剖宫产腹部切口延迟愈合的临床分析

王名燕(四川达州市计划生育指导所妇产科 635000)

【摘要】目的 探讨剖宫产腹部切口延迟愈合的原因和防治措施。**方法** 回顾分析 2004 年 1 月至 2010 年 12 月剖宫产腹部切口延迟愈合 26 例,其中 2004 年 1 月至 2007 年 12 月 20 例,2008 年 1 月至 2010 年 12 月 6 例。**结果** 随着剖宫产时间的缩短和抗生素的合理应用,单纯感染因素导致剖宫产腹部切口延迟愈合的概率降低,剖宫产腹部切口延迟愈合与肥胖、贫血、术中止血不彻底、妊娠并发症、异物反应等密切相关。**结论** 提高手术操作技巧,及时发现切口渗液,尽早进行理疗,对预防切口延迟愈合是极为有效的。

【关键词】 剖宫产; 腹部切口; 延迟愈合

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.12.043 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)12-1489-01

剖宫产是产科常见手术,是一种创伤性操作,有发生腹部切口延迟愈合的可能,影响切口愈合的因素有很多,故探讨切口延迟愈合发生的原因及防治措施尤为重要。现将本院 2004 年 1 月至 2010 年 12 月剖宫产腹部切口延迟愈合 26 例的临床表现、病因与术后处理进行分析,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2004 年 1 月至 2010 年 12 月剖宫产腹部切口延迟愈合 26 例,其中 2004 年 1 月至 2007 年 12 月 20 例,2008 年 1 月至 2010 年 12 月 6 例。

1.2 手术方法 采用新式剖宫产术 2004 年 1 月至 2007 年 12 月,宽间距,皮肤及皮下组织全层缝合 3 针,腹直肌前鞘以 4 号丝线间断缝合。2008 年 1 月至 2010 年 12 月,皮肤、皮下组织全层缝合 5~7 针,每针间距小于或等于 2 cm,腹直肌前鞘以 1-0 可吸收线连续缝合。

1.3 抗生素的应用 对有感染高危因素者,如术前有感染存者,有胎膜早破、试产时间较长、贫血、术后第 1~2 天体温大于或等于 38.0℃ 超过 2 次以上者,均应用第 1 代头孢类抗生素 3~5 d。对无感染高危因素者,应用青霉素钠 3 d。

2 结果

2.1 病因分析 见表 1。表 1 中,手术操作技巧 6 例中,2 例为分离筋膜与腹直肌粘着部位时止血不彻底,2 例为皮下脂肪层止血不彻底,其中 2 例为妊娠期糖尿病。

表 1 剖宫产腹部延迟愈合病因

时间	肥胖	贫血	手术技巧	异物反应
2004 年 1 月至 2007 年 12 月	8	4	6	2
2008 年 1 月至 2010 年 12 月	4	2	0	0

2.2 临床表现 26 例腹部切口延迟愈合中,2 例于术后第 1 天出现切口渗血,2 例于术后 3 个月和 5 个月先后出现 2 处不同部位的切口窦道,其余 22 例均于术后 4~10 d 出现切口渗液,渗液基本上均为淡红或淡黄色的非脓性液体,均无明显的切口红、肿、热或术后发热大于或等于 38.0℃。

2.3 临床处理 2004 年 1 月至 2007 年 12 月 2 例于术后第 2 天行清创及缝合术,其余 18 例发现渗液较多后行切口引流换药 3~5 d 后予Ⅱ期缝合,2008 年 1 月至 2010 年 12 月 2 例行Ⅱ期缝合,4 例予挤压切口渗液,TDP 灯照射腹部切口 3~4 d,均于术后 9~10 d 痊愈出院。

3 讨论

3.1 剖宫产腹部切口延迟愈合发生的原因 新式剖宫产术的手术时间短,出血少,加之抗生素的合理应用,单纯感染因素导致腹部切口延迟愈合发生的概率降低,而剖宫产腹部切口延迟愈合主要与肥胖、贫血、妊娠并发症,术中止血不彻底,异物反应密切相关。肥胖者由于脂肪层厚易影响操作可使手术时间延长,同时单位组织供血少,又易形成死腔^[1],并且皮肤张力增

大,故发生切口延迟愈合的概率明显增加。有报道指出,贫血、营养不良引起切口感染的发生率为 20%~25%^[2],同时新式剖宫产术中撕拉、分离腹直肌、宽间距、皮肤及皮下组织全层缝合等增加术中止血不彻底的可能性。而切口窦道的形成主要与异物反应、感染有密切的关系。

3.2 做好孕妇产前检查的保健工作 为适应胎儿生长及孕妇各器官生理变化的需要,孕妇应在妊娠中晚期适量补充铁剂,加强营养^[3],但也应避免体质量增加过高。

3.3 术中止血一定要彻底 尤其新式剖宫产术,在分离腹直肌时,一定仔细检查分离面,并彻底止血,对有活动性出血或即使无出血的断裂血管断端一定缝扎或结扎止血。

3.4 支持治疗 针对肥胖者,皮肤全层缝合可 5~7 针,每针间距不超过 2 cm,贫血及营养不良者,适当延长拆线时间,予铁剂等支持治疗。

3.5 切口观察 术后每天应观察切口部位有无渗液,切口渗液可增加局部伤口的张力,常使正在愈合的伤口或已缝合的伤口裂开^[3],故术后每天应观察切口部位,如发现切口有较多渗液,周围红肿或出现浸润块,及早进行理疗是极为有效的^[4]。

3.6 合理使用抗菌药物 目前,卫生部已制定了妇产科预防性抗菌药物的选择及给药方法,剖宫产属清洁-污染手术,对无感染高危因素者,可选用第 1 代头孢,术中 1 剂、术后 1 剂即可,对于有感染高危因素或术前已有感染者,可选用对革兰阴性菌和阳性菌都有强大杀灭功能且起效快的抗菌药物,如第 3 代头孢菌素类等药物,对腹部切口感染疗效确切^[5],必要时延长用药时间,从而减少切口延迟愈合的发生。

本院是基层医院,在工作中逐渐提高手术基本操作技能,注意术后切口管理,尽早发现切口硬结,渗液,及早应用 TDP 灯照射腹部切口,降低了切口延迟愈合的发生率,减少Ⅱ期缝合术。

参考文献

[1] 龚时鹏,余艳红,陈莉.剖宫产术后切口感染的术前相关因素探讨[J].实用妇产科杂志,2005,21(8):495-496.
 [2] Myles TD, Gooch J, Santolaya J. Obesity as an independent risk factor for infectious morbidity in patients who undergo cesarean delivery[J]. Obstet Gynecol, 2002, 100(5): 959-964.
 [3] 李玉林.病理学[M].6 版.北京:人民卫生出版社,2006:42.
 [4] 马彦彦.新式剖宫产术[M].2 版.北京:北京科学技术出版社,1997:60.
 [5] 周冰,李春梅.剖宫产腹部切口感染处理 18 例分析[J].实用妇产科杂志,2008,24(7):437.