

Z H O U S H I P O U G O N G C H A N S H U

周氏 剖宫产术

主编 徐先明 张丹丽

— H O U S H I —
POUGONGCHANSU

上海科学技术文献出版社

前 言

剖宫产是妇产科临床上最常使用的一种手术、对于减少高危妊娠及高危分娩对母婴的损害有积极作用。香港大学附属玛丽医院周基杰教授在分析传统剖宫产对母婴不利因素的基础上,以“母婴安全至上”为原则,设计了一种剖宫产手术方法,对于减少剖宫产的近期和远期并发症取得较好的效果。本书介绍了周氏剖宫产术的解剖与生理,手术步骤及有关周氏剖宫产术的问答与解析,本书叙述力求简明扼要,手术图谱采用彩色照片,尽量使读者按图谱即可施行此术。由于作者水平有限,对周氏剖宫产的精华的理解难免有失偏颇,望读者批评指正。

复旦大学市一临床医学院 徐光明

郑州市二砂职工医院 张丹丽

2000年10月

目 录

第一章 绪 论	1
第一节 序 言	1
第二节 周基杰教授简历	2
第三节 讲课及示范手术	5
第四节 传统剖宫产术发展史	10
第五节 周氏剖宫产术的诞生历程	12
第二章 周氏剖宫产术的相关局部解剖与 生理知识	14
第一节 下腹前壁的构成	14
第二节 子宫及其邻近器官	20
第三章 周氏剖宫产手术方法	24
第四章 周氏剖宫产术问答与解析	42

第一章 绪 论

第一节 序 言

近年来剖宫产率呈不断上升的趋势,1965年美国剖宫产率为4.5%,而到1988年则上升到25%。许多其他西方国家的剖宫产率也与美国相同。日前,我国剖宫产率也是逐年上升,且比西方国家上升更加明显,国内大中城市剖宫产率在50%以上,少数地区甚至达到60%~70%。因而剖宫产术是产科临床中最常实施的手术之一。剖宫产率上升的原因是复杂的,如初产妇越来越多、生育年龄有上升的趋势、臀位阴道分娩减少、胎儿电子监护使用的增多及社会因素都可能影响剖宫产率。追溯剖宫产的历史,最早进行剖宫产是在公元前2000多年前,而真正意义上的剖宫产则也有数百年的历史。剖宫产对于解决部分难产具有不可替代的作用。但不掌握特定的手术指征而滥用,则会给母婴带来各种不同程度的损伤。当今国情是一对夫妇只生育一胎,因而对母婴安全的要求更高,剖宫产对于减少异常阴道分娩对母婴的危害有肯定的作用,但临产前若无其他特殊指征而行剖宫产,其围产儿死亡率是阴道分娩的3倍。因此,改进剖

宫产的手术步骤是每个产科医生均关心的问题。香港大学附属玛丽医院周基杰教授在分析传统剖宫产的每一个步骤的安全性、方便性、必要性及手术本身对孕产妇的近、远期影响（包括心理及生理影响）的基础上，结合他从医数十年的经验，把传统手术操作中容易碰到的困难、各步骤所隐藏的隐患及可能的并发症，消灭于手术的设计中，创立了一种以“母婴安全至上”的剖宫产手术方法，如腹壁横切口为“外大里更大”的倒碗碟式切口，解决娩胎头困难。同时独创子宫下段的高位切口，较传统子宫切口位置高出8~10cm，这一切口明显减少了传统剖宫产术的主要并发症，如子宫切口延长撕裂引起术中大出血等。近年来周基杰教授到内地讲学及示范手术数十次，深得国内产科同道的喜爱。但实施本术式时最好有良好的外科手术操作基础或有传统剖宫产术的操作基础，切忌盲目照搬，也忌被本术式的各步骤所束缚，而应在实践中自己体会其中的优缺点而灵活使用。周基杰教授也强调在脑中打“腹稿”的重要性，也就是把本术式在脑子里反复排练，之后应用于实际就能得心应手。

第二节 周基杰教授简历

周基杰，男，广东中山县人，1921年11月11日出生。
1950 香港大学医科毕业

- 1952 ~ 1956 美国Johns Hopkins Hospital妇产科
住院医师
- 1956 ~ 1958 香港大学妇产科副教授
- 1959 英国皇家妇产科医师学院院士
- 1958 ~ 1961 九龙医院妇产科主任, 主任医师
- 1971 英国皇家妇产科医师学院荣授院士
- 1962 ~ 1999 自行开业
- 1992 香港妇产科医师学院创院荣授院士

创新手术

(1) 1989 年, 创新概念广泛根治手术: 适应 I ~ IIa 期宫颈癌, 减少泌尿道并发症, 减少术中出血, 提高术后生活质量。突破性术式原则: 一起处理主韧带、宫骶韧带, 不打开杜氏窝底, 亦有例外, 在隧道内侧方切断膀胱子宫韧带。

(2) 1956 年, 创新概念挖空子宫颈的子宫全切术不会损伤输尿管、膀胱、直肠, 不影响性生活, 最适合粘连多的盆腔。原则: 保留子宫颈最外层的坚韧纤维鞘, 在这鞘内面挖空子宫颈。

(3) 1989 年, 创新概念剖宫产术: 减少 Apgar 低评分新生儿的出生。减少损伤血管大出血, 避免子宫切口延裂, 减少二次经阴道分娩子宫刀疤破裂, 腹壁切口无死腔、血肿、脓肿、破裂, 节省费用, 恢复快, 术后少痛。

(4) 1976 年, 创三角形子宫切除: 保留子宫及卵巢

动脉，安全，易学易用，无术后卵巢功能减退，免除术后懊悔心理问题，不影响术后性生活质量。

(5) 1976年，创子宫切除术 同时保留子宫及卵巢动脉、主韧带、子宫骶骨韧带及剔除子宫颈内层。

著作

(1) 新概念广泛根治手术（英语，1989出版，ISBN 962-7411-01-9）

(2) 新概念子宫全切（英语，1991年，香港Swindon Book Shop 出版，ISBN 962-7411-02-7）

(3) 新概念剖宫产术（英语，1995年，意大利，罗马CIC Edizioni Internazionali 出版，ISBN 88-7141-191-9）

(4) Caesarean section: original low-risk cost-effective approach. （英语，1992年，香港 K. K. Chow 出版，ISBN 962-7411-03-5）

(5) 剖宫产新法（1999年出版，强调以镊子在子宫下段的上部找到切口位置等等。）

(6) 经腹切除子宫手术（1999年出版，两种保留子宫动静脉，保留卵巢功能的切除子宫方法，另一种不保留子宫动静脉不保留卵巢功能的筋膜内全切法。）

(7) Chow's Cesarean section technique, second edition, 1999年。

第三节 讲课及示范手术

北京协和医科大学协和医院示范手术(1989)

香港太平洋外科学会 (1994)

香港大学(1994)

香港妇产科医师学会(1994)

香港中文大学(1994、1996)

英国伦敦 Bartholomew 医科大学(1994)

英国伦敦 Chelsea Westminster 医科大学(1994)

北京协和医科大学示范手术(1994)

广州中山医科大学(1994)

全国保护母婴安全会议 (成都, 1995)

全国妇产科会议 (上海, 1995)

意大利罗马 Sapienza 医科大学(1995)

意大利 Verona 医科大学(1995)

上海市第一人民医院(1995)

上海中山医院妇产科示范手术(1995)

江西省南昌妇幼保健院示范手术(1995)

北京医科大学三院示范手术(1995)

北京首都大学示范手术(1995)

北京海淀妇产医院示范手术(1995)

北京朝阳区朝阳医院示范手术(1995)

美国 Johns Hopkins University Medical School 妇

产科(1995)

美国 Michigan 医科大学(1995)

美国 New Mexico 医科大学(1995)

青岛附二医院示范手术(1995)

苏州医学院示范手术(1995)

江苏省无锡市妇幼保健院示范手术(1995)

西安第四军医学院示范手术(1996)

全国妇科肿瘤会议 (北京, 1996)

香港妇产科医师学会(1996)

香港养和医院(1996)

江西医学院附属医院示范手术(1997)

南昌妇幼保健院示范手术(1997)

烟台毓璜顶医院示范手术(1997)

青海医学院示范手术(1997)

山东日照市人民医院示范手术(1997)

山东临沂市人民医院示范手术(1997)

山东临沂市肿瘤医院示范手术(1997)

开封市妇幼保健院示范手术(1997)

天津市中心妇产科医院示范手术(1997)

沈阳妇婴医院妇产科示范手术(1997)

鞍山市第五医院妇产科示范手术(1997)

太原山西医学院妇产科示范手术(1997)

赣州赣南医学院妇产科示范手术(1997)

黑龙江省电力医院妇产科示范手术(1997)

庐山全国新时期妇幼卫生工作研讨会(1997)
武汉市同济医科大学示范手术(1997)
武汉市湖北医科大学附一医院示范手术(1997)
武汉市湖北医科大学附二医院示范手术(1997)
武汉市武汉铁路中心医院示范手术(1997)
佛山市全国妇产科新技术学习班课 (1997)
佛山市佛山妇幼医院示范手术(1997)
贵州省安顺地区医院示范手术(1997)
湖北省荆州市中心医院示范手术(1997)
济南市山东医科大学省立医院示范手术(1998)
济南市山东医科大学附属医院示范手术(1998)
北京医科大学第三附属医院示范手术(1998)
山东省青岛医科大学附属医院示范手术 (1998)
海南省海口市武警总队医院示范手术 (1998)
北京市北京医科大学延庆医院示范手术 (1998)
山西省太原市商业职工医院示范手术 (1998)
辽宁省朝阳市第一人民医院示范手术 (1998)
甘肃省敦煌市医院示范手术 (1998)
广西省柳州市第一人民医院示范手术 (1998)
广西省柳州市铁路医院示范手术 (1998)
长春市白求恩医科大学附属医院示范手术 (1998)
辽宁省锦州医学院第二医院示范手术 (1998)
辽宁省锦州医学院第一医院示范手术 (1998)
佳木斯大学医学院附一医院示范手术 (1998)

广西省桂林医学院附属医院示范手术 (1998)
贵州省贵阳医学院附属医院示范手术 (1998)
山西省优生优育协会及太原市商业职工医院示范手术 (1998)
厦门市中华医学会厦门分会现代剖宫产手术学习班 (1998)
太原市山西优生学会及商业职工医院主办新剖宫产技术学习班(1998)
西安优生协会杨梦庚教授主办的新式剖宫产学习班 (1998)
重庆医科大学附二医院示范手术 (1998)
新疆乌鲁木齐市友谊医院示范手术 (1998)
河南省郑州市省立医院示范手术 (1998)
西安第四军医大学附院示范手术 (1998)
武汉商业职工医院示范手术 (1998)
辽宁省鞍山市第五医院、周氏三角形次全切、周氏剖宫产术学习班示范手术 (1998)
重庆医科大学讲课及示范手术 (1999)
沈阳肿瘤医院讲课及示范手术 (1999)
鞍山妇幼医院示范手术 (1999)
哈尔滨医科大学讲课及示范手术 (1999)
大连医科大学讲课及示范手术 (1999)
南昌市江西省妇幼保健院讲课及示范手术 (1999)
武汉同济医科大学第一医院、第六医院、第四医院讲课

及示范手术(1999)

河南省洛阳市第二商业医院、周氏三角形次全切、周氏剖宫产术学习班及示范手术(1999)

南昌市江西省妇幼保健院示范手术(1999)

Loma Linda University, San Bernadino, Cal, U.S.A., (1999)

柳州市工人医院(1999)

牡丹江市妇幼保健院(1999)

延吉市延边妇幼保健院(1999)

山东省潍坊医学会(1999)

沈阳市妇婴医院(1999)

上海市医科大学(1999)

福建省厦门市中华医学会厦门分会现代剖宫产手术学习班(1999)

山东省潍坊人民医院及潍坊市妇幼保健院(1999)

广东省惠州市妇产科学会(1999)

江西省南昌市江西省妇幼保健院讲课示范手术(2000)

河南省洛阳市中国优生优育学会洛阳分会主办全国周氏妇产科手术推广会(2000)

南京长江流域五省二市妇产科学会会议(2000)

西安第七届全国妇产科学会会议(2000)

山西省临汾市中华医学会分会(2000)

第四节 传统剖宫产术发展史

早在公元前2400年左右,即有剖宫产的记载,《史记·楚世家》第十卷“吴四生陆终,陆终生子六人,坼剖而产焉”。这是有关剖宫产的最早记载。直到公元前8世纪,古罗马Numa Pompilius王朝曾颁布一条有关剖宫产的法律,规定妊娠末期的孕妇死后未经剖宫取出胎儿则禁止入葬,此即尸体剖宫产。相传,公元前100年,罗马帝王Julius Caesar是剖宫产分娩的,故剖宫产也称帝王切开。公元146~167年,死后剖宫产成为我国民间的习俗。直到16世纪初,剖宫产才施用于活产孕妇。公元1500年,德国Jacob Nufer为其妻做了第1例剖宫产术,被引证为世界上第1例剖宫产。1610年4月21日, Trautman 与Guth为活产妇行剖宫产术。术后患者存活25天。当时曾有学者统计剖宫产手术的死亡率达52%以上,而死亡的原因是出血和感染。此期剖宫产切开子宫,取出胎儿后子宫切口不做缝合。1876年意大利产科医生Porro为一佝偻病骨盆的孕妇行宫底部横行切开剖宫产术,娩出胎儿困难,在子宫下段缠绕线圈,然后在子宫内口上方将子宫切除,由于这一改进,剖宫产孕妇的死亡率明显下降,这一术式现代仍用于剖宫产同时切除子宫者。1882年, Sanger 首创子宫底纵切口剖宫产术即所谓的古典式剖宫产术。娩儿后把子宫切口精细缝

合、使剖宫产孕妇死亡率明显下降。1907年之后的一段时间是子宫下段剖宫产术的发展时期,由于古典剖宫产术仍有出血多、并发症多、再次妊娠时子宫破裂多等缺点, Frank 等提出行腹膜外剖宫产术以减少腹腔感染的发生。1908年, Latzko 及 Norton 在阐述子宫下段解剖学特点后提出采用子宫下段剖宫产术,同年首次采用腹膜外侧入式剖宫产术。1940年, Waters 又设计了顶入式腹膜外剖宫产术。1912年, Kronig 提出切开子宫膀胱腹膜反折,暴露子宫下段后切开子宫下段,取出胎儿,然后再缝合关闭腹膜反折以盖住子宫切口、即现代世界上广泛使用的子宫下段剖宫产术。

20世纪80~90年代以色列学者 Stark 设计一种称为 Misgar-Ladach-Method 剖宫产术,子宫肌层一层缝合,不缝合腹膜、膀胱腹膜反折的方法,具有手术时间短、损伤小、恢复快等优点。

20世纪80年代以来,香港大学附属玛丽医院的周基杰创立了一种新概念剖宫产术,并于1995年用英文在罗马出版专著,近十年来,周基杰到国内各大中小医院讲学并行示范手术,共数十次。该术式有时间短(20 min 左右)、损伤小、出血少、术中出现特殊意外情况明显少、对母婴危害小等优点,深得国内同道的喜欢。目前,国内有不少医院已把周基杰创立的剖宫产术式列为常规术式。

第五节 周氏剖宫产术的诞生历程

1950年周基杰大学毕业后,开始在香港大学附属玛丽医院从事妇产科临床工作,那时香港剖宫产术式的潮流已是下推膀胱的子宫下段横切口,而中国内地仍采用古典式剖宫产术。1952~1956年,周基杰在美国 Johns Hopkins Hospital 医院任妇产科住院医师期间,发现美国 40 岁以上的医生还在奉行古典式剖宫产术,原因一是思想守旧,二是认为古典式剖宫产有方法简单、手术时间短、没有损伤子宫动脉风险的长处。随着历史的发展,古典式剖宫产由于其手术中出血多、术后易与周围脏器粘连,再次妊娠子宫破裂率高等弊端,逐渐地退出历史舞台,被子宫下段剖宫产术取代。几十年过去了,子宫下段剖宫产术早已写进了教科书,成了老少产科医生的手术操作准则。随着人们生活水平及保健意识的提高以及剖宫产指征的放宽,剖宫产率由 20 世纪 50 年代的 2% 上升至 30% 甚至更多,大量的子宫下段剖宫产手术在为无数产妇解决疾患与难产的同时也为产科医生带来了烦恼和无奈。当术中因下段肌层薄而收缩无力导致出血多时;当防不胜防地引起切口延裂大出血时;当为了暴露子宫切口剪开再缝合反折腹膜时;当下推膀胱引起出血和并发症时……,引发出种种抱怨和深思。由此反思,为什么要把子宫切口定位在膀胱后与子宫动脉相

邻的复杂而危险地带呢？本术式的发明者Kerr 尚能指出其手术步骤操作烦琐、出血多的弊端，而我们为什么不能用科学的眼光去面对传统术式的弊端？为什么不能重新审视先辈的发明呢？1990 年的一个春夜，周基杰回忆起 30 年来在中孕剖宫取胎时，从来没有剪开过膀胱子宫反折腹膜，切口选择在浆膜界限与膀胱顶之间的区域，尽管中孕期间子宫下段尚未伸展至一定的长度，但是往往能达到满意的剖宫取胎效果（子宫切口的上下缘厚度一致，宫内容物娩出后切口迅速收缩变短，出血少），由此启发了灵感，为什么不能把子宫的切口从膀胱后的狭窄地段上移至下段的宽阔部位？为什么不能让切口远离子宫动脉、膀胱和输尿管？为什么不能在子宫下段的上部肌肉较厚、收缩较强处做切口？经过反复思考，一个大胆的设想在他头脑中酝酿——把子宫下段膀胱后的切口上移至子宫下段的上部。翌日，他在充分的腹稿（构思）准备下，仅用了 22 min 的时间便成功地为一产妇做完了剖宫产手术，手术满意而顺利，挑战和创新给他带来了无比的喜悦。在过去的十年中，周基杰先后数十次到祖国内地的大小医院讲学和示范推广他的新术式，深受同道们的喜爱，现已较广泛地在临床使用。同时，在切口的缝合方法进行改进，使其日趋完善，现正以其特有的优势向子宫下段低位剖宫产术即传统剖宫产术进行着挑战。

第二章 周氏剖宫产术的相关局部解剖学与生理学知识

第一节 下腹前壁的构成

下腹壁由外向内依次为浅层的皮肤、浅筋膜及深层的筋膜、肌肉、腹横筋膜、腹膜外脂肪及腹膜。

(一) 皮肤

妇女妊娠时由于增大的子宫对腹壁的扩张,使皮下的弹性纤维部分断裂,因而经产妇的腹壁较未产妇的腹壁松弛。腹壁在耻骨联合上方3 cm处沿皮肤的皱折出现一向上的弧型横沟,称凡能斯提耳(Pfannenstiel)皱襞,传统的腹壁横切口便是沿此皱襞切开。周氏剖宫产术切开皮肤位置更低一些,约在耻骨联合上1~2 cm,阴毛上缘的下方。皮肤切口是周氏剖宫产的特色之一,由于皮肤切口长只有13 cm,切口周径只有26 cm,而胎儿头围至少有34 cm,所以皮肤弹性的判断很重要,切开皮肤前常规判断皮肤弹性大小。判断皮肤弹性的方法为两手指按住欲切开的皮肤中间分别向相反方向推拉,从推拉距离的大小可以判断皮肤弹性的好坏。