维普资讯 http://www.cqvip.com

1.手术时间:腹膜外剖宫产时间(平均为42min 15s)明显较子宫下段剖宫产时间(平均为25min 10s)长,尤以从切皮至胎儿娩出时间长(平均分别为18min 28s;5min 15s)。两组差异有显著性(P<0.01)。

2 胎儿娩出方式:由于腹膜外手术暴露下宽敞,胎儿娩出较困难,产钳助娩率较高,本组中有26例,占14.4%;而子宫下段手术暴露充分,子宫切口偏于下段的上部,切口下即为胎儿耳部者较多,产钳助娩率极低,本组中有1例,占1.1%。两组差异有显著性(P<0.01)。

3.胎儿娩出情况:腹膜外手术胎儿娩出多困难,切皮至胎儿娩出时间又长,胎儿窒息率相对较高,本组中Ⅰ°窒息者11例,Ⅱ°窒息者2例;而子宫下段手术Ⅰ°窒息者2例,无Ⅱ°窒息。两组差异有显著性(P<0.01)。

4.产后病率:腹膜外手术组术后发热有38例,而子宫下段组仅有8例,两组差异有显著性(P<0.01)。

三、讨论

腹膜外剖宫产术由于不在腹腔操作,对原有宫内感染或潜在感染的产妇较适合,术后肠蠕动恢复较快,术后近期合并症及远期后遗症少。近年来随着有关技术条件和社会因素变化,其术式应用指征明显扩大,因此国内许多医院在以往的十年来都在施行。但从本文统计的资料来看,子宫下段的优点多于腹膜外的优点,技术要求下高掌握较易。

剖宫产的目的在于保护母婴的安全,力争娩出正常良好的婴儿,腹膜外剖宫产从切皮至胎儿娩出的时间长,如果胎儿窘迫需迅速切开子宫,还是以子宫下段为宜。腹膜外手术子宫下段暴露不够宽敞,娩出胎儿较困难,故从切皮至胎儿娩出时间较子宫下段长,产妇长时间的仰卧增加了胎儿的缺氧时间,而且产钳助娩率高,增加了新生儿窒息的发生率。手术时间长,同等条件下感染的机会也大。因此,尽管腹膜外剖宫产有疤痕不明显,下进入腹腔等优点,但应根据母婴情况,不应片面扩大应用范围。

(收稿日期:2001-08-23)

胎头吸引器助产临床分析

沈燕萍*

胎头吸引术是用胎头吸引器置于胎头顶枕部,形成负压后吸引于胎头上,通过牵引协助娩出胎儿的一种阴道器械助产术,易掌握,优点多,在临床上应用广泛。我院从1995年1月至2000年12月行胎头助产术165例,现分析报告如下。

一、临床资料

1.一般资料:我院从1995年1月至2000年12月分娩总数1861人,其中阴道分娩1849例,吸引助产165例,占分娩总数的8.9%。产妇年龄最大34岁,最小21岁。初产妇155人,占93.93%,经产妇10人,占6.07%,胎膜早破33例,占20%。

2.吸引助产指征:吸引助产指征及所占百分比见附表。

附表 吸引产指征及百分率

体 征	例 数	百分比
宫缩乏力	65	39.39%
临床骨盆	1	0.61%
胎儿宫内窘迫	48	29.1%
内科合并症	6	3.63%
枕部异常	45	27.27%

3.吸引术手术步骤:我院使用吸引器为牛角形吸引器,适用于中低位胎头。吸引步骤:①产妇取膀胱截石位。②导尿。③确认宫口已开全,胎膜已破,胎头已为棘下2cm或3cm,切不可认为产瘤即先露为最低点,应以胎头骨质部为标准。④作会阴侧切术。⑤放置吸引器。⑥开吸引器,形成负压,一般在40-0mmHg。⑦牵引胎头,时间下超过15分钟,滑脱下能超过2次。⑧取下吸引器娩出胎儿。

4.吸引助产次数:在165例头吸术中二次吸引5人,占3.03%;因头吸失败改用产钳1例,无一例剖宫产。吸引一次成功率为96.36%。

5.母儿预后:在165例胎头吸引术中,新生儿重度窒息为5例(APgar评分在3分以下者),占3.03%;轻度窒息为21例(APgar评为4—7分者),占12.72%;头颅血肿8例,占4.84%;缺血缺氧性脑病2例,占1.21%;新生儿死亡1例,因重度窒息,抢救无效死亡。165例均为侧切,切口无一例化脓裂开,产后出血1例。

二、讨论

胎儿头吸引术因具有简便、易掌握优点,在我国已广泛使用,但在使用时应严格掌握适应症,并按操作规程进行,以减少手术并发症,维护母儿安全。胎头吸引器放置时下须超过胎头及伸入产道深处,因此不易造成软产道损伤,很少导致感染。当胎头已降至骨盆出口时,胎头吸引常能顺利娩出胎儿。但吸引时间超过15分钟或多次滑脱时,胎儿损伤机会就会增加。胎头吸引器不占据骨盆侧壁空间位置,并可旋转360°而不损伤母体组织,由于旋转不受限制,牵引时可使胎头沿阻力最小的途径前进,并可将枕后位及枕横位胎头转至枕前位,最适宜于持续性枕后位及枕横位徒手旋转胎位失败者。但头吸的使用也有一定的局限性,如娩出胎头较慢,且娩出时需产力配合;昏迷不能增加腹压者不宜使用,对早产儿及体重儿下宜使用。

(收稿:2001-06-27)

* 作者单位:312055 浙江省绍兴县王坛人民医院