

子宫下段剖宫产术中非预期横位的手术技巧

张勇

(上海大学附属南通医院 南通市第六人民医院妇产科 江苏南通 226000)

前言

胎儿横位是指胎儿胎纵轴(头臀)和母体的纵轴垂直,导致剖宫产时无法顺利取出胎儿,因此,针对此类产妇的情况,可考虑应用子宫下段剖宫产术帮助产妇进行生产,以确保胎儿的安全与顺利出生^[2]。子宫下段剖宫产术是在子宫下段进行切口,绕过自然产道,直接从子宫下段将胎儿取出的一种手术方式^[3],此次针对胎膜早破伴胎儿非预期横位应用子宫下段剖宫产术的效果和手术技巧进行分析,总结如下。

一、典型病案

患者 42 岁,孕 5 产 2,因“停经 34+1 周,阴道流血 2 小时余。”于 2016-04-20 02:36 入院。患者平素月经规则,末次月经:2015-08-24,预产期:2016-05-31,现停经 34+1 周,2 小时余前无明显诱因下出现阴道流血,色清,量中,现有不规则腹胀,无阴道流血,自觉胎动正常,今至本院就诊,测 pH 试纸见变色,遂由急诊拟“先兆早产、胎膜早破”收住院。目前精神可,饮食睡眠好,大小便正常。

查体: T: 36.8℃ P: 76 次/分 R: 20 次/分 BP: 110/69mmHg,心肺听诊无异常,肝脾肋下未及,双下肢无浮肿。产检:妊娠腹型,宫高 30cm,腹围 99cm,胎方位 LSA,胎心 140 次/分,不规则宫缩。5、彩超(2016-4-20,本院):胎位:臀位;BPD: 86mm;头围: 318mm;腹围: 289mm;一侧股骨长 68mm;一侧肱骨长 59mm;胎心率 142 次/分。胎盘附着于子宫右前壁,厚 38mm,成熟度 II 级。羊水 AFI: 55mm。脐动脉 S/D:

二、治疗措施

单胎,胎儿存活。羊水量少。予卧床、抬高臀部,硫酸镁抑制宫缩,地米促胎肺成熟,抗生素静滴预防感染,尽量抑制宫缩保胎,注意孕妇胎心胎动、腹痛、阴道流水流血、呼吸、心率、尿量、膝反射等情况。04-21. 早产、胎膜早破、臀位已使用硫酸镁抑制宫缩及地塞米松促胎肺成熟(34 周后地塞米松有争议,由于 B 超报告

臀位,术前不想激惹子宫故没行四步触诊),告知行外倒转或直接剖宫产的风险后,患者及家属决定剖宫产终止妊娠,于次日(04 月 21 日)手术开始时间: 11:1,全程时间: 1 小时 25 分。

术前诊断: 1.G5P2 孕 34+2 周先兆早产 LSA 2.胎膜早破 3.臀位

手术指征: 臀位,早产。术中见: 子宫下段,形成欠佳。

爱丽丝钳夹下段切开下段(切口厚度 1.5cm 左右),用两手食指分向两侧横行分离,至足够娩出胎头之长度约 10cm。先露: 高浮√、羊水量 100ml,羊水清。手探入宫腔取胎臀时发现: 横位,胎头在子宫左侧,胎臀在子宫右侧,胎后背在下方。牵拉胎足,牵不到,牵拉胎臀,比较滑,牵拉胎头向下亦不便。紧急中想起了外倒转的办法(可惜目前还没这方面的手术模式),右手将胎头沿宫腔内壁向上推 5cm,左手在腹壁外固定胎头,后交于助手固定腹部(形成一个支点),再去娩出胎另一侧(胎臀)。后用手把胎臀向下牵引至切口处复用食指钩住腹股沟处牵引娩出胎臀,按臀位分娩机制娩出胎儿,男婴,重 2300 g, Apgar 评分: 1 分钟 9 分, 5 分钟 10 分。

三、结果

新生儿转新生儿科后发现背部一 5*8cm 瘀斑,于出生 5 天后消失。未发现除瘀斑外的其它异常。原因分析有二: 1 手术中倒转手法引起, 2 破膜一天后羊水急剧减少,横位在宫内受压迫引起的),术中其他异常情况及时处理: 胎盘胎膜粘连,徒手剥离胎盘后刮匙刮宫腔二周。

术后诊断: 1.G5P3 孕 34+2 周早产 2.胎膜早破 3.横位 4.胎盘粘连,术后给予常规治疗,新生儿因早产转 NICU 保养。

四、讨论

胎膜早破是指孕妇在分娩前,胎儿的羊膜囊早于破裂,会增加胎儿感染的风险,正常情况下,羊水囊充当了保护胎儿免受感染的屏障,但一旦胎膜早破,就使得

致病菌有机会进入子宫,威胁胎儿的健康^[4]。并且,胎儿在羊水囊中浸泡,通过脐带与母体供应所需营养和氧气,当发生胎膜破裂后,胎儿脐带容易滑出宫口,导致脐带脱垂,脐带会被压迫,影响胎儿的血液流动和氧气供应,严重时可能危及胎儿的生命,同时胎膜早破还会导致羊水不足,羊水不仅为胎儿提供了一个环境稳定的生长空间,还有助于胎儿的肺部发育,但当胎膜早破后,羊水会不断失去,造成羊水不足,增加胎儿受到压力和挤压的风险,对其肺部发育产生不利影响,甚至可能导致呼吸困难综合征。

胎儿的姿势是指在子宫内的位置和朝向,通常情况下,胎儿在孕晚期会自然转变为头位,即头部朝向骨盆入口,但有部分产妇的胎儿可能出现非预期横位的情况,横位(横产式)胎儿的头部并没有朝向骨盆入口,而是横向位于子宫内,横位发生率 1/(322-335 个单胎),可能会影响头颅和脊髓的发育,增加出生时缺陷的风险,且横位胎儿还面临着压迫脐带和胎盘早剥的风险,可能造成胎儿窘迫和供氧不足的情况^[5]。诊断胎膜未破横位并不困难,在产前检查中,可以通过四步触诊来确定子宫的横径宽度和宫底高度是否低于妊娠的周数,而超声诊断也是一种直观且有效的方法。在本次案例中,孕妇胎膜早破且孕周较小,根据超声诊断显示为“臀位”,为了争取使用地塞米松促进胎肺成熟时间,以及避免刺激羊水外流和诱发宫缩,故未行四步触诊,且也没有注意观察孕妇腹部形状是否呈现横椭圆形,这可能导致超声检查后胎位因羊水流失而发生改变的情况。有专家学者指出,< 800g 的横位,一定程度上有可能自然娩出,> 800g 的横位,基本无法正常进行自然分娩,在分娩前或分娩早期,胎膜完整,在没有其他并发症的情况下,尝试外倒转可帮助产妇进行分娩^[6]。

子宫下段剖宫产术主要适用于一些特定的情况,例如存在骨盆狭窄或盆腔畸形的孕妇,当胎儿体型过大,无法安全通过骨盆时,剖宫产可以确保胎儿的安全娩出,且有些胎儿可能发生窘迫或其他并发症,如臀位及横位胎儿,胎盘早剥,胎膜早破等,这些情况会增加自然分娩的风险,所以选择子宫下段剖宫产术可以保证胎儿的顺利娩出,并降低产妇和胎儿的并发症发生率。但相关

研究显示采用子宫下段剖宫产术帮助产妇进行分娩,可能会造成腹腔有严重粘连的情况,因此在选择切口时,尽可能选择耻骨与上两横指型皮肤做切口,前鞘切口可轻微的比皮肤切口长出 1-2cm,以便取胎,且不会对腹部的肌肉和神经造成明显的损伤,将覆膜打开后,尽可能选择较高的位置能够有效,防止对膀胱造成损伤,同时可与子宫切口错开较远的距离,不容易造成粘连^[7]。

但本次研究由于当时情况比较紧急,无法拉住胎儿的手或腿,采用了“剖宫产内倒转”的生产方式,术后回想起来,仍心有余悸。通过阅读文献发现,有专家主张将手术切口延长为 J 形或“⊥”形,这是一种有效的方法,但本文所述的方法可以减少子宫切口形成 J 形或“⊥”形的情况,大大减少了子宫愈合不良和再次妊娠时子宫破裂的风险,目前,剖宫产内倒转还没有标准的操作方法,只有通过阴道进行内倒转,但该方法没有在内宫沿壁上推胎头后外固定腹壁的动作,由于这种情况比较少见,目前还没有进一步的循证医学证据来探讨是否会对胎儿的脊椎神经造成损伤等问题。

参考文献:

- [1]贺芳.剖宫产术后疤痕子宫再孕、再次剖宫产手术中常见手术风险分析、手术要点及手术技巧治疗体会[J].实用妇科内分泌电子杂志,2019,6(34):9,13.
- [2]王艳锋.子宫下段横形环状压迫缝合术治疗前置胎盘剥离面出血的临床研究[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2022(12):0039-0042
- [3]金芳英.改良腹式横切口与传统纵切口子宫下段剖宫产术的临床效果及安全性比较[J].基层医学论坛,2023,27(2):139-141
- [4]万枫玲.妊娠晚期胎膜早破对产妇分娩方式及妊娠结局的影响[J].医疗装备,2021,(3):98-100.
- [5]徐叶红,李清红,李亚妮,郭娜,李金鸽.单胎妊娠早产胎膜早破呼吸窘迫综合征的危险因素分析[J].现代生物医学进展,2020,20(7):1297-1300
- [6]徐琳.胎膜早破后行剖宫产术患者的临床护理干预效果分析[J].微量元素与健康研究,2022,39(6):34-35
- [7]马艳艳.研究前置胎盘产妇行子宫下段剖宫产术的护理方法及效果[J].中国应急管理科学,2021,(13):219.