗子宫内异位症的效果[J].临床医学,2019,39(7):30-31.
[3]何丽霞,陈正勤,李曼,等.腹腔镜联合药物治疗对子宫内异位症伴不孕症患者的疗效分析[J].吉林医学,2017,38(10):1833-1835.
[4]李利荣,吕淑兰.子宫内异位症术后应用 GnRH-a 的疗效观察[J].中国妇幼健康研究,2019,30(3):354-358.
[5]谢幸,孔北华,段涛.妇产科学[M].第 9 版.北京:人民卫生出版社,2018.261-263.
[6]区家茵.腹腔镜手术联合肌内注射 GnRH-a 治疗子宫内异位症效果及其对 Th1/Th2 漂移的影响[J].山东医药,2018,58(2):83-86.
[7]吴金芝.腹腔镜联合 GnRH-a 治疗子宫内异位症有效性及安全性分析[J].吉林医学,2021,42(7):1720-1721.
[8]王利娟,赵麦娟.腹腔镜手术分别联合 GnRH-a 与孕三烯酮治疗子宫内异位症的临床效果分析[J].贵州医药,2020,44(4):592-593.
[9]温丽,郭珍,常春红,等.子宫内异位症患者血清和腹腔液中 VEGF、IL-6、TNF- α 、CA125 表达及临床意义[J].现代中西医结合杂志,2017,26(5):467-470.
[10]胡晓燕.腹腔镜联合 GnRH-a 对子宫内异位症患者 VEGF、IL-18 及 TNF- α 的影响[J].湖南师范大学学报,2018,15(4):86-88.

(收稿日期: 2021-07-18)