

子宫下段剖宫产胎头高浮 174 例产钳应用

李蓉珍 (浙江省奉化市中医院, 浙江 奉化 315500)

随着医学的进步,剖宫产指征已从传统的母儿因素转变成母儿社会因素三者并存,使得分娩由保证母婴安全转变成在保证母婴安全前提下优先考虑婴儿质量。近年来,国内剖宫产率出现迅猛增高势头,大多数医院报道为 40.0% ~ 60.0%,甚至有高达 70.0% ~ 80.0% 的报道^[1]。新式剖宫产术中娩头困难占剖宫产术的 5.5%^[2]。造成取头困难的原因中以胎头高浮最多,达 51.7%^[3]。孕期营养过剩,胎儿过大,头盆不称,离预产期时间较长尚未入盆等情况均使术中胎头高浮情况增多。在胎头高浮情况下行子宫下段剖宫产往往导致出头困难,出头时间延长。助手按压宫底,临时采用“⊥”形切口等均可造成术中出血、新生儿窒息、切口撕延等发生率增多。我们在剖宫产术中出头困难时使用产钳助娩胎儿,效果良好,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2007 年 1 月—2008 年 12 月行择期剖宫产,术前检查胎头高浮,跨耻征阳性,术中出现娩头困难的产妇 174 例为研究对象。产妇年龄 21 ~ 38 岁,孕周 37 ~ 42 周,平均孕周 39 周 ± 5 d。初产妇 140 例,经产妇 34 例,有剖宫产史 35 例。以经宫底加压和(或)采用“⊥”形手术切口娩出胎头 105 例为对照组,在出头困难时改用双叶小产钳助产 69 例为研究组。两组孕妇年龄、孕周、孕产次、麻醉方法、手术指征及术式方面数据相近。以徒手取胎时间 > 60s 为娩头困难^[4]。

1.2 产钳使用方法

手术采用腰麻硬膜外联合麻醉,经腹直切口子宫下段横切口,破膜后吸尽羊水,并向两边延长约 8 cm,助手可同时在宫底均匀推压协助娩出,术者以右手沿切口进入宫腔达胎头下方,左手向上牵拉切口上缘,向上撬起并娩出胎头。超过 60 s 胎头未娩出者,改用双叶小产钳助产。娩头困难时,助手持续均匀按压宫底不放松,尽量使胎头位于切口下缘,术者将右手伸入宫腔,摸清胎头位置,胎头为枕前位、枕横位或枕后位均可直接上钳。以枕横位为例,术者以右手入宫腔,摸到靠近子宫后壁一侧胎耳,用小产钳沿手掌心置于该侧(放置方法同阴道助产),同法放置对侧,产钳分别置于胎头的两侧颞耳部,扣合产钳,如扣合困难,不可强行扣合,需调整产钳位置,顺利扣

合后合拢钳柄,沿钳匙检查其内有无夹持组织,牵拉时产钳滑脱可重新放置。试拉无滑脱后可向母足方向略向上均匀用力牵拉,娩出胎头。也可将胎头转成枕前位或枕后位,然后向母体下肢方向略向上持续牵拉,至胎头枕部或额部位于切缘下方时,改为仍保持向下用力的同时向上提拉,至胎头大部娩出切口后取下产钳,再按分娩机转牵拉胎肩娩出胎儿。

1.3 统计学方法

计数资料比较用 χ^2 检验,计量资料比较用 t 检验。

2 结果

研究组手术时间、取胎时间、出血量及切口撕延情况均明显少于对照组, $P < 0.01$, 差异有统计学意义。研究组新生儿疾病发生率为 2.9%, 2 例均为轻度窒息,经抢救后情况良好。对照组新生儿缺血缺氧性脑病、吸入性肺炎及新生儿窒息发生率为 14.3%, 明显高于研究组,其中 6 例经抢救后转入小儿科作进一步治疗,无死亡病例(表 1)。

表 1 两组手术情况及疾病发生情况比较

项目	研究组	对照组	P 值
手术时间(min)	42.3 ± 12.6	50.5 ± 13.5	<0.01
取胎时间(s)	110.1 ± 20.6	130.3 ± 40.7	<0.01
术中出血量(mL)	246 ± 76.2	310 ± 81.5	<0.01
切口撕延或“⊥”形(例)	1	9	<0.01
缺血缺氧性脑病(例)	0	2	<0.01
吸入性肺炎(例)	0	3	<0.01
轻度窒息(例)	2	8	<0.01
重度窒息(例)	0	2	<0.01

3 讨论

3.1 胎头娩出困难原因

胎头高浮多由于孕期营养过剩,胎儿过大,头盆不称,手术离预产期时间太长尚未入盆及子宫下段形成差等原因造成。胎头高浮时出头困难与胎头固定困难、术者用力受限、麻醉效果、手术者技术熟练程度、术式选择、切口大小、子宫下段形成情况有关。

3.2 胎头娩出困难对母婴的影响

一方面,剖宫产术中切开子宫,破膜,反复托取胎头,按压宫底等操作,均可刺激胎儿宫内呼吸并吸入羊水及黏液,同时因胎头高浮取胎时间延长,按压宫底压迫腹主动脉,减少子宫及胎盘的血流灌注,均可降低新生儿 Apgar

评分,尤其是加重已有宫内缺氧的胎儿的窒息程度,这可直接影响剖宫产的预后,严重时可能造成新生儿死亡或留下不可逆转的后遗症。另一方面“ \perp ”形切口虽能解决一部分胎头高浮时的出头困难问题,但术中需切断较粗的弓形血管,宫体部肌层厚,血窦丰富,出血量相对较多,且纵横交界处缝合困难,损伤面积较单纯横切口大,并向宫腔内延伸,手术时间相对延长,影响日后切口愈合,宫体部切口表面无腹膜覆盖,易与大网膜、肠管及腹壁粘连,且疤痕面积增加,再次妊娠时疤痕切口妊娠机会增加。

剖宫产术中取胎是关键,发生出头困难会增加新生儿窒息率及产妇产伤,术前对胎头高低、子宫下段情况、麻醉效果、胎儿体重及切口大小应有充分估计并做好新生儿抢救准备,备好小产钳,一旦发生取头困难时应果断应用产钳。赵宏等^[5]报道子宫切开至胎儿娩出的时间间隔与新生儿 Apgar 评分呈负相关,其临界值为 150 s。胎头高浮情况下剖宫产术中胎头固定困难,术者用力受限使胎头娩出时间延长,新生儿窒息,吸入性肺炎及缺血缺氧性脑病增加,影响新生儿预后,增加产科医疗纠纷,是产科医生面临的一个重要问题。小产钳钳身小、薄,占据面积小,放置灵活,且剖宫产术中放置产钳能在直视下进行,对放置者技术要求较低,放置和牵拉不受胎方位的影

响,同时具有旋转和牵引作用,对产钳放置技术不太熟练者可通过旋转胎头来完成,切口四周都是软组织,牵拉时阻力小,对胎头的直接压迫作用较阴道助产小,对新生儿不会造成严重的影响。在紧急情况下采取双叶产钳助娩胎儿能以较快的速度在较短时间内娩出胎儿,既能减少新生儿疾病的发生,又能克服“ \perp ”形切口的缺点,缩短手术时间,减少出血量及局部组织损伤,有利于切口愈合,对日益增多的易造成严重不良后果的切口妊娠的预防也有比较积极的意义。

4 参考文献

- [1] 黄醒华. 对剖宫产术的思考[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2003, 19(7): 385-388.
- [2] 韩凤贤, 滕丽, 佟艳. 新式剖宫产术胎头娩出困难 123 例临床分析[J]. 中国实用医学杂志, 2007, 105(3): 186.
- [3] 姜云清. 小产钳在剖宫产出头困难中的应用[J]. 浙江临床医学, 2008, 8(10): 1094-1095.
- [4] 鲁玲娟, 王浩群. 剖宫产胎头娩出困难原因分析及处理[J]. 现代妇产科进展, 2003, 12(4): 307-308.
- [5] 赵宏, 崔健, 王德智. 剖宫产术中子宫切开至胎儿娩出时间间隔对新生儿的影响[J]. 中华妇产科杂志, 1993, 28(2): 67-69.

(收稿日期: 2009-05-31)

· 小资料 ·

我国结核病疫情状况

2000 年全国结核病流行病学抽样调查显示,全人口结核感染率为 44.5%,主要集中在 25 岁及以上人群。活动性和涂阳肺结核的患病率分别为 367/10 万和 122/10 万,估算全国有活动性肺结核病人 500 万,其中涂阳肺结核病人 150 万;每年约有 13 万人死于结核病,死亡平均年龄为 55.2 岁。

结核病疫情在经济不发达的中西部地区最高,比经济发达的东部沿海省份高 2 倍;农村人口的活动性和涂阳肺结核患病率分别为 397/10 万和 131/10 万,均高于城市、城镇人口。目前全国大约 80% 的结核病人来自农村;肺结核的患病率随着年龄增加而逐渐增高,在 45 岁以上年龄组中增加的最为明显。男、女肺结核病的患病率在 35 岁以前相近,35 岁以后男性患病率高于女性患病率。

耐药是我国未来结核病控制需要重点关注的问题。目前初始耐药率为 18.6%,获得性耐药率为 46.5%,估算全国现有耐药的涂阳肺结核病人 42 万;据 4 个省耐药监测的结果显示,在实施短程督导化疗的卫 V 项目省,即广东和山东,耐多药率(MDR-TB)分别为 2.8% 和 2.9%。在没有实施短程督导化疗的省份,即河南、浙江,分别为 10.8%、4.5%。在全球对 53 个国家的耐药调查中,河南省的原发耐多药率位居第 2 位。

可能出现的结核/艾滋病毒双重感染流行,将加重我国结核病疫情,增加结核病工作的难度。据专家估计,2002 年全国大约有 85 万人感染了艾滋病毒,如不加以控制,到 2010 年这个数字将达到 1000 万。结核/艾滋病毒双重感染的病人估计占一半。