



LINCHUANG CHANKE GUIFANHUA ZHENLIAO

姬春慧 ◎著

临床产科 规范化诊疗

国家一级出版社  中国纺织出版社 全国百佳图书出版单位

临床产科规范化诊疗

姬春慧 ◎著

 中国纺织出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

临床产科规范化诊疗 / 姬春慧著. -- 北京 : 中国
纺织出版社, 2018.7

ISBN 978-7-5180-5205-9

I. ①临… II. ①姬… III. ①产科病-诊疗 IV.
①R714

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第147573号

策划编辑: 樊雅莉 责任印刷: 王艳丽

中国纺织出版社出版发行

地址: 北京市朝阳区百子湾东里A407号楼 邮政编码: 100124

销售电话: 010-67004422 传真: 010-87155801

<http://www.c-textilep.com>

E-mail: faxing@c-textilep.com

中国纺织出版社天猫旗舰店

官方微博<http://weibo.com/2119887771>

北京云浩印刷有限责任公司印刷 各地新华书店经销

2018年7月第1版第1次印刷

开本: 787 × 1092 1/16 印张: 11

字数: 250千字 定价: 68.00元

凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页, 由本社图书营销中心调换

前 言

与临床各科都是面对着疾病或创伤不同,产科面对的是健康妇女,在大众和社会面前,我们不能将之称为“患者”而至多称为“产妇”。与临床各科又有相似,妊娠过程会发生一系列生理变化,甚至出现病理改变。因此,产科医师面对的是母婴两条生命、夫妻及各自父母的三个家庭,并肩负着间接保障国家政策顺利推进的责任。产科医师的要求必然是“深谙和洞察孕妇的生理变化和各种病理情况”,做“符合生理的围产期处理”。

全书共十章,详细介绍了产科临床常见诊断方法、常用助产技术及产科常见疾病。本书内容丰富,语言精炼,编写过程中参考了国内外最新文献资料,具有科学、实用、新颖的特点。

由于当今社会医疗科技发展迅速,加上编者学识水平有限,书中难免存在疏漏甚至谬误,敬请广大专家学者批评指正。

编 者

目 录

第一章 常用助产技术	(1)
第一节 胎头吸引术	(1)
第二节 臀位助产术	(3)
第三节 产钳助产术	(5)
第四节 外转胎位术	(6)
第五节 人工剥离胎盘术	(8)
第六节 会阴切开缝合术	(9)
第七节 晚期妊娠引产术	(11)
第二章 正常妊娠及产前保健	(15)
第一节 妊娠生理	(15)
第二节 正常妊娠	(24)
第三节 产前检查	(28)
第四节 孕期卫生	(34)
第五节 孕期监护	(35)
第三章 正常分娩	(40)
第一节 分娩动因	(40)
第二节 决定分娩的因素	(41)
第三节 枕先露正常分娩机制	(45)
第四节 分娩的临床经过及处理	(47)
第五节 分娩镇痛	(51)
第四章 正常产褥	(54)
第一节 产褥期母体的变化	(54)
第二节 产褥期临床表现、处理及保健	(56)
第五章 病理妊娠	(60)
第一节 流产	(60)
第二节 早产	(63)

第三节	过期妊娠	(66)
第四节	双胎妊娠	(69)
第五节	羊水过多	(72)
第六节	羊水过少	(74)
第七节	胎膜早破	(75)
第八节	妊娠期肝内胆汁淤积症	(77)
第九节	母子血型不合	(80)
第十节	脐带异常	(82)
第十一节	异常妊娠	(83)
第十二节	胎儿窘迫	(84)
第十三节	胎儿生长受限	(85)
第十四节	死胎	(87)
第六章	异常分娩	(89)
第一节	胎位异常	(89)
第二节	产道异常	(97)
第三节	产力异常	(103)
第七章	产后出血	(107)
第一节	产后子宫收缩乏力	(107)
第二节	胎盘滞留	(114)
第三节	急性子宫内翻	(117)
第八章	产褥期感染	(121)
第一节	产褥期感染的病因及病原菌	(121)
第二节	急性子宫内膜炎	(123)
第三节	盆腔、腹腔感染	(124)
第四节	产褥期败血症	(128)
第五节	剖宫产术后急性感染	(129)
第六节	产后破伤风	(132)
第九章	产前出血	(135)
第一节	前置胎盘	(135)
第二节	胎盘早剥	(140)
第三节	前置血管	(146)
第四节	绒毛膜血管瘤	(149)

第十章 产科休克 (152)

第一节 产科休克的病理生理 (152)

第二节 失血性休克 (154)

第三节 感染性休克 (160)

第四节 过敏性休克 (163)

第五节 神经源性休克 (164)

第六节 心源性休克 (164)

参考文献 (166)

第一章 常用助产技术

第一节 胎头吸引术

一、定义

胎头吸引术系用胎头吸引器置于胎头上,形成一定负压区吸住胎头,通过牵引借以协助娩出胎儿的手术。

二、胎头吸引器种类

(一)锥形金属空筒(直形或牛角形)

一端大,一端小。大端直径约为 5.5cm,外置橡皮套,为附着胎头端。小端顶部有一金属圈,可用于牵拉,称牵引环。小端稍大处有对应的两个短柄,为牵引的拉手,称牵引柄。牵引柄一侧为空心管,与吸引器内腔相通,其外端与橡皮管连接,以便抽气形成负压。

(二)硅橡胶吸引器

吸引器头为一扁杯状质韧的硅橡胶帽,杯罩顶端固定一空心金属管,管的另一头连接一橡皮管,备抽气用。杆上端有把手,做牵引用。帽面内直径有 6cm 及 9cm 两种,抽气后便可获得所需的最低负压。

三、胎头吸引术的分类

(一)出口吸引术

胎头颅骨达到盆底,宫缩间歇期可于阴道口看到头皮。

(二)低位吸引术

胎头颅骨达到或低于+2 水平。

(三)中位吸引术

胎头衔接但在+2 水平以上。

四、适应证

- (1)缩短第二产程,如产科并发症、合并症、子宫有瘢痕、胎儿窘迫等,需尽快结束分娩者。
- (2)宫缩无力,第二产程延长者。
- (3)持续性枕后位或枕横位需协助旋转胎头并牵引助产者。

五、禁忌证

- (1)异常胎先露,如面先露、臀位后出胎头等。
- (2)宫口未开全或胎膜未破。
- (3)胎头位置高,双顶径达坐骨棘水平以上。

(4) 胎儿不能或不宜从阴道分娩,如产道阻塞、尿瘘修补术后等。

六、手术条件

- (1) 顶先露,活胎。
- (2) 宫口开全。
- (3) 胎膜已破。
- (4) 胎头双顶径达坐骨棘水平及以下。

七、手术步骤

(一)一般准备

- (1) 检查吸引器有无损坏,橡皮套是否松动、漏气,并将橡皮管接在吸引器的空心管柄上。
- (2) 取膀胱截石位。
- (3) 常规消毒外阴,铺无菌巾。
- (4) 阴道检查核实手术条件,了解胎方位及内骨盆情况。
- (5) 常规导尿。
- (6) 会阴侧切。
- (7) 做好抢救新生儿窒息的准备。

(二)放置吸引器

将吸引器开口端涂以润滑油,以左手示、中指压低阴道后壁,右手持吸引器开口端先经阴道后壁送入,使其后缘抵达胎儿顶骨后部。然后左手示、中指掌面向外拨开阴道右侧壁,使开口端侧缘滑入阴道内,继而手指向上提起阴道前壁,使吸引器前壁滑入,最后以右手示、中指拉开阴道左侧壁使整个吸引器开口端滑入阴道内与胎头顶部紧贴。

检查吸引器附着位置,一手固定吸引器,另一手示、中指沿吸引器边缘触摸胎头是否与开口端紧密连接,有无阴道壁或宫颈夹于其中,如有,则应推开。同时调整吸引器牵引横柄与胎头矢状缝一致,以作为旋转胎头标记,吸引器杯口在后凶前 3cm,牵拉时能使胎头俯屈良好,有利于胎头娩出。

(三)抽吸负压

双手固定好吸引器头,助手用 50mL 空注射器抽吸负压,抽气速度宜慢,抽气量若为锥形金属空筒吸引器抽 150mL;硅胶吸引器直径为 6cm 的抽 30mL,9cm 的抽 90mL,形成 40kPa (300mmHg)负压,亦可用电动吸引器抽吸形成上述负压,使吸引器牢固固定在胎头上,钳夹橡皮管,取下注射器,等待 2~3min,待胎头在负压下形成产瘤后再牵引。

(四)牵引胎头

牵引前需轻轻试牵,了解吸引器与胎头是否衔接或漏气,以免牵引时滑脱或造成胎儿损伤。宫缩时,单手握胎头吸引器,按分娩机制,沿骨盆轴方向先稍向外、向下牵引使胎头俯屈,当胎头枕部抵耻骨联合下缘时,逐渐向上及向外牵引,协助胎头仰伸娩出。胎头矢状缝如未与骨盆前后径一致,在牵引过程中可边牵引边旋转胎头使矢状缝向中线移动,每次宫缩以旋转 45°为宜。牵引同时鼓励产妇向下屏气配合,必要时助手可在腹部适当加压,宫缩间歇时停止牵引,并注意保护会阴。

(五)取下胎头吸引器

当胎头仰伸娩出后,迅速放开维持负压的止血钳,解除负压,吸引器会自动脱落。按正常分娩机制娩出胎儿。

八、注意事项

(1)吸引器必需安置正确,并避开囟门。

(2)抽吸达所需负压后宜等待 2~3min,待胎头形成产瘤后再牵引。

(3)牵引时如有漏气或脱落,表示吸引器与头皮未紧密连接,可能是负压不够或牵引方向未能保持吸引器与胎头成一直线,或牵引阻力过大所致,应重新检查吸引器端有无夹入其他组织,了解胎方位是否矫正。如吸引器脱落系由于阻力过大,应改用产钳术或剖宫产术;如系牵引方向错误、负压不够以及开口端未与胎头紧密附着,或胎头枕部未能转至正前方致吸引器脱落者,可重新放置,一般不宜超过 2 次。

(4)牵引时间不宜过长,一般不超过 10min;牵引次数不宜过多,一般不超过 3 次,以免影响胎儿。若再失败应改换其他方法。

(5)牵引时不得突然变换方向,始终与吸引器口径成一直线。牵引力要均匀,切勿过猛或过大,不要左右摇晃。

(6)术后仔细检查软产道,如有血肿、裂伤,应立即处理。

九、健康指导

(1)密切观察新生儿面色、哭声、呼吸、心率、神志等,注意有无呕吐、抽搐等情况,发现异常应及时处理。

(2)注意保护新生儿头部,头偏向一侧,动作要轻柔。

(3)新生儿 3 日内不沐浴,可在床上擦浴。

(4)新生儿常规使用维生素 K 及青霉素,预防颅内出血及感染。

(5)产妇按会阴切开缝合术术后处理。

第二节 臀位助产术

一、概述

臀位分娩时,胎儿全部由手法牵引娩出,称臀牵引术。因臀部及肢体不能充分地扩张软产道,且后出的胎肩、胎头越来越大,胎头没有变形的机会,致臀牵引术新生儿死亡率及损伤率较高,因此,多被剖宫产手术取代。

胎儿下肢及臀部自然娩出,仅在脐以上部分由手法牵引娩出,称臀位助产术。

二、适应证

(1)经产妇单臀位和完全臀位,初产妇单臀位。

(2)胎儿体重小于 3500g。

(3)胎心好。

- (4)骨产道正常。
- (5)宫缩好,产程进展正常。
- (6)产妇无并发症和合并症。

三、手术步骤

(一)一般准备

- (1)取膀胱截石位。
- (2)常规消毒外阴。
- (3)铺无菌巾。
- (4)导尿。
- (5)准备好后出头产钳。
- (6)做好新生儿窒息抢救准备。

(二)麻醉

双侧阴部神经阻滞麻醉。

(三)方法

1.堵臀

当胎儿下肢或臀部显露于阴道口时,用一块消毒巾盖住阴道口,宫缩时用手掌抵住,宫缩间歇放松,但手不离开会阴,以防止胎足或胎臀过早脱出,有利于充分扩张软产道,使宫口开全,为后出胎头做好准备。当堵至产妇向下屏气用力,手掌感到很大的冲力时,行阴道检查,确诊宫口开全后,初产妇或会阴较紧的经产妇做会阴切开,准备接产。

2.娩出臀部

当宫口开全,胎儿粗隆间径已达坐骨棘以下,宫缩时嘱产妇尽量用力,术者放开手,胎臀及下肢即可顺利娩出,躯干随之自然娩出。

3.娩出胎肩及上肢

(1)滑脱法:术者一手握住胎儿双足,另手示、中指伸入阴道,勾住胎儿肘部,使前肩沿胎胸前滑下娩出;然后握住胎儿双踝,上提胎体,暴露会阴后联合,同法协助胎儿后肩娩出。

(2)旋转法:双手握住胎臀,将胎背逆时针方向旋转 180° ,同时向下牵拉,使前肩及其上肢从耻骨弓下娩出;同法将胎背顺时针方向旋转娩出后肩及其上肢。

4.牵出胎头

(1)双肩和上肢娩出后,将胎背转向正前方,使胎头矢状缝与骨盆出口前后径一致。

(2)助手在耻骨联合上向骨盆轴方向下压胎头,使胎头俯屈。

(3)术者将胎体骑跨在左前臂上,左手中指伸入胎儿口内压住下颌,示指和无名指扶于两侧上颌骨部,使胎头俯屈;右手中指抵住胎头枕部使其俯屈,示指及无名指置于胎儿双肩及锁骨上(不可放于锁骨上窝,以免损伤臂丛神经)。两手协同用力,沿产轴向下牵引胎头。当胎头枕部达耻骨弓下时,逐渐将胎体上举,以枕部为支点,使胎儿下颏、口、鼻、额及顶部相继娩出。

(4)若胎头娩出困难,可用后出头产钳助产。

四、注意事项

(1)术前应充分考虑适应证,权衡利弊,如估计臀位分娩有困难时,应及早行剖宫产。

(2)堵臀时应严密监护产妇和胎心情况,注意有无脐带脱垂及宫缩异常,防止胎儿窘迫和子宫破裂。

(3)遵循操作步骤,牢记分娩机制,准确操作,避免暴力而造成骨折、颈椎脱位、臂丛神经损伤、颅内出血等产伤。

(4)脐部至胎头娩出不宜超过 8min,否则胎儿将因窒息而死亡。估计胎头娩出有困难时,应及早决定应用产钳助产,以免延误时间。

五、健康指导

(1)产后应保持外阴清洁,常规使用抗生素预防感染。

(2)注意有无阴道出血、血肿等症状出现,若有异常应及时就诊。

(3)新生儿按高危儿监护,尤其注意有无颅内出血、骨折等异常征象。

(4)按时复诊。

第三节 产钳助产术

一、概述

产钳助产术是用产钳牵拉胎头协助胎儿娩出的手术。根据放置产钳时胎头的位置分为高位、中位、低位及出口产钳 4 种类型。胎头位置愈高,产钳助产术对母儿危害愈大,故高、中位产钳现已不用,而被剖宫产替代,低位及出口产钳是良好的助产手段。低位产钳是指胎头骨质部已达盆底,双顶径已达坐骨棘水平以下(S+3);出口产钳是指胎头着冠或近乎着冠。本章仅介绍低位产钳。

二、产钳的构造

产钳由左右两叶构成,每叶又分叶(匙)、胫、锁和柄 4 个部分。钳叶长圆形,中央为一椭圆空隙,有两个弯曲:头弯和盆弯。头弯内凹外凸,以抱住胎头;盆弯上凹下凸,以适应产道弯度。钳锁为两叶产钳交合部,钳叶与钳锁之间为钳胫,钳柄是术者握持的部位,与钳锁连接。有短弯型和臀位后出头型产钳。

三、适应证

(1)同胎头吸引术。

(2)胎头吸引术失败者。

(3)臀位后出头或颞前位娩出困难者。

四、手术条件

(1)同胎头吸引术。

(2)臀位后出头或颞前位。

五、手术步骤

(一)一般准备

检查两个产钳的扣合状况。其余同胎头吸引术。

(二) 放置产钳

1. 放置左叶产钳

在钳叶上涂抹润滑剂,左手持左叶钳柄,凹面朝前,右手掌面伸入胎头与阴道之间,将左叶产钳沿手掌滑入阴道左后方、胎头左侧处,钳叶置于胎儿左耳前,由助手握住钳柄固定其位置。

2. 放置右叶产钳

右手将右叶产钳同法置于胎头右侧。右锁扣部应在左钳之上。

3. 扣合钳锁

右钳在上,左钳在下,两钳叶柄平行交叉,自然对合。如锁扣前后稍错开,可移动钳柄使锁扣合拢。如不能扣合则表示产钳位置不当,应重新放置。

4. 检查钳叶

手伸入阴道内,检查钳叶是否置于胎耳前;钳叶与胎头之间有无组织夹入;胎头矢状缝是否位于两钳叶的中间。

(三) 牵引产钳

宫缩时合拢钳柄,一手中指放在锁扣前面,双手握钳柄向外向下牵引,当胎头枕部达耻骨弓下时,逐渐抬高钳柄向上向外牵引,使胎头仰伸娩出。一次宫缩不能娩出胎头时,宫缩间歇时,应将钳锁稍放松,以缓解产钳对胎头的压力,并听胎心音,如胎心音有变化,则不必等待下一次宫缩,应迅速结束分娩。牵引过程中,助手应注意保护会阴。

(四) 取下产钳

胎头额部娩出后,松解钳锁,先取下右上钳,再取下左下钳,取下时应顺胎头慢慢滑出。

(五) 按分娩机制娩出胎肩及胎体

略。

六、注意事项

- (1) 严格掌握适应证及手术条件。
- (2) 正确放置产钳。
- (3) 每次阵缩时牵引,牵引时用力要缓慢、均匀,切勿用力过大、过猛或左右摇摆钳柄,牵引困难时应及时检查原因。
- (4) 牵引时应注意保护会阴。
- (5) 牵引失败,胎心尚好,应迅速施行剖宫产术。

七、健康指导

同胎头吸引术。

第四节 外转胎位术

一、定义

经腹壁用手转动胎儿,将不利于分娩的胎位(臀位、横位)转变成有利于分娩的胎位(头

位),称外转胎位术。

二、条件

- (1)胎儿正常,且为单胎。
- (2)胎膜未破,有适量羊水。
- (3)无子宫畸形。
- (4)腹壁不太厚,腹壁及子宫都不是过于敏感。
- (5)无明显骨盆狭窄。
- (6)先露头部未入盆或已入盆但能退出者。
- (7)无剖宫产史或产前流血史者。
- (8)无合并症及并发症,如心肾疾病、糖尿病、前置胎盘等。
- (9)B型超声检查无明显脐带绕颈、绕身。

三、最佳时间

以妊娠 32~36 周为宜。妊娠 30 周前羊水相对较多,自然转位的机会多,不必急于处理;妊娠 30~32 周可行胸膝卧位等矫正胎位;近预产期,子宫敏感性增加,先露入盆,转位不易成功。

四、术前准备

- (1)不需麻醉。
- (2)做好孕妇的解释工作,取得孕妇主动配合。
- (3)排空膀胱,必要时排空直肠。
- (4)用 B 型超声检查胎盘位置、有无脐带绕颈及臀先露的类型。完全臀位转位成功率高,不完全臀位次之,单臀位的成功率低。
- (5)听取胎心率或用胎心监护仪监测,做好记录。
- (6)必要时术前 30min 至 1h 口服硫酸沙丁胺醇 4.8mg 以松弛腹壁,提高成功率。
- (7)准备毛巾 2 条、腹带 1 根。

五、手术步骤

- (1)体位:孕妇仰卧,髋、膝关节轻度屈曲并稍外展,双足放产床上,臀部稍抬高,使整个腹部显露。腹壁放松,术者站在孕妇右旁,查清胎位及先露,听胎心音。
- (2)松动先露:若胎臀衔接,应用双手插入胎臀下方轻轻将其托起,或使孕妇取头低臀部稍高位仰卧半小时,用重心法使胎儿臀部松动离开盆腔。
- (3)转动胎儿:双手分别握持胎儿两极,将头慢慢向下推,臀向上推,推的方法以能保持头的俯屈姿势为宜,两手动作要协调,转动一下听取胎心音一次,胎心音正常,可继续进行;直至胎头转至子宫下端而胎臀至子宫底部,手术成功。
- (4)如在经孕妇,检查为横位时,则用同法试将胎头推向下方,臀推向宫底。
- (5)术后处理:手术成功后,立即监测胎心,数分钟内胎心正常者,则在胎儿躯干两侧放置毛巾垫,用腹带包裹,将胎儿固定在头位。术后观察半小时,无异常者,嘱孕妇以后每周复查一次。若出现胎动活跃、腹痛或阴道出血,应及时复诊。

六、注意事项

(1)不可用暴力,以免造成胎盘早剥。

(2)术中如遇有宫缩应停止操作,但手不能放松,以免已转动之先露转回。子宫松弛后继续进行。如子宫有较强收缩及孕妇明显腹痛,应停止操作。

(3)术中、术后均应注意胎动及听取胎心音,胎心音不正常或胎动频繁,一般在4~5min后应恢复正常,观察半小时仍不能恢复者,可能是脐带缠绕受压,应按相反方向转回原来的胎位。

(4)先露部已入盆难以退出或转位有困难者,不可强行施术。

七、健康指导

(1)外转胎位术成功者应指导孕妇固定胎位直至胎头入盆,同时应加强产前检查,每周复查一次。若出现胎动活跃、腹痛或阴道出血,应及时复诊。

(2)外转胎位术失败者应指导孕妇提前住院待产,选择合适的分娩方式。

第五节 人工剥离胎盘术

一、定义

采用手法剥离并取出子宫内胎盘组织的手术,称人工剥离胎盘术。

二、适应证

(1)胎盘滞留。

(2)胎盘娩出前出现活动性出血。

(3)某些手术产后需及早排出胎盘者。

三、术前准备

(1)开放静脉通道(应用输血针头),必要时应做好输血准备。

(2)重新消毒外阴,铺消毒巾,导尿,术者更换手术衣及手套。

四、手术步骤

(一)体位

膀胱截石位。

(二)麻醉

(1)一般不需麻醉。

(2)宫颈内口较紧、手不能伸入时,可采用吸入麻醉,或用哌替啶100mg肌内注射,或用阿托品0.5mg肌内注射。必要时全身麻醉。

(三)方法

(1)术者一手牵拉脐带,另一手并拢呈圆锥状,沿脐带伸入宫腔,摸清胎盘附着部位,找到胎盘的边缘。

(2)将宫腔内手背紧贴宫壁,掌面朝胎盘母体面,手指并拢以手掌尺侧缘插于子宫壁与胎盘之间或已剥离处,如“裁纸式”缓慢将胎盘自子宫壁分开。

(3)同时放开牵拉脐带之手,在腹壁上握住子宫,并向下推,以利于宫内手的操作。

(4)胎盘剥离完全后,在宫缩时,用手掌托住胎盘取出,或牵引脐带将胎盘娩出。

五、注意事项

(1)术前应备血。

(2)取出胎盘后应仔细检查是否完整,如发现有缺损,应重新用手探查宫腔,清除残留的胎盘及胎膜,也可用干纱布块擦拭宫腔。注意尽量减少出入宫腔的次数,以防感染。

(3)操作轻柔,禁止强行剥离,以免损伤子宫。如遇胎盘与子宫壁界限不清,剥离困难时,有植入性胎盘的可能,应立即停止手术,改用保守治疗或做子宫切除术。

六、术后处理

(1)及时应用宫缩剂:术后立即宫体或肌肉注射麦角新碱 0.2mg,静滴缩宫素 20U,或米索前列醇片 600 μ g 口服或含服。

(2)预防感染:术后常规应用广谱抗生素。

(3)必要时行 B 型超声检查,胎盘组织送病检。

(4)认真记录手术经过。

七、健康指导

(1)产后应注意休息,加强营养,纠正贫血,增强抵抗力。

(2)注意阴道出血情况、有无发热等,若有异常应及时就诊。

(3)指导产褥期保健。

(4)定期复诊。

第六节 会阴切开缝合术

一、概述

会阴切开缝合术为产科最常用的手术。其目的是避免严重会阴裂伤,减少会阴阻力以利于胎儿娩出,多用于初产妇。常用的方式有会阴侧斜切开及正中切开两种。

二、适应证

(1)初产妇阴道助产手术前,如产钳助产术、胎头吸引术、臀位分娩术。

(2)缩短第二产程,如并发妊娠期高血压,妊娠合并心脏病,第一、第二产程过长,胎儿窘迫等。

(3)可能引起会阴严重裂伤,如会阴坚韧、会阴水肿或有瘢痕、初产妇会阴较紧、胎儿过大等。

(4)预防早产儿颅内出血。

三、手术步骤

(一)体位

膀胱截石位或仰卧屈膝位。

(二)消毒、铺巾

按常规冲洗、消毒并铺巾。

(三)麻醉

1.方法

阴部神经阻滞及局部浸润麻醉。

2.麻醉药

0.5%~1%普鲁卡因或0.5%~1%利多卡因20mL,总量为30mL,不超过150mg。

3.操作要点

(1)阴部神经阻滞麻醉:术者一手示指在阴道内触及坐骨棘作引导,另一手持带长针头的注射器在肛门与坐骨结节之间作一皮丘,然后水平位进针向坐骨棘内下方刺入,回抽无血注入药液10mL;再将针头退至皮下,用药液10mL在切开侧的大小阴唇皮下做扇形注射。如做正中切开,则在会阴体局部注入麻醉药,勿刺入太深,防止刺入直肠。

(2)局部浸润麻醉:沿切缘做扇形浸润。

(四)方法

1.会阴侧斜切开术(以左侧切为例)

(1)切开:①切开时机,正常阴道分娩选择胎头着冠,会阴体变薄,估计会阴切开后5~10min胎儿即可娩出时切开;阴道助产选择胎头吸引器、产钳助产等助产手术准备就绪时切开。②切开步骤,左手示、中指伸入阴道内,置胎先露与阴道后侧壁之间,撑起左侧阴道壁;右手持会阴侧切剪伸入阴道,切口起点在阴道口5点处,切线与会阴后联合中线向左成45°角,会阴高度膨隆时成60°~70°角,剪刀与皮肤垂直,当宫缩时,将皮肤、阴道黏膜及黏膜下组织、球海绵体肌、会阴浅横肌、会阴深横肌、耻尾肌束等全层一次剪开,切口长为4~5cm。③注意事项,阴道内手指既可引导剪开方向,又可保护胎先露;阴道黏膜与皮肤切口长度应一致;阴道黏膜下静脉丛丰富,且球海绵体肌及肛提肌部分肌纤维被切断,因此,会阴切开后出血较多,不应过早切开,切开后应用纱布压迫止血,必要时用钳夹结扎止血。

(2)缝合:胎盘娩出后,先仔细检查伤口有无延伸及其他部位裂伤,然后用生理盐水或甲硝唑液擦洗伤口,再向阴道内暂填一带尾纱布卷以免宫腔血液下流,妨碍视野,缝毕后取出。具体操作如下。①缝合阴道黏膜:先从阴道切口最顶端0.5cm开始,用0号铬制肠线或无损伤缝合线间断缝合阴道黏膜达处女膜环处,注意对齐处女膜创缘。②缝合肌层:先用示指探清伤口深度,由最内、最深处开始,用同样线间断缝合。缝针不宜过密,切口下缘肌组织往往会略向下错开,缝合时应注意恢复解剖关系;缝针深度要适当,注意不要穿透直肠黏膜,防止形成阴道直肠瘘。③缝合皮肤及皮下脂肪:用1号丝线分别间断缝合皮下脂肪及皮肤,若皮下脂肪较薄可与皮肤并一层缝合。亦可采用可吸收线做皮内连续缝合,可不拆线。缝合时应注意结不可打得过紧,因为手术伤口会略肿胀;避免结扎线头过多,导致吸收不完全,产生组织反应性硬结,而致切口感染及裂开。④术后处理:缝合完毕后,取出纱布卷,清点纱布,检查阴道黏膜有无漏缝及水肿、阴道口有无狭窄。

2.会阴正中切开术

所剪之处为皮肤、皮下脂肪、筋膜、部分肛提肌和会阴中心腱。与会阴侧斜切开比较,其优