文章编号:1000-5404(2005)12-1285-03

论著

侧入式两指快速分离法腹膜外剖宫产术140例临床分析

谢荣凯,陈波杰,程 湘,成 娅,陈正琼 (第三军医大学新桥医院妇产科,重庆 400037)

提 要:目的 探讨侧入式两指快速分离法腹膜外剖宫产术的临床价值。**方法** 将我院2003年6月至2004年12月间住院行侧入式两指快速分离法腹膜外剖宫产的产妇140例与同期行传统的子宫下段剖宫产术的产妇150例进行比较,对比观察两组手术效果及手术并发症等。**结果** 两组剖宫产术式手术时间有显著性差异($P<0.05$),切皮至胎儿娩出时间无显著性差异($P>0.05$),术后胃肠功能恢复情况及术后病率有显著性差异性($P<0.05$),而新生儿Apgar评分及出血量无明显差异($P>0.05$)。**结论** 侧入式两指快速分离法腹膜外剖宫产术安全性高,创伤小、操作简便、手术时间短、术后恢复快。

关键词:侧入式两指快速分离法腹膜外剖宫产;子宫下段剖宫产;手术方式
中图法分类号:R719.1;R719.83 **文献标识码**:A

Clinical analysis of 140 cases of extraperitoneal cesarean section modified by two-finger sideway separation

XIE Rong-kai, CHEN Bo-jie, CHENG Xiang, CHENG Ya, CHEN Zheng-qiong (Department of Obstetrics and Gynecology, Xinqiao Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400037, China)

Abstract: Objective To investigate the advantage of extraperitoneal cesarean section modified by two-finger sideway separation. **Methods** A total of 140 pregnant women who had indications for cesarean section underwent improved extraperitoneal cesarean section from June 2003 to December 2004, and 150 pregnant women underwent traditional lower uterine segmental cesarean section at the same period. The overall time of operation, amount of blood loss, difficulties of taking out fetal head, the postoperative period of breaking wind, and postoperative morbidity of the two groups were compared. **Results** As compared with the intraperitoneal cesarean section group, the lower uterine segmental cesarean group had a much shorter overall time of operation ($P<0.05$), a shorter postoperative period of breaking wind ($P<0.05$), but no significant difference in the amount of blood loss, the duration from the skin incision and getting the fetus head out, and the Apgar score of the newborns ($P>0.05$). **Conclusion** Extraperitoneal cesarean section is a safe, fast, convenient and easy-to-master operation.

Key words: extraperitoneal cesarean section; lower uterine segmental cesarean section; modus operandi

随着腹膜外剖宫产术在产科的应用,其术式日异多样化,手术指征也趋于放宽。以往的各式腹膜外剖宫产术由于术式较腹膜内子宫下段剖宫产术困难、复杂[1],手术开始至胎儿娩出所需的时间较长,尤其膀胱返折腹膜分离的不充分,使子宫切口不够大。高浮或深嵌的胎头,容易发生捞取胎头困难,对于再次剖宫产术应用腹膜外术式者更为明显[2],目前许多基层医院都没有开展此项手术。但腹腔外操作,以术后反应小、肠蠕动恢复较快、腹痛较轻、避免术后肠粘连等优点为医患人员所青睐[3,4]。我院近年来通过侧入式两指快速分离法腹膜外剖宫产的大量临床实践,使手术的损伤减小,安全性提高,取得了较好的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源

收集我院产科2003年6月至2004年12月间住院病人有剖宫产指征,并排除以下手术禁忌者:①需探查腹腔的腹部手术,如妊娠合并子宫肌瘤、畸形子宫妊娠、子宫先兆破裂或破裂者、需紧急行剖腹手术者;②前置胎盘、胎盘附着在子宫下段前壁时。分为2组,施行侧入式两指快速分离法腹膜外剖宫产(腹膜外组)140例,传统腹膜内子宫下段剖宫产(腹膜内组)150例。两组年龄、孕周、手术指征无显著性差异($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 腹膜外组 手术步骤:①术前安置导尿管,排空膀

作者简介:谢荣凯(1974-),男,江西省赣州市人,硕士研究生,医师,主要从事妇科腔镜及产科高危妊娠等方面的研究。电话:(023)68774612
通讯作者:程 湘,电话:(023)68774612

收稿日期:2005-04-04;修回日期:2005-05-05

胱,术者站于患者右侧,切口采用耻骨联合上方正中横切口,长约 12~15 cm,沿皮肤自然皱纹切开表皮,皮下、腹直肌前鞘,纵行切开腹直肌中线;②暴露三角区:将左侧腹直肌向外侧拉开,横行切开膀胱前筋膜,将膀胱侧窝的黄色脂肪轻轻向外推开,显露膀胱侧三角,此三角区的三边由腹壁下动脉、腹膜返折及膀胱左侧壁构成;③于三角区腹膜反折下 1.5 cm 处将宫颈前筋膜剪一小口,达子宫下段,右手两指沿此口自左向右插入膀胱后方,紧贴子宫下段前面,自左向右侧分离扩大间隙,继之,两手食指将宫颈前筋膜,连同腹膜反折,膀胱及腹横筋膜尽量扯松,并向右外下拉开,上推腹膜、下推膀胱,充分暴露子宫下段。一般情况下很容易进行,如分离困难,助手可用电刀协助把连接膀胱与腹膜反折之间的筋膜切断;④切开子宫下段,放出羊水,摸清胎位,放置产钳协助胎儿仰伸取出胎儿;⑤2-0 DG 可吸收缝线缝合子宫后,冲洗剥离面,特别是三角区。详细检查剥离面有无渗血及膀胱、腹膜有无损伤,复位膀胱,依次关闭切口;⑥术后常规抗感染治疗 3 d,尿管留置 1~2 d。

1.2.2 腹膜内组 按照常规子宫下段剖宫产术的手术方法和步骤操作。

1.3 观察指标

观察切开皮肤至胎儿取出时间、总手术时间、术中出血量、新生儿 Apgar 评分、术后肛门排气时间、尿管留置时间、术后病率、术后疼痛时间及切口愈合情况。

1.4 统计学处理

采用 SPSS10.0 软件包进行 t 检验及 χ^2 检验。

2 结果

2.1 术中情况

切开皮肤至胎儿取出所需时间,腹膜外组(6.0±2.1) min,腹膜内组(5.5±1.8) min,两者无显著性差异($P>0.05$),手术总时间、术中出血量及新生儿 Apgar 评分比较见表 1。

表 1 两组手术中情况比较

Tab 1 Comparison of perioperative data of two groups

Group	Duration from skin incison and getting fetus head out (min)	Operation time(min)	Blood loss(ml)	Neonatal Apgar score
Extraperitoneal cesarean section	6.0±2.1	35.0±5.5	102±25	9.0±0.8
Lower uterine cesarean section	5.5±1.8	45.0±6.2	107±26	9.0±0.5
P	>0.05	<0.05	>0.05	>0.05

2.2 术后情况

术后肛门排气时间、尿管留置时间、术后病率、术后疼痛时间的比较见表 2。

2.3 手术损伤及并发症

两组均未发现有术中脏器损伤及术后出血,腹膜内组有 2 例术前胎膜早破者术后继发产褥感染,加强抗感染治疗后好转,3 例发生腹部切口感染延期愈合,其余均甲级愈合,腹膜外组切口均甲级愈合。

表 2 两组术后情况比较

Tab 2 Comparison of postoperative data of two groups

Group	Duration of breaking wind (h)	Duration of postoperative pain(h)	Duration of keeping urinary catheter(h)	Postoperative morbidity (n,%)
Extraperitoneal cesarean section	8.0±1.5	18.0±2	36±2	10.7
Lower uterine cesarean section	16.0±2.6	30.0±2.5	24±2	64
P	<0.01	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

3.1 侧入式两指快速分离法腹膜外剖宫产术式的优点

剖宫产术是解决产科的并发症、合并症及难产等问题的有效措施之一,且能有效降低围产儿死亡率。目前,剖宫产术主要采用进腹子宫下段剖宫产术和腹膜外剖宫产术两种术式[5]。本资料显示,在严格排除腹膜外手术禁忌证以及术者熟练掌握手术技巧的前提下,侧入式两指快速分离法腹膜外剖宫产术与传统腹膜内剖宫产术在切皮至取出胎儿的时间两者已经没有明显差异,新生儿 Apgar 评分与腹膜内剖宫产没有明显差异,不会造成新生儿窒息率的升高。由于省去了切开腹膜、排垫肠管、清理腹腔、缝合腹膜的手术步骤,总体的手术时间明显少于腹膜内剖宫产,由于手术时间短、创伤性小,术中不进入腹腔,避免了羊水和血液流入腹腔造成对腹膜腔的刺激[6],防止由于剖宫产术引起的盆腹腔子宫内膜异位症的发生,尤其在产妇伴有胎膜早破可能存在羊膜腔内感染的情况下,可以有效避免继发性腹膜炎的发生;没有排垫肠管等刺激肠管的操作,术后胃肠功能恢复快,进食早,腹膜没有切开与缝合,避免了术后因腹膜刺激引起的腹部疼痛,产妇离床活动早,精神愉快,乳汁分泌早而旺盛,从而有利于母乳喂养[7]。侧入式两指快速分离法腹膜外剖宫产术减少了肠胀气,不会发生肠粘连、肠梗阻。同时,由于产妇术后恢复早,多数产妇术后第 4 天出院,住院时间短,减少了医疗费用,增加了床位周转率。由于考虑到腹膜外术式对膀胱进行了牵拉、分离的操作,术后适当延长了尿管留置的时间,以适应膀胱功能的恢复,本组病例无尿潴留的发生。

3.2 掌握侧入式两指快速分离法腹膜外剖宫产术式的要点

①剪开膀胱前筋膜要注意层次,剪开过浅,不利于下一步推开膀胱侧窝的黄色脂肪堆以迅速辨认三角区的标志,剪开过深,则容易损伤膀胱,导致出血,影响视野;②充分辨识膀胱侧三角,因其表面仅覆盖一层筋膜,外观呈浅蓝色,其上为腹膜反折,内侧为膀胱侧壁;③右手两指自三角区插入膀胱后方分离间隙时,要紧贴子宫下段前面,两指向右下方慢慢分离,可避免分破

反折腹膜同时便于下一步分离膀胱与腹膜间隙；④以两手食指钝性分离膀胱与腹膜反折，采用撕拉以松弛两者间的结缔组织及腹横筋膜，由于钝性分离，保护了膀胱血管不受损伤.避免或减少腹膜破裂及膀胱、输尿管损伤；⑤由于术式决定了手术空间小，暴露不如腹膜内术式充分，建议掌握剖宫产术中产钳的使用，以利于胎儿的顺利取出，产钳的应用不会造成新生儿的智能障碍，尤其在剖宫产术中所遇阻力相对较小，对新生儿的影响更加轻微，但在实施产钳操作时，产钳要放置正确，动作应轻柔，以避免撕裂子宫切口。我院常规腹膜外术式中应用产钳，减少了新生儿窒息的发生率。

侧入式两指快速分离法腹膜外剖宫产并非可以应用于所有的情况，在需探查腹腔的剖宫产手术，如妊娠合并子宫肌瘤、卵巢肿瘤、畸形子宫妊娠、子宫先兆破裂或破裂者、需紧急行剖腹手术。以及前置胎盘、胎盘附着在子宫下段前壁时，不适用此术式[9,10]，这些也是其它术式腹膜外剖宫产的禁忌证，但是，对于有胎儿宫内窘迫，需迅速取出胎儿的情况，侧入式两指快速分离法剖宫产由于缩短了取出胎儿的时间，已经不再是其禁忌证，这是有别于其他术式腹膜外剖宫产的特点，也是其优势所在，当然，其前提是术者熟练掌握了这一手术。本组研究表明，侧入式两指快速分离法剖宫产是一项值得推广的手术方式。

参考文献：

[1] 戴钟英. 剖宫产术后晚期出血与剖宫产术式及操作技巧[J]. 实用妇产科杂志, 2001, 17(3): 128－129.

[2] 王金声, 杨梦庚. 再次剖宫产术应用腹膜外术式 36 例临床分析[J]. 中华妇产科杂志, 1994, 29(8): 461－462.

[3] 宁波新, 赵育革, 骆萌东, 等. 腹部横切口腹膜外剖宫产胎头娩出困难 205 例分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 1998, 14(2): 119－120.

[4] 李傲霜, 吕禄平, 李晓勤, 等. 腹壁横切口腹膜外剖宫产 125 例分析[J]. 现代医药卫生, 2004, 20(20): 2145.

[5] 滕银成, 林其德. 剖宫产的手术分类及其切口愈合[J]. 实用妇产科杂志, 2004, 20(5): 259－260.

[6] 陈 萍, 陈 颖, 孙 皓, 等. 改良侧入法腹膜外剖宫产术 100 例报告[J]. 中国医药卫生, 2004, 5(5): 54－55.

[7] 刘沛如, 史文华, 陈东东. 腹部横切口腹膜外剖宫产术对母乳喂养的影响[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 1998, 14(1): 47－48.

[8] 刘高焰, 杨 扬, 严邱英. 改良腹膜外剖宫产术 50 例分析[J]. 四川医学, 2004, 25(12): 1371.

[9] 彭海阳, 黄海霞, 彭海阳, 等. 改良式腹膜外剖宫产术临床分析[J]. 河北医学, 2004, 10(3): 205－207.

[10] 丁依玲, 朱付凡, 陶光实. 改良的经腹腹膜外剖腹产术的临床观察[J]. 湖南医科大学学报, 1997, 22(5): 434－436.

（编辑 陈聪连）

文章编号：1000-5404(2005)12-1287-01

个案与短篇

疝环充填式无张力修补法治疗腹股沟疝的临床观察

Mesh plug and patch for tension-free inguinal herniorrhaphy

隆永效[1]，孙英信[2]（[1] 重庆市红十字会医院外科，重庆 400021；[2] 重庆医科大学附属第一医院外科，重庆 400016）

腹股沟疝是外科常见病，其传统的手术方式多采用 Bassini 法。近年来，疝环充填式无张力修补法（mesh plug）已广泛应用于临床，其复发和早期并发症亦时有发生。为了总结经验，我院对 2001－2005 年 1 月采用疝环充填式无张力修补法治疗腹股沟疝 62 例时行分析报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 62 例，均为男性，年龄 61～80 岁。直疝 41 例（其中 4 例为双侧疝，术时疝囊较小的一侧采用 Bassini 法，另一侧采用 mesh plug 法），斜疝 21 例，原发性疝 52 例，复发性疝 10 例。参照马颂章等[1]提出的分型标准，本组 II 型 18 例，III 型 24 例，IV 型 20 例。62 例中合并前列腺肥大 17 例，糖尿病 3 例，高血压 6 例。Mesh plug 疝环充填物和补片采用美国 Bard 公司的产品。

1.2 手术方法

均为硬膜外麻醉，切口和游离精索同 Bassini 法。直疝或尚未入阴囊的斜疝的疝囊直接回纳，较大疝则将疝囊横断，远端尽量予以剥离，置入疝环填充物，外瓣与疝环齐平，并与疝环缝合固定 4～8 针。本组早期手术的 11 例仅固定 4 针。近 3 年手术病例一般缝合 7～8 针，并特别注意其内侧与耻骨结节骨膜的缝合，下方与腹股沟韧带缝合的层面略深些。然后精索后方置补片，下方仍与腹股沟韧带缝合，便不与外瓣在同一层面。其缝合在早期的 11 例较稀疏（5～6 针）。近 3 年期一般缝合 10 针左右。腹外斜肌腱膜、皮下脂肪依次缝合，皮肤间断缝合 53 例，皮内缝合 9 例。

2 结果

本组无死亡病例，术后伤口红肿 8 例，经加大抗感染辅以理疗后 I 期愈合；皮下积血 2 例，经引流痊愈。阴囊血肿 6 例，

（下转 1291 页）

作者简介：隆永效（1953－），男，重庆市丰都县人，副主任医师，主要从事普通外科方面的研究，发表论文 12 篇。电话：(023)66586086

收稿日期：2005-03-16；修回日期：2005-05-23