维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2000年第9卷第2期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2000, Vol.9, No.2

分娩时会阴三度裂伤15例分析

亓玉淑* 赵 允*

在分娩时，因先露部的下降与对盆底的直接压迫，肛提肌扩展，会阴体变薄，由于胎儿娩出过程中的多种因素，致会阴与阴道损伤。凡同时累及部分或全部肛门括约肌，甚至直肠下段前壁的损伤为三度裂伤。我院自1995年1月至1998年12月4年间经阴道分娩共6867例，其中发生会阴三度裂伤者15例，占0.22%。全部病例均行会阴修补术后痊愈。现报告如下。

一、临床资料

（一）资料来源：1995年1月至1998年12月我院产科经阴道分娩致会阴三度裂伤共15例。

1.年龄、孕周、孕产次、胎方位的分布：年龄最小23岁，平均27.3岁，24～28岁者占60%(9/15)。全部病例均在39～40周之间。第1次分娩11例(73.3%)，其中5例为第1次妊娠；第2次分娩4例(26.7%)，8例为第2次妊娠，2例为第5次妊娠；枕前位娩出者10例(66.7%)，枕后位娩出者5例。

2.妊娠合并症：4例合并胎儿宫内窘迫，4例合并羊水三度污染，2例合并胎膜早破，合并羊水过少和脐带隐性脱出各1例。

3.裂伤程度：9例只存在部分或全部肛门括约肌断裂(60%)，其余6例合并直肠粘膜损伤(40%)。

（二）会阴三度裂伤的有关因素

1.阻塞性难产致会阴三度裂伤6例，其中第二产程延长3例，均小骨盆2例，滞产1例。

2.胎头原因：以枕后位娩出者5例，巨大儿3例。

3.胎儿娩出过速：急产4例(总产程平均2.5小时)。

4.助产方式(见附表)。

附表 助产方式

助产方式	侧切	中切	胎吸	产钳	自然分娩
例数	8	2	1	7	7
%	53	13	7	47	67

5.接产时处理不当：胎头娩出后胎肩部娩出时放松保护会阴2例。

二、结果和讨论

（一）根据本组病例分析，会阴三度裂伤的原因大致分以下几种：

1.在一些梗阻性难产病例，因第二产程延长或滞产，胎头压迫盆底组织过久，使会阴部血流不畅，水肿，会阴体弹性差，致会阴严重撕裂。

2.胎儿较大或胎头以较大周经通过产道(枕后位)，使会阴体过度受压强迫伸展，而致会阴三度裂伤。

3.因宫缩过强，会阴及阴道未充分扩张，胎儿过快经阴道娩出者，也可致会阴及阴道严重撕裂。

4.在手术助产时，因会阴左斜切口过小，可自切口上端呈45度角向肛门裂开累及肛门括约肌和直肠前壁；会阴正中切开过小，未很好保护会阴，分娩时切口下延撕裂肛门括约肌和直肠前壁。此外，在助产时，牵拉速度过快、牵引方向不正确，术者与助手配合不好均可致会阴三度裂伤。

（二）会阴三度裂伤的预防

1.指导产妇分娩时正确用力，防止胎儿娩出过快。

2.助产手术时应常规行较大的会阴侧切，术者与助手配合好，牵拉适度，尽量摒弃正中切开，因它发生三度裂伤的机会增加8倍。

3.提高接生水平，正确保护会阴，接生人员应让胎儿按分娩机转以最小经线通过会阴。

4.对于骨盆均小，胎儿估计较大的产妇应行会阴侧切。

（三）会阴三度裂伤的处理

1.及时缝合，应仔细辩清解剖关系，清洗外阴及伤口，肠线缝合直肠壁，线结打在肠腔内，粗丝线8字缝合肛门括约肌，然后肠线缝合盆底肌肉，并逐层缝合阴道粘膜及皮下组织，细丝线缝合皮肤，试肛门收缩良好。

2.术后护理及注意事项：保持会阴清洁，大便后用消毒液浸泡棉球擦洗创面。进无渣半流食3～5天，全身用足量抗生素，每日肤阴洁湿巾敷创面数次，术后3天服鸦片酊控制大便，术后4天加服缓泻剂，以防便泌而致排便时伤口裂开。不宜灌肠或放置肛管。

3.术后5整天拆除会阴皮肤丝线。

参 考 文 献

1.三淑贞，等主编.实用妇产科学.第1版.北京：人民卫生出版社，1990.428.
2.黄醒华.产时会阴裂伤的处理和预防.实用妇产科杂志，1993，5(9)：234.
3.谷祖善，等.陈旧性产道损伤的防治.实用妇产科杂志，1993，5(9)：240.

(收稿：2000-01-03)

* 作者单位：255029 山东省淄博市妇幼保健院妇产科