

二次剖宫产术的临床分析

赵 敏,周 琴,王爱琳,王颖楠,杨 雪

(解放军第113医院妇产科,浙江宁波 315040)

[摘 要] 目的 探讨不同剖宫产术式的利弊,以期改良现有手术方式,减少或减轻并发症的发生。方法 选择腹壁横切口剖宫产术后再次剖宫产58例为研究组,其中改良新式剖宫产28例为A组,新式剖宫产30例为B组,腹壁纵切口剖宫产32例为C组,二次手术均为子宫下段剖宫产,对比三组开腹至胎儿取出时间、手术总时间、腹腔粘连情况、术中总出血量。结果 研究组与对照组开腹至胎儿取出时间及腹腔粘连差异均有显著性,而术中出血量及总手术时间差异无显著性。结论 新式剖宫产不缝合壁层腹膜可使腹直肌与子宫致密粘连,导致再次手术进腹时分离粘连时间长,腹直肌损伤大,粘连较传统子宫下段剖宫产严重,给再次手术增加了难度,通过新式剖宫产术壁层腹膜缝合的改良,不但保留了新式剖宫产的优点,而且阻断了腹直肌与子宫切口的粘连,特别是不扰乱和损伤膀胱,不给再次剖宫产带来困难,是一种很好的新式剖宫产改良术。腹壁纵式手术切口创伤小,再次手术操作简单,进腹时间短,对有二胎指标可能再次行剖宫产手术的患者,也是一种明智的选择。

[关键词] 剖宫产;二次;术式;临床分析

中图分类号: R719.8 文献标识码: A 文章编号: 1672-271X(2008)05-0334-03

Clinical analysis of caesarean operation for the second time

ZHAO Min, ZHOU Qin, WANG Ai-ling, WANG Yin-nan, YANG Xue (Department of Obstetrics and Gynecology, the 113th Hospital of PLA, Ningbo 315040, Zhejiang, China)

[Abstract] **Objective** To explore the advantage and disadvantage of different caesarean sections, in order to improve the patterns of existing surgery and reduce complication. **Methods** Cohort study with prospectively collected data from those of 58 who have undergone caesarean section with transverse incision at the abdominal wall, and re-delivery with lower segment caesarean section, A for 28 of New Modified Cesarean Section, B for 30 of new mode caesarean section, C for 32 of classic caesarean section. Compare the indexes of time from open to have fetus takeout, total time of the operation, abdominal adhesions after operation, and the bleeding volume during operation. **Results** The time from open to have fetus takeout and abdominal adhesions after operation were statistically significant in the repeated caesarean section patients compared with the control group, and no difference in the time of whole operation and the bleeding volume. **Conclusion** In new mode caesarean section, peritoneum of parietal layer is not sutured, so that rectus abdominis muscles and uterus are easily adhesions densely. It takes more time to separate adhesion and more severe damage on rectus abdominis, when in the operation of re-delivery. The difficulty increases. New modified caesarean section preserves the advantage of new mode CS, and improves the disadvantages. It blocks adhesions, decreases the injury of bladder and makes re-CS much more easy. Surgery of slitting incision at the abdominal wall has light surgical trauma, short time before delivery, and makes re-operation easier. Therefore, for those who may have the second births, it is worthy to be chose.

[Key words] Caesarean section; Repeat; Pattern; Clinical effect

新式剖宫产是以色列的Stark医生所创的下腹横切口子宫下段剖宫产术,我院于1998年对其部分

步骤进行改良,称改良新式剖宫产^[1],取得了良好效果。2001年12月~2007年6月,有改良新式剖宫产史者进行二次剖宫产术,并选择同期有新式剖宫产史及纵切口常规子宫下段剖宫产史者^[2]为研究对照

作者简介:赵 敏(1963-),女,浙江宁波人,医学学士,副主任医师,从事妇产科临床。

组,探讨不同剖宫产术式的利弊,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2001年12月~2007年6月,入院行二次剖宫产的病例90例,其中腹壁横切口剖宫产史者58例,下腹纵切口常规子宫下段剖宫产史者32例(以下简称常规二次剖宫产)。孕妇年龄24~44岁,平均 (28 ± 2.36) 岁,孕周37~41周。前次剖宫产距此次妊娠时间均大于2年。除有剖宫产史外无其他腹部手术史。入院后均未试产,其中已临产26例,未进入产程64例。

1.2 二次剖宫产手术方法 与第一次剖宫产方法相同。①常规术前准备,均采用腰麻与连续硬膜外联合麻醉。切除原瘢痕组织,在切口正中切开皮下脂肪约2 cm,深达筋膜层,术者和助手向两侧撕拉开脂肪,撕拉困难者锐性分离。然后裁开筋膜层,左右拉开腹直肌,上下撕开腹膜入腹腔,如有粘连者常规处理腹腔粘连部位。②在子宫下段中央处用刀横形切开腹膜反折与子宫肌层约3 cm,将腹膜反折与子宫肌层同时向两侧撕开约10 cm,破膜吸羊水后手取胎儿,清理呼吸道及断脐后交与台下处理,取出胎盘,清理宫腔。③用1号可吸收线连续锁扣缝合子宫肌层,不缝合腹膜反折,清理腹腔积血和羊水,检查双附件,清点纱布器械无误后,缝合壁层腹膜(第一次新式剖宫产术时不缝合壁层腹膜)。④用0号可吸收线连续缝合筋膜层,用4号丝线间断褥式缝合皮肤及皮下脂肪共5针,无菌敷料固定(术后下腹部压沙袋3 h)。腹壁纵切口术式,开、关腹系常规,切开子宫、取胎儿及缝合子宫与横切口相同。

1.3 分析指标 ①第二次剖宫产手术开始至胎儿娩出时间(T_1)、手术总时间(T_2)及手术中出血量。②第一次剖宫产术后腹腔粘连状况:子宫原切口处与临近组织粘连为轻度;大网膜粘于切口为中度;切口与肠管等广泛粘连为重度。③第一次剖宫产术后子宫切口愈合情况:子宫切口处瘢痕与子宫肌层均匀一致为愈合良好,较正常子宫肌层变薄为愈合不良。

1.4 分组方法 将90例病例分3组,一组为改良新式剖宫产组28例(即改良二次剖宫产组A),一组为新式剖宫产组30例(新式剖宫产组B),一组为下腹纵切口常规子宫下段剖宫产组32(即常规二次剖宫产组C)。

1.5 统计学处理 所得计量资料,采用 t 检验,用 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 三组资料的比较 孕妇年龄、孕周、手术指征、新生儿体重及评分均无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 三组术中出血量、手术开始至胎儿娩出时间(T_1)及手术总时间(T_2)情况 A、B组 T_1 与C组比较有显著性差异($P < 0.05$)。A、B组 T_1 比较无显著性差异($P > 0.05$)。三组 T_2 比较无显著性差异($P > 0.05$)。A、B组术中出血量与C组比较有显著性差异($P < 0.05$)。见表1。

表1 不同腹壁切口的二次手术时间及术中出血情况

组别	例数	$T_1(\text{min})$	$T_2(\text{min})$	术中出血量(ml)
A	28	8.8 ± 2.5	48.3 ± 17.2	267 ± 87.6
B	30	10.4 ± 3.7	50.1 ± 13.6	294 ± 69.3
C	32	6.2 ± 2.4	45.2 ± 16.4	265 ± 79.5

2.3 三种术式中腹腔粘连及子宫切口愈合情况 腹壁粘连程度以A组最轻,B组次之,C组最重, ($P < 0.05$),子宫切口愈合三组无显著性差异($P > 0.05$)。见表2。

表2 三种术式中腹腔粘连及子宫切口愈合情况(例)

组别	例数	腹腔粘连				子宫切口愈合情况	
		无	轻	中	重	良好	不良
A	28	10	13	5	0	26	2
B	30	9	13	6	2	28	2
C	32	8	12	8	4	29	3

3 讨论

3.1 改良新式剖宫产与新式剖宫产比较 主要优点有^[3]:①腹壁切口的位置介于Joel-Cohen切口与Pfannenstall切口之间,术者根据胎头位置的高低来决定腹壁切口的确切位置。②切口的大小决定术后恢复的快慢。选用10~12 cm的腹壁横切口,约为正常切口的2/3~3/4,这样可以避开一部分血管和神经的损伤,使产妇术后恢复迅速,另外小而适当的切口也使胎儿在娩出时类似阴道分娩时的挤压,能够减少剖宫产儿综合征的发生。③先撕开脂肪再剪开筋膜层,可以减少对腹直肌的误伤,将腹膜反折与子宫肌层同时切开并向两侧撕开,既不影响缝合又节约了时间,不将子宫提出腹腔外,既节约了搬出和放入子宫的时间,又减少了感染的机会。④手术时间短^[4]。由于不缝合腹膜反折^[5],仅连续单层缝合子

宫、壁层腹膜和筋膜,皮肤和皮下脂肪全层缝合,且仅缝5针,无疑会节省不少时间。⑤术后恢复快,住院时间短。由于手术时间短,麻醉时间也相应缩短,术中对膀胱和肠管刺激小,术后并发症少,一般术后6h可进流质,12~24h拔除尿管,4~6天即可拆线出院。

3.2 腹壁切口的选择 下腹壁横切口具有较为美观且不宜出现腹壁疝的优点,近年来被越来越广泛地应用于妇科手术及剖宫产术。新式剖宫产的确有手术时间短^[3]、切开皮肤至胎儿娩出时间短、排气早、省材省力的优点。但下腹横切口的缺点是手术操作复杂、进腹时间长、腹直肌剥离面大,因而会造成再次手术时由于腹直肌与前鞘及腹膜甚至子宫前壁粘连严重,手术操作更困难,损伤出血增加,有时只有横断腹直肌才能进入腹腔,解剖层次不清时极易误伤膀胱等脏器,尤其在胎儿重度窒息时可能延误抢救,造成严重后果。本文结果显示,下腹壁横切口再次手术的开腹时间及手术总时间均大于下腹壁纵切口,前者差异具有显著性。因此,对有二胎指标可能再次行剖宫产手术的患者,也可选择下腹纵切口^[6],以利于再次手术的操作,减少手术创伤。但本文在腹腔粘连方面的结果表示,腹壁纵切口剖宫产术的腹腔粘连较两种横切口剖宫产术重,比较有显著性差异;而横切口剖宫产的二次手术腹腔粘连程度差异无显著性。Milewczk^[7]做的动物实验结果表明不缝合腹膜可减少粘连,Cochrane系统证明不缝合腹膜有利于缩短手术时间,降低术后住院天数,但

对术后腹腔粘连的影响等远期指标的评价尚需进一步的临床研究^[8]。新式剖宫产的腹腔粘连仍稍高于改良式横切口,因例数不多尚待进一步临床研究,可能与腹壁切口与子宫切口方向一致,切口靠近,创面与创面更易粘连有关,也说明新式剖宫产并不能减少腹腔粘连。

参考文献

- [1] 马彦彦.新式剖宫产术[M].北京:北京科学技术出版社,1997:1-2.
- [2] 苏应宽,刘新民.妇产科手术学[M].北京:人民卫生出版社,1993:426-431.
- [3] 林桂珍,巫朝霞,杨景宁.改良式腹壁横切口剖宫产术术式探讨[J].中国实用妇科与产科杂志,2001,17(11):693.
- [4] 马彦彦,Michael Stark.剖宫产术[J].中国妇产科临床杂志,2001,2(3):178-179.
- [5] 刘仕英,栾美英,于乃贻.腹部横形直切口不缝合腹膜剖宫产术132例分析[J].中国实用妇科与产科杂志,1999,15(4):217.
- [6] 熊冬梅,谷霞,张晓玲.二次剖宫产148例临床分析[J].中国实用妇科与产科杂志,2006,22(2):141-142.
- [7] Milewczk M. Experimental studies on the development of peritoneal adhesion in cases of suturing and non-suturing of the parietal peritoneum in rabbits[J]. Gineol Pol, 1989, 60(1):1-6.
- [8] Bamigboye AA, Hofmeyr GJ. Closure versus non-closure of the peritoneum at caesarean section[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2003, 28(2):163-171.

(收稿日期:2008-01-28;修回日期:2008-03-31)

(本文编辑:黄攸生; 英文编辑:王学文)

(上接第328页)平均分子量200 000 D,胶体渗透压约68/36 mm Hg,容量效应约100%,其扩容效力可维持3~4h,为胶体血浆代用品,可增加血浆容量。从本组的临床观察看,硬膜外腔填充贺斯可使头痛发生率降至9%左右,比对照组和生理盐水组的头痛发生率低,且头痛程度也较轻。分析其原因可能为,硬膜外腔注入一定量的贺斯后,由于其分子量大,粘稠度高,吸收速度较慢,机体代谢相对较慢,从而可持续提高硬膜外腔的压力和颅内压,一部分通过破裂的硬脊膜口渗透入蛛网膜腔,增加了脑脊液的量,从而减轻了头痛的发生率和严重程度。因此,对硬膜外麻醉时穿破硬脊膜者,术后可硬膜外腔注入贺斯预防头痛的发生,且疗效显著。也有学者在硬膜外腔右旋糖酐充填中增加芬太尼以治疗PEPH和切口痛^[4]。对PEPH,应以预防为主,积极治疗,以减轻患者的痛苦,避免不必要的医疗纠纷。

参考文献

- [1] 杭燕南,庄心良,蒋豪,等.当代麻醉学[M].上海:上海科学技术出版社,2002:949.
- [2] Reynvoet ME, Armon C, Frohman EM, et al. Epidural dextran 40 patch for postdural puncture headache[J]. Anaesthesia, 1997, 52(9):886-888.
- [3] 陈紫容,王耀华.持续输入低分子右旋糖酐防治硬脊膜穿破后头痛[J].临床麻醉学杂志,2002,18(2):67.
- [4] 耿洪刚,于志超,陈三宝.穿破硬脊膜后中分子右旋糖酐芬太尼复合液硬膜外腔填充预防头痛[J].临床麻醉学杂志,2000,16(3):176.

(收稿日期:2008-01-15;修回日期:2008-03-10)

(本文编辑:黄攸生)