维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号：0253-3626(2006)05-0762-04

两种途径剖宫产的临床评估

尹　维，姚晓燕，郑雪华，杜晓琴

（绵阳市中心医院，绵阳市人民医院妇产科，621000）

【中国图书分类法分类号】R713.+1　　【文献标识码】B　　【收稿日期】2006-06-27

剖宫产是解除孕妇和胎儿的危急状态的有效方法之一，也是解决某些难产的最终和最有效的一种手段。由于手术和麻醉技术不断改进。剖宫产的安全性已明显提高，剖宫产率随之上升。目前多采用子宫下段剖宫产术和腹膜外剖宫产术。二种手术途径的临床结局如何？选择适应证如何？现对我院因不同手术指征行剖宫产术的二种手术途径的临床结局进行分析评估，现报告如下。

1　资料与方法

1.1　研究对象

2004 年 1 月至 2005 年 10 月选择因不同手术指征而行剖宫产术患者 218 例，分别经两种手术途径行剖宫产术，子宫下段剖宫产术 132 例，腹膜外剖宫产术 86 例，子宫下段剖宫组有 42 例曾有阑尾炎手术史，腹膜外剖宫产组有 14 例曾有阑尾炎手术史，子宫下段剖宫产组有 18 例因合并子宫肌瘤同时行子宫肌瘤剔除术，3 例因卵巢囊肿而同时行卵巢囊肿剥除术，术后病理报告均证实为子宫平滑肌瘤及囊肿为良性卵巢囊肿，新生儿体重子宫下段剖宫产组为 2450~4150g，腹膜外剖宫产组为 2550~4050g，二组间比较差异无显著性，腹膜外剖宫产组有 8 例临床已表现感染者。

1.2　操作技术

麻醉方式均采用持续硬膜外麻醉，子宫下段剖宫产均采用 Stark 剖宫产术[1]。腹膜外剖宫手术采用改良联合式[2]腹膜外剖宫产术须符合如下条件：①非前置胎盘；②无严重胎儿宫内窘迫；③无子宫及附件肿块；④无先兆子宫破裂；⑤非横位；⑥不需要紧急挽救产妇和胎儿者。218 例手术均为本院同一高年资医师完成。

1.3　资料收集

记录术中术后临床资料。

1.4　统计学处理

采用 χ^2 检验和 t 检验。

作者介绍：尹　维（1975-　），女，主治医师，主要研究方向：难产。

2　结　果

2.1　两种手术方式术中情况比较

两种术式手术时间、胎儿娩出时间、出血量、新生儿窒息发生见表 1，在手术时间上两种术式时间比较差异无显著性。但胎儿娩出时间两种术式间比较差异有显著性。术中出血量上，腹膜外剖宫产组出血稍多，但两种比较，差异无显著性，新生儿窒息发生两组相比差异无显著性。

表 1　两种术式的术中情况比较

	手术时间（min）	胎儿娩出时间（min）	出血量（ml）	新生儿窒息（n）
子宫下段剖宫产	34~55(1)	2~6(2)	220~480(3)	12(4)
腹膜外剖宫产	40~60(2)	6~15(2)	250~515(3)	9(4)

注：（1）两组间比较 $P>0.05$；（2）两组比较 $P<0.05$；（3）两组比较 $P>0.05$；（4）两组比较 $P>0.05$。

2.2　两种手术方式术后比较

两种手术方式术后情况比较见表 2，术后排气时间腹膜外剖宫产组明显低于子宫下段剖宫产组，平无 9h，术后最高体温比较腹膜外剖宫产组比子宫下段剖宫产稍低，但无差异显著性。腹膜外剖宫产组有 5 例出现腹膜侧窝炎，而子宫下段剖宫产组未发生，两组相比差异无显著（$P<0.05$）。

表 2　两种术式术后情况比较

	术后排气时间（h）	术后最高体温（℃）	膀胱侧富炎
腹膜外剖宫产	9.0 ± 4.32(1)	38 ± 0.3(2)	5(3)
子宫下段剖宫产	30 ± 13.25(1)	38.2 ± 0.4(2)	0(3)

注：（1）两组比较 $P<0.05$；（2）两组比较 $P>0.05$；（3）两组比较 $P<0.05$

（下转第 772 页）

维普资讯 http://www.cqvip.com

[3] 温家宝总理在渝考察纪实，新华网，新闻中心，滚动新闻 http://news.xinhuanet.com/newscenter/2006-04/24/content_4468739.htm.
[4] 刘晓波，刘雁飞，祁国明.推广卫生适宜技术，促进农村卫生事业发展[J].中华医学科研管理杂志，17(3)：政策研讨.
[5] 王宇明，郭金玲，高三友，等.河南农村卫生适宜技术推广示范初步思考[J].河南医学研究，2005；14(4).

（上接第 751 页）

3 讨 论

超声消融系统的作用原理：利用低频高能的超声波对组织产生的机械性破碎作用和空穴作用[4]来达到打通血管的目的。

先将下腔静脉滤器放置于腔静脉内，可有效阻止血栓随血液循环到肺静脉，防止肺栓塞的发生。

静脉内导管留置直接将溶栓药物泵入血栓内，为患者建立了一条病变血管直接给药的通道，增大了局部药物浓度，并可实现持续给药、增强超声消融效果、防止消融后血栓再形成和减少全身药物用量，减少出血并发症的目的[5]。

四肢循环泵的作用原理：通过间断气囊压迫肢体，阻止深静脉扩张，防止足和股部的静脉血流滞缓，促使血液回流，减轻肢体肿胀。

总之，静脉滤器置入加手术治疗能有效防止肺栓塞，明显改善肢体缺血肿胀和股青肿，减轻局部张力缓解疼痛，能减少药物用量和并发症；但有凝血象异常、肢体肿胀和血栓再形成的危险。应注意观察，保持留置导管功能良好，早期应用四肢循环泵进行护理干预，以减轻肢体肿胀。四肢循环泵能减轻肢体肿胀。其远期效果如血栓再形成等有待于进一步研究随访。

参 考 文 献

[1] Pineo GF，Hull RD.Prevention and treatment of venous thrombolisms [J]. Drugs.1996；52(1)：71.
[2] 孙建明，陈以宽，朱仕钦.超声消融治疗动脉硬化症疗效观察[J].临床超声医学杂志，2004；6(3)：139-141.
[3] 刘碧波，李凤英，文志广，等.介入性动脉内留置导管治疗慢性骨髓炎的观察与护理 21 例 [J].实用护理杂，2003；19(12)：19-20.
[4] 张精勇，吴学君，金 星，等.超声引导下置管溶栓治疗下肢深静脉血栓形成[J].临床外科杂志，2004；12(3)：190-191.
[5] 徐 冬，许海燕，姜 宏，等.超声消融术治疗外周动脉完全闭塞性病变的护理配合[J].解放军护理杂志，2003；20(10)：54-55.

（上接第 757 页）

[2] Ohta y，Oda m，Sunezuka Y，et al Results of recent therapy for non-small-cell lung cancer with brain metastasis as the initial relapse[J]. Am J Clin Oncol，2002；25(5)：476-479.
[3] Park YG，Chol JY，Chang JW，et al Gamma knife radiosurgery for metastatic brain tumors[J].Stereotact Funct Neurosurgery，2001；76(3-4)：201-203.
[4] 周宗政，王绿化，吕纪马，等. 全脑照射加 Vm-26 治疗肺癌脑转移的 1 期临床试验[J].中华放射肿瘤学杂志，2003；12(4)：228-229.
[5] Westphal M，Heese O，de Wit M.Intracranial metastases thera-peutic options [J].Ann Oncol，2003；14(suppl 3)：4-10.
[6] Taimur S，Edelman MJ.Treatment options for brain metastases in patients with non-small cell lung cancer[J].Curr Treat Options Oncol，2003；4(1)：89-95.

（上接第 762 页）

3 讨 论

两种术式术中情况比较，手术时间术中估计出血量，新生儿窒息，二种术式间差异无显著性（$P>0.05$）。但胎儿娩出时间上子宫下段剖宫产明显优于腹膜外剖宫产。

术后排气时间，腹膜外剖宫产组明显优于子宫下段剖宫产，术后最高体温两组无明显差异，但胎膜外剖宫产组有 8 例临床表现感染者，但腹膜外剖宫产膀胱侧窝炎发生率明显高于子宫下段剖宫产。

从上资料中提示：腹膜外剖宫产及子宫下段剖宫产各有利弊，两者不能替代，子宫下段剖宫产是应用最广的剖宫产术式，切口位于子宫下段，易于用腹膜反折，遮盖，只要腹膜清洗干净，可起到一定预防腹膜感染和粘连的作用 [3] 但在开腹术中通过干扰相对较多，术后恢复时间长，术后腹膜粘连机会多。腹膜外剖宫产不进入腹腔，不干扰排腹腔脏器的功能，术后不禁食，全身反应少，恢复快，宫腔内感染不易波及腹腔，不引起肠麻痹和粘连，但进入宫腔取出胎儿较子宫下段剖宫产慢，下段显露不够宽敞，娩出胎儿相对困难，术中无法探测附件及子宫情况，同时易发生膀胱侧窝炎，所以，我们认为，两种途径剖宫产各种优劣，在选择术式时，应综合考虑产妇情况，胎儿状况和术者技能经验而定，选择最适合的手术途径，不可偏颇。

参 考 文 献

[1] 凌萝达，顾奎礼.难产[M].重庆出版社，268-274.