维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第2期
Chin J Regional Anat & Operative Surg,2002,Vol.11,No.2

预防会阴Ⅲ度裂伤的体会

蒋 凤*

会阴裂伤或阴道撕裂是发生在分娩过程中第二产程,胎儿娩出时常见的并发症。初产妇的发生率较高,一般情况下多为Ⅰ、Ⅱ度会阴裂伤、Ⅲ度裂伤较少见。为了减少产妇的痛苦、提高助产技术,预防会阴Ⅲ度裂伤的发生,现对我科1994年1月至2000年6月会阴阴道Ⅲ度裂伤进行分析。

一、临床资料

我科自1994年以来,经阴道分娩产妇共4150人次,发生会阴阴道Ⅲ度裂伤者5例,约占阴道分娩总数的1.2‰。5例会阴Ⅲ度裂伤病例中,均为初产妇,正常足月妊娠。其中5例均有不同程度会阴水肿,胎儿体重在(4000±250)g者2例(1例重3925克,另一例重4150克),胎儿娩出前发生阴道血肿者1例,胎头娩出过速1例,胎头以枕右后——枕右横娩出1例,关于5例会阴Ⅲ度裂伤发生原因及发生率见附表。从表中可以看出,会阴条件差和人工腹压是导致会阴Ⅲ度裂伤的主要原因,其次是胎儿因素。

附表 会阴Ⅲ度裂伤原因及发生率

病因分类	阴道、会阴因素		胎儿因素		其它	
	会阴水肿弹性差	阴道血肿	体重4000±250g	胎儿娩出过速	枕右后——枕右横	人工腹压
例数	5	1	2	1	1	4
发生率	100%	20%	40%	20%	20%	80%

二、结果与讨论

1.会阴Ⅲ度裂伤时的诊断与处理:胎儿胎盘娩出后,应常规检查宫颈、阴道及会阴部有无撕伤、血肿等。检查应细致、完全,损伤常常是复合性的。如阴道裂伤与会阴Ⅲ度裂伤可同时存在,故不应遗漏。一旦发生会阴Ⅲ度裂伤,接产人员下要惊慌,应立即请示上级主管医师,同时作好会阴Ⅲ度裂伤修补术的准备工作。缝合时注意消毒、止血、正确辨认解剖结构,将损伤组织按解剖关系对抗缝合,不留死腔。缝合前,先用甲硝唑溶液将会阴冲洗干净。

2.会阴Ⅲ度裂伤的护理:发生会阴Ⅲ度裂伤后,要镇定自若,保持清醒头脑,护理工作有条不紊地进行。胎儿胎盘娩出后及时给予宫缩剂,促进子宫收缩。缝合伤口时,可根据情况给予产妇安定10mg静脉注射或杜冷丁50mg、非那25mg肌注,以便使产妇更好地与医生配合 随时注意伤口的出血情况,严密观察产妇脉博、呼吸 血压的变化,建立静脉通道,并专人作好详细记录。术后留置尿管,保持会阴、肛门局部清洁、干燥。每天用1:1000新洁尔灭或1:10肤阴洁液冲洗会阴2次,随时更换消毒会阴垫。进少渣或流汁饮食3~5d,以减少大便排出。予以口服头孢氨苄0.25克每日二次;肌注青霉素等抗生素治疗,防止伤口感染。同时用75%酒精会阴湿热敷每日二次,3~5d后,可口服石蜡油20ml每日一次,以利大便排出。1:5000PP水坐浴每日二次。同时密切观察伤口情况,产妇如有肛门坠胀、应作肛查、警惕阴道或伤口血肿发生。观察阴道恶露量性质、有无异味,注意体温变化,发现问题,及时处理。

3.会阴Ⅲ裂伤的预防:(1)全面了解产妇情况。产前应熟悉并了解产妇全身产科情况、有无妊娠合并症,并发症以及其严重程度。对会阴条件差、水肿、缺乏弹性或胎儿出生前已形成阴道血肿的产妇,在作会阴侧切前,应作阴部神经阻滞麻醉、并适当加大会阴侧切口。在接产过程中,应适当帮助胎头旋转、俯屈、尽量使胎头以最小径线(枕下前囟径)通过母体骨盆的出口平面。对产程进展快的产妇,应尽早做好接产准备工作,防止因措手下及而导致产道损伤。(2)加强产时监护。进入产程后专人护理,观察胎心、宫缩、羊水性状。使用催产素者,注意催产素的浓度、滴速,及时了解宫口开大及先露下降情况,严密观察产程进展。同时与产妇多交流,作好心理护理,减轻产妇对分娩的恐惧心理,增加产妇对工作人员的信任和自身的安全感,保持最佳心态面对分娩。(3)切忌腹部加压。在5例会阴Ⅲ度裂伤的产妇中,有4例使用了不同程度的人工腹压。进入第二产程后,有时会发生胎儿心减慢、羊水Ⅲ级等胎儿宫内窘迫征兆,医护人员为避免胎儿发生意外,想尽快结束分娩,好心的帮助产妇加腹压,结果不慎,造成会阴裂伤,好心却没办好事。因此在分娩过程中,操作人员动作要轻柔,切记腹部加压,防止外力作用造成会阴裂伤,应引导产妇循循用力。(4)正确估计胎儿体重。胎儿过大,对胎儿体重估计不足也是

* 作者单位:400038 重庆市第三军医大学附属第一医院妇产科

维普资讯 http://www.cqvip.com

造成会阴Ⅲ裂伤的原因之一。在5例Ⅲ度裂伤中，胎儿体重(4000±250)g者占2例。这就要求助产人员在待产过程中准确的测量产妇的骨盆大小、宫高、腹围，以及根据产前超声检查正确估计胎儿体重。对巨大儿，应估计到发生肩难产的可能。待产过程中应通过阴道检查了解胎方位 胎先露高低，若有明显的头盆不称或胎方位异常，则应以剖宫产及时终止妊娠。

另外，接产人员技术的熟练程度，也是重要的原因。每一位助产人员，都应虚心学习，精益求精，在实践中不断摸索，规范每一项操作，以提高保护会阴技巧及接产技术水平，从而避免发生会阴Ⅲ度裂伤。

(收稿日期：2002-03-06)

异丙酚与异丙酚加芬太尼用于无痛引流术的比较

王艳春* 王学民* 潘明娟**

近几年我院麻醉科与妇科联合在门诊开展了无痛引流术。无痛引流术克服了以前做引流患者疼痛难忍，术中挣扎，术后出现头晕、虚汗、心悸、恶心等并发症、以及由于扩张宫颈时负压吸引刺激引起的心率不齐，血压下降，胸闷大汗等不良体征；也消除了多数孕龄妇女恐惧心理，使很多孕妇易于接受。本文吸取国内外的一些先进经验，采用单纯给异丙酚和异丙酚与芬太尼合用给药的镇痛方法都收到了良好的效果，现报道如下。

一、资料和方法

1.临床资料：选择20例孕妇妊娠天数40～60d左右、SAS分级为Ⅰ～Ⅱ级，分为两组，每组10例，进行无痛引流比较，见表1。

表1 孕妇一般资料

	例数	ASA	妊娠天数	体重	有生育史	无生育史
异丙酚	1例	Ⅰ～Ⅱ级	(45±5)d	(55±8.3)kg	5	5
异丙酚加芬太尼	1例	Ⅰ～Ⅱ级	(45±7)d	(60±5.2)kg	4	6

2.方法：两组患者术前皆禁食水6～8h，术前30 min肌注阿托品0.5mg，进入手术室置截石位，测量血压、SPO_2、心率等生命体征，面罩吸氧，观察呼吸频率及潮气量，建立一条静脉通路给药，每隔3min记录上述生命体征。

(1)异丙酚组：静脉异丙酚按2～2.5mg/kg，20s注完，首剂诱导50s后，仍追加维持量0.3～0.5mg/kg，间隔50s追加维持量直至手术结束。

(2)异丙酚加芬太尼组：先静脉给芬太尼0.05～0.1mg，1min后再静脉给异丙酚1.5mg/kg，间隔50s追加维持量0.1～0.3mg/kg，直至手术结束。两组皆以膝反射消失为意识消失标志，以呼之能应为意识恢复标志，术中SPO_2不低于97%以上，否则面罩加压给氧。

二、结果

两组病例表示：患者意识消失快，恢复也快，术后20min左右，患者可自行下地离开医院，异丙酚组用药总量平均为180mg左右，芬太尼加异丙酚组异丙酚用药平均在125mg左右，两组患者皆未见抽搐、恶心、呕吐、表情痛苦，面色苍白及昏厥等现象，个别患者出现一过性呼吸抑制，SPO_2下降，托起下颌加压给氧即可缓解，有一例患者初期给药出现谵语兴奋，静脉注射痛，清醒后症状消失，其它有的患者潮气量下降，呼吸频率及心率减慢，血压较术前略低，但都在正常范围内。

表2 两组患者用药后结果比较表

	意识消失	意识恢复	平均手术	术后离院
异丙酚组	(55±12)s	(9.1±3.31)min	(7±3.2)min	(17.12±4.5)min
芬太尼加异丙酚组	(40±11)s	(8±1.61)min	(6±2.1)min	(23.23±5.31)min

三、讨论

异丙酚是一种快速有效静脉麻醉药，与其它任何一种静脉麻醉药的化学结构不同，其半衰期短、苏醒快，短时期内即从体内清除，副作用小，镇痛作用弱，应用少量芬太尼可减少异丙酚用量，且术中患者安静，小剂量芬太尼对循环呼吸没有影响，大量异丙酚对呼吸幅度及频率都有抑制作用，但抑制幅度在上述人流中能很好地控制给药速度及药量，自主呼吸可保持，对血压、心率波动都在正常范围内，抑制反应是一过性的，手术结束，血压、心率即恢复到基础值，两组患者术中无痛苦。

总之，小剂量芬太尼加异丙酚用于人工流产和单独异丙酚用于人工流产都能取得满意的麻醉效果，尽管单独用异丙酚用量相对大，有一定呼吸抑制，但是一过性的，吸氧后很快恢复，安全性很大，上述两种镇痛方法在人工流产术中都值得推广。

(收稿日期：2001-12-25)

* 作者单位：150040 黑龙江省红十字医院
** 山东省沂南县人民医院