

二次剖宫产子宫切口不同方式的临床效果对比研究

陈新兰

(贺州广济医院 广西贺州 542800)

摘要:目的:分析二次剖宫产孕子宫切口应用不同方式的临床效果。方法:随机遴选出本院收治的2021年5月~2022年5月间收治的100例二次剖宫产手术孕产妇作为研究对象,依据治疗方法的不同进行组别划分,其中对照组50例孕产妇采取剪开膀胱子宫反折,下推膀胱,在子宫下段肌层原瘢痕正中作一小切口,横向剪开并娩出胎儿;而观察组二次剖宫产孕产妇(50例)则无需剪开膀胱子宫反折,在原有的瘢痕切口上方1cm处作一小切口,并由该切口横向剪开娩出胎儿。对比两组孕产妇临床相关指标、子宫切口撕裂率、胎头娩出受阻率、膀胱损伤率。结果:观察组二次剖宫产孕产妇的手术时间短于对照组,胎儿娩出时间、术中出血量、导尿管保留时间与对照组相比均具有统计学差异($P < 0.05$);而且观察组孕产妇膀胱损伤率、子宫切口撕裂、胎头娩出受阻率均低于对照组($P < 0.05$)。结论:对二次剖宫产孕产妇而言,采取不同的子宫切口方式,其治疗效果也有所不同。在原有的瘢痕切口上方1cm处作一小切口,横向切开并娩出胎儿的方式有助于缩短手术时间,也不会对孕产妇的膀胱造成较大损伤,应用价值令人满意,值得推荐。

关键词:二次剖宫产;子宫切口;不同方式;临床效果

剖宫产作为解决异常分娩的一种产科手术方式已经有着非常悠久的历史,在最近数十年内因为剖宫产率急剧升高,而逐渐引起社会高度关注,并开始采取相关整顿措施进行抑制。近年来,我国二孩、三孩的政策开放,一些高龄孕产妇比例也随着升高。很多高龄孕产妇无法顺利自然分娩,最终选择二次剖宫产^[1-3]。

剖宫产术虽然能够有效帮助孕产妇娩出新生儿,但是该手术后所产生的并发症也同样需要引起重视。另外,针对需要二次剖宫产的孕产妇而言,二次手术的风险性、手术难度均较高,另外切口的选择对其术后康复同样会产生直接的影响^[4-5]。因此,为了减少孕产妇在术中的损伤,提高剖宫产手术的有效性、安全性,本次研究中随机遴选出本院100例剖宫产孕产妇,随机分组后采取不同的手术切口,探讨子宫切口不同方式的应用价值,以下是详情报道。

1. 资料与方法

1.1 基线信息

随机遴选出本院在2021年5月到2022年5月间收治的100例二次剖宫产手术孕产妇,所有入组对象均符合二次剖宫产手术指征,均未进行试产,孕产妇及其家属均对本次研究知情,并签署同意书;排除患有严重的肝肾、心脏疾病患者、无二次剖宫产手术指征患者、依从性较差患者。将100例孕产妇随机分为对照组、观察组,一组50例。

对照组孕产妇的年龄范围在18岁至40岁之间,组内年龄均值为(32.83 ± 3.82)岁,孕周范围:37~40周,平均为: 38.9 ± 0.3 周,两次剖宫产手术间隔时间范围:3~7年,平均为: 4.2 ± 0.1 年;观察组孕产妇的年龄范围:18~40岁,组内年龄平均值为: 32.87 ± 3.81 岁,孕周范围:37~41周,平均为: 38.8 ± 0.5 周,两次剖宫产手术时间间隔范围:3~8年,平均为: 4.5 ± 0.3 年。两组孕产妇上述基线信息没有显著影响($P > 0.05$),因而可展开统计学对比。

1.2 方法

100例孕产妇接受二次剖宫产手术时,均采用腰硬联合硬膜外麻醉方式。以此为基础,对照组孕产妇在原皮肤瘢痕切口位置,使用手术刀逐层切开腹壁,进入腹腔以后将孕子宫下段暴露出,采

取切开膀胱子宫腹膜反折、下推膀胱子宫切口的方式,在原有的子宫下段肌层瘢痕正中位置处,将肌层切开,长度大约2cm左右,随后刺破胎膜,将切口位置的羊水吸除干净,横向的将切口向两侧进行锐性分离,并逐步的将切口扩大到10cm左右,术者随后伸入四指探查羊膜腔内,托住胎头后,由助手向子宫宫底微微加压,术者以托住胎头娩出的方式完成二次剖宫产^[6]。

观察组孕产妇则在原皮肤瘢痕切口位置,逐层的切开腹壁后,进入腹腔将孕产妇的子宫下段暴露出,在原手术瘢痕位置上方1cm处,对膀胱子宫腹膜反折、切开肌层,无需对膀胱子宫反折进行剪开处理,作出2cm左右的小切口,刺破胎膜,同样吸除干净羊水后,使得切口横向向两侧切开分离,并逐渐延长切口,直至10cm大小。同样伸入四指探查至羊膜腔内,采取ROA、LOA位,将胎头托住,由助手加压力子宫宫底,注意控制力度,托住胎头后完成分娩^[7]。

及时的清理所有新生儿呼吸道,并切断其脐带,取出胎盘,使用纱布擦拭子宫腔,对子宫壁注射催产素,为了预防产后出血发生,需要使用爱丽丝钳夹住切口,并使用可吸收线对孕子宫肌层和浆膜层进行缝合,完全的清除产妇盆腔积血后,逐层关闭腹腔,以无菌敷料加以固定,后期定期观察切口恢复情况,定期更换敷料。

1.3 观察指标

观察对比2组孕产妇临床相关指标、子宫切口撕裂率、胎头娩出受阻率、膀胱损伤率。临床相关指标包括:手术时间、胎儿娩出时间、术中出血量、导尿管保留时间等。

1.4 统计学分析

评定本文研究结果使用SPSS22.0进行,计量数据经由($\bar{x} \pm s$)表述,t检验获取处理结果,计数资料经由(%)表述, χ^2 检验获取处理结果,通过分析如果P值 < 0.05 ,则表示具有影响。

2. 结果

2.1 对比2组二次剖宫产孕产妇临床相关指标

与对照组相比较,观察孕产妇的手术时间较短,胎儿娩出时间短,术中出血量少,而且导尿管保留时间短,数据对比结果显示: $P < 0.05$ (见表1)。

表1 对比两组二次剖宫产孕产妇临床相关指标($\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间(min)	胎儿娩出时间(min)	术中出血量(ml)	导尿管保留时间(min)
对照组	78.81 ± 5.79	28.82 ± 4.10	378.86 ± 18.39	38.86 ± 2.72

观察组	70.20 ± 2.17	11.70 ± 3.91	330.56 ± 10.86	10.14 ± 0.96
t	10.973	12.205	57.290	20.481
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 对比 2 组二次剖宫产产妇恢复情况

及膀胱损伤率均低于对照组，数据对比：P < 0.05（见表 2）。

观察组二次剖宫产手术孕产妇子宫撕裂率、胎头娩出受阻率以

表 2 两组二次剖宫产产妇预后恢复情况对比（n/%）

组别	例数	子宫切口撕裂率	胎头娩出受阻率	膀胱损伤率
对照组	50	10 (20.00)	7 (14.00)	9 (18.00)
观察组	50	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (4.00)
卡方值	—	4.519	5.941	4.427
P	—	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3. 讨论

近年来，我国逐渐开放二孩、三孩政策，鼓励适龄适育女性分娩，为社会稳定发展作出贡献。在上述因素的影响下，剖宫产分娩率、二次剖宫产比例也随之升高。剖宫产属于产科分娩中常见的手术方式之一，能够有效解决难产、产科并发症等，是挽救母婴健康的重要手段^[8]。该分娩方式适用于骨盆狭窄、胎位不正、胎儿宫内窘迫、前置胎盘等孕产妇。尽管该治疗方式具有其自身的优势，但是很多孕产妇因为瘢痕子宫、胎盘前置、胎盘粘连等情况，会导致二次分娩时危险性进一步增加，因此需要二次剖宫产手术^[9]。

在对孕产妇实施二次剖宫产治疗过程中，为了保证母婴健康、安全，需要选择恰当的切口方式手术，以提高剖宫产技术，减少术后并发症的发生。实际上，有过剖宫产手术史的孕妇，其膀胱子宫反折受瘢痕、子宫下段肌层脆弱、粘连紧、弹性下降等因素的影响，二次剖宫产手术时，下推子宫膀胱会使下段肌层组织变得更薄，新生儿娩出时会产生向下的力量，容易导致切口撕裂发生，进而损害到膀胱、输尿管^[10-11]。

而膀胱子宫腹膜反折是由腹膜构成，则具有较高的韧性，在实施二次剖宫产手术时，不将膀胱子宫腹膜反折分离，可以有效减少切口撕裂，降低对邻近脏器组织的损伤程度，还可以保护子宫下段肌层^[12]。由于瘢痕组织缺乏弹性，会导致孕产妇分娩过程中出现胎头娩出困难的情况，因此需要在原有的子宫切口上正中位置，做一个小切口，横向逐渐扩大切口，从而帮助胎头顺利娩出。此外，在原位置上作小切口横向剪开时，可以规避瘢痕组织缺乏弹性而引起娩出困难情况，既能够保证母体健康，还能够提高新生儿分娩结局^[13]。

总的来说，瘢痕子宫孕产妇不建议切开膀胱子宫反折的二次剖宫产手术，而是行不切开子宫反折、下推膀胱、在原瘢痕位置上 1cm 正中位置作横向切口的手术。这种手术方式可以有效缩短孕产妇的分娩时间，大大降低了胎头娩出困难情况，可以减少对邻近组织的损伤程度，确保了母婴分娩安全性，提升了二次剖宫产手术的临床效果，值得大力推广^[14-15]。

在本次研究中，观察组二次剖宫产孕产妇的临床相关指标与对照组对比均具有统计学意义：P < 0.05；而且治疗后，观察组孕产妇子宫切口撕裂率、胎头娩出受阻率、膀胱损伤率均低于对照组，数据对比结果显示：P < 0.05。

总之，对二次剖宫产产妇而言，选择合适的子宫切口方式，可以减少对子宫切口的损伤程度，降低膀胱受损，胎头娩出受阻率。能够有效缩短手术时间，减低术中出血量，对母婴健康、产后预后

恢复具有显著效果。

参考文献

- [1]陈慧, 林清兰, 陈颖文, 等. 子宫瘢痕憩室切除对二次剖宫产产妇的影响[J]. 河南医学研究, 2021, 30 (22): 4061-4063.
- [2]张金凤. 二次剖宫产行子宫瘢痕切除术预防剖宫产切口瘢痕憩室的临床效果[J]. 妇儿健康导刊, 2020, 10 (9): 44-45, 47.
- [3]李春红. 二次剖宫产子宫切口不同方式的临床效果对比研究[J]. 中外医疗, 2020, 39 (32): 60-62.
- [4]冷红. 二次剖宫产术中子宫切口瘢痕切除对切口瘢痕憩室形成的影响[J]. 中国计划生育学杂志, 2018, 26 (9): 819-822.
- [5]戴志虹. 疤痕子宫二次剖宫产术中两种腹壁切口形式的应用分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6 (40): 15.
- [6]张兰. 宫腔镜联合 B 超在诊断二次剖宫产术后子宫切口憩室中的价值[J]. 影像研究与医学应用, 2019, 3 (15): 208-209.
- [7]周芳. 二次剖宫产行子宫瘢痕切除术预防剖宫产切口瘢痕憩室的价值评估[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6 (24): 127-128.
- [8]张雅娟, 刘翠, 苏蒙榕. 疤痕子宫产妇二次剖宫产子宫切口全层间断+U 型缝合效果分析[J]. 福建医药杂志, 2022, 44(1): 86-89.
- [9]印慧琴. 宫腔镜联合 B 超在诊断二次剖宫产术后子宫切口憩室中的价值[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4 (24): 4673-4674.
- [10]徐玉雪. 宫腔镜联合 B 超在诊断二次剖宫产术后子宫切口憩室中的价值[J]. 中国医疗器械信息, 2018, 24 (5): 81, 104.
- [11]Markin L B, Rachkevych O S, Zhemela O M. Reverse breech extraction at cesarean section in second stage of labor[J]. Wiadomości lekarskie (Warsaw, Poland: 1960), 2020, 73 (5): 1028-1031.
- [12]Jhh A, Thl A, Syw A, et al. Spontaneous uterine rupture at a non-cesarean section scar site caused by placenta percreta in the early second trimester of gestation: A case report[J]. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, 2021, 60 (4): 784-786.
- [13]王珂. 子宫下段剖宫产术后二次剖宫产横切口位置对切口撕裂及新生儿的影响[J]. 临床医药实践, 2018, 27 (9): 682-683.
- [14]沈柯伟, 张英芝, 周欢珍, 等. 二次剖宫产行子宫瘢痕切除术预防剖宫产切口瘢痕憩室效果的临床研究[J]. 实用妇产科杂志, 2017, 33 (10): 782-785.
- [15]林淑兰. 不同腹壁切口用于瘢痕子宫再次剖宫产中的效果[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2016, 16 (47): 400-400.