

围产医学

DOI: 10.11699/cyxb20131002

会阴切开在阴道分娩中的应用

谭晓青, 漆洪波

(重庆医科大学附属第一医院妇产科, 重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R714.3

【文献标志码】A

【收稿日期】2013-04-15

会阴切开作为阴道分娩时促进产程、保护会阴、防止会阴及盆底组织严重裂伤的一种常规措施,在临床中广为使用。但近年来大量临床研究对此提出了异议^[1-4]。国内外临床医师对阴道分娩中是否常规会阴切开、会阴切开方式以及切开后阴裂伤、产后性交障碍、盆腔脏器脱垂及产后疼痛等情况进行了深入广泛的探讨,综述如下。

1 会阴切开的临床应用

会阴切开的主要目的是为了扩大产道出口,减少盆底阻

力,加速分娩,避免会阴及盆底组织严重裂伤。会阴切开的适应证:估计会阴裂伤不可避免时,如会阴体过高,会阴弹性差或并发有炎症、水肿,胎头娩出时很可能发生较严重的会阴裂伤;产妇患有严重心肺疾病、妊娠期高血压疾病、高度近视和其他情况需要缩短第二产程,避免过度使用腹压时;或胎儿需要缩短第二产程如胎儿宫内窘迫,早产时避免胎头在产道内因持续受压导致颅内出血以及为避免第二产程延长引起的新生儿颅脑损伤,需尽快结束分娩。

会阴切开术切开会阴浅横肌和深横肌、球海绵体肌及部分肛提肌。术后可能出现下列并发症:出血和血肿、切口局部疼痛和水肿、局部的感染和损伤、性交疼痛或产后性生活不适、盆底肌肉松弛等。

会阴切开术自 18 世纪开始应用于临床,到 20 世纪上半叶其使用率在世界范围内大幅度提升。近年来会阴切开率在不同国家存在显著差别,美国 2004 年的会阴切开率为 24.5%^[5],2000 年瑞典为 9.7%^[6],巴西 1998 年 94.2%^[6]。而我国不同地

作者介绍:谭晓青,Email:txqq135@sina.com,

研究方向:妇产科学。

通信作者:漆洪波,Email:qihongbo@sina.com。

基金项目:国家自然科学基金资助项目(编号:81070502);国家临床重点专科建设经费资助项目(编号:201101ckZD)。

有时会让医生和病人都无所适从。

产前筛查及诊断技术的发展突飞猛进,尤其是无创产前 DNA 检测等技术的发展给产前诊断领域带来了广阔的发展空间。但目前各项技术仍有其自身局限性,如 aCGH、SNP 芯片等诊断技术价格昂贵,aCGH 和 SNP 芯片等技术检测到的无意义的基因拷贝数改变,这些无意义的结果会让医生无法解释,使其广泛应用受到限制。简单、快速、价格便宜及风险低的产前诊断技术是未来的发展方向,相信伴随着细胞遗传学技术及分子生物学技术尤其是基因测序技术的不断发展和创新,高准确度、低价格、快捷、方便、安全的产前诊断技术一定会在不远的将来问世。

参 考 文 献

- [1] Audibert F, Gagnon A. Prenatal screening for and diagnosis of aneuploidy in twin pregnancies[J]. J Obstet Gynaecol Can, 2011, 33(7): 754-767.
- [2] Lo Y M, Corbetta N, Chamberlain P F, et al. Presence of fetal DNA in maternal plasma and serum[J]. Lancet, 1997, 350(9076): 485-487.
- [3] Ehrlich M, Deciu C, Zwiefelhofer T, et al. Noninvasive detection of fetal trisomy 21 by sequencing of DNA in maternal blood: a study in a clinical setting[J]. Am J Obstet Gynecol, 2011, 204(3): 205.e1-11.

- [4] Lau T K, Chan F, Pan X, et al. Noninvasive prenatal diagnosis of common fetal chromosomal aneuploidies by maternal plasma DNA sequencing[J]. J Matern Fetal Neonatal Med, 2012, 25(8): 1370-1374.
- [5] Sparks A B, Struble E T, Wang E T, et al. Non-invasive prenatal detection and selective analysis of cell-free DNA obtained from maternal blood: evaluation for trisomy 21 and trisomy 18[J]. Am J Obstet Gynecol, 2012, 206(4): 319.e1-9.
- [6] Bianchi D W, Platt L D, Goldberg J D, et al. Genome-wide fetal aneuploidy detection by maternal plasma[J]. Obstet Gynecol, 2012, 119(5): 890-901.
- [7] Palomaki G E, Deciu C, Kloza E M, et al. DNA sequencing of maternal plasma reliably identifies trisomy 18 and trisomy 13 as well as Down syndrome: an international collaborative study[J]. Genet Med, 2012, 14(3): 295-305.
- [8] Langlois S, Brock J A, Genetics Committee, et al. Current status in non-invasive prenatal detection of down syndrome, trisomy 18, and trisomy 13 using cell-free DNA in maternal plasma[J]. J Obstet Gynaecol Can, 2013, 35(2): 177-181.
- [9] Wood E, Dowey S, Saul D, et al. Prenatal diagnosis of mosaic trisomy 8q studied by ultrasound, cytogenetics, and array-CGH[J]. Am J Hum Genet, 2008, 146A(6): 764-769.

(责任编辑:冉明会)

区或医院,会阴切开在头位分娩中几乎成为常规,如 1993 年会阴切开率约 60%,其中初产妇达 80%,2006 年上海地区会阴切开率则接近 100%^[7]。欧美国家明显低于亚洲及拉丁美洲国家。

2 常规会阴切开与限制会阴切开的比较

为预防重度会阴撕裂的发生,在临床实践中助产人员往往会选择对产妇进行常规会阴切开,即对所有的产妇不论会阴情况如何都进行切开。但会阴切开术的滥用可能导致产后并发症的增多,如严重会阴裂伤^[8]、产后疼痛、性交痛^[9]、产后出血等。Hartmann 等^[10]1 篇关于会阴切开的系统评价指出,常规会阴切开术与限制性会阴切开(即尽可能避免会阴切开)相比较并未显示出其优越性。

2.1 会阴裂伤

会阴切开的目的是为了减少会阴裂伤的发生,特别是预防重度会阴裂伤的发生。但常规会阴切开是否能减少和避免严重会阴裂伤的发生值得商榷。Hartmann 等^[10]系统评价指出与常规会阴切开比较,限制会阴切开组中保持会阴完整性的比例更高,但增加了会阴前部的损伤,不过会阴前部裂伤的程度轻微,并未增加缝合的几率。同时,Eason 等^[9]关于预防会阴裂伤的 1 篇系统评价指出,常规会阴切开不能预防肛门括约肌的损伤,并且会阴Ⅲ°、Ⅳ°裂伤比例明显高于限制会阴切开。

2.2 产后疼痛及性功能影响

产后疼痛与会阴损伤程度直接相关。Macarthur 等^[11]对产后疼痛影响因素的研究中发现,在产后第 1、7 天比较,产后疼痛的比例分别为:会阴完整组 75% 和 38%;Ⅰ°、Ⅱ°会阴裂伤组 95% 和 60%;会阴切开组 97% 和 71%;Ⅲ°、Ⅳ°会阴裂伤组 100% 和 91%。而在产后 6 周比较,各组产后会阴疼痛无统计学差异。近期产后疼痛与分娩时会阴损伤的程度直接相关,会阴切开组近期产后疼痛明显高于会阴完整组及轻度会阴裂伤组。产后性生活满意程度与产时会阴损伤程度也存在直接相关性,Signorello 等^[12]研究显示会阴损伤是产后性交障碍(包括产后性交恢复时间、性交困难、性交满意度、性高潮障碍、性交痛)的高危因素。

2.3 产后盆底功能影响

阴道分娩时胎先露下降,产道扩张,盆底组织极度伸展,导致盆底肌纤维组织、结缔组织及神经组织的缺血甚至断裂,引起继发的萎缩、变性、坏死及血管病变,最终导致肌纤维数量减少及去神经化作用,结缔组织失去支撑作用,从而产后出现盆底功能障碍疾病,如大小便失禁、盆腔脏器脱垂等。传统观念认为,会阴切开可以保护盆底支撑组织的肌肉及筋膜,减轻因分娩时盆底组织过度伸展后导致的纤维、结缔组织、神经的损害。但大量研究表明,常规会阴切开并未减少产后盆底肌肉功能损伤。Fritel 等^[13]对初次分娩 4 年后盆底功能障碍对照研究发现,常规会阴切开并未减少大小便失禁的发生。同时,Handa 等^[14]经过 5~10 年长期临床随访观察发现有相似结论,盆底功能障碍(包括压力性尿失禁、膀胱过度

活动症、大便失禁、盆腔脏器脱垂)与产钳助产分娩及会阴裂伤有关而与会阴切开无明显关联。

2.4 新生儿影响

长期以来的观点认为,会阴切开减轻了产道对胎头的压迫作用,特别是早产儿,可以减少新生儿窒息的发生,改善新生儿 Apgar 评分,减少新生儿酸中毒以及肩难产导致的并发症。但很少有客观证据支持上述观点,不过当存在肩难产时,会阴切开是有效的处理方式之一^[15]。Riski-Mashiah 等^[16]研究发现,采取限制性会阴切开的治疗原则,新生儿 Apgar 评分以及脐血 pH 均无统计学差异,对母儿病率无不良影响。

Caroli 和 Mignini^[17]通过对多项常规性与限制性会阴切开的随机对照试验总结,得出以下结论:限制切开减少了严重会阴损伤的发生率($RR=0.67, 95\%CI=0.49\sim0.91$),减少缝合($RR=0.71, 95\%CI=0.61\sim0.81$),减少愈合并发症($RR=0.69, 95\%CI=0.56\sim0.85$)。虽然限制切开组中会阴前部损伤增加但减少了严重会阴损伤的发生率,同时 2 组在性交困难、尿失禁等方面差异无统计学意义,也未显示出对新生儿保护作用的优越性。因此,在无绝对会阴切开指征时应尽可能避免对产妇进行会阴切开。

3 会阴切开方式选择

会阴侧切术是在会阴高度膨隆时以阴唇后联合为起点,向外旁开 45°剪开,切断皮肤、筋膜、球海绵体肌、会阴浅横肌、深横肌、部分肛提肌及阴道黏膜。会阴正中切开术以阴唇后联合为起点,朝向肛门垂直剪开,切断皮肤、会阴中心腱及阴道黏膜。

3.1 产后出血及疼痛比较

与会阴正中切开比较,会阴侧切组织较多,增加了盆底肌肉、筋膜组织及血管的损伤,因此容易导致较多的产时出血^[18-19],同时切开组织增多也增大了会阴伤口的缝合难度。产后疼痛与分娩时会阴损伤的严重程度直接相关,因此有部分研究认为会阴侧切更容易出现产后疼痛^[20-21],但这些观点并未在随机对照研究中得到证实^[23]。

3.2 会阴裂伤

从解剖学角度来看,会阴侧切伤口远离肛门括约肌,减少了由于切开延裂导致的肛门括约肌及直肠的损伤^[22-24]。在仅有的前瞻性随机对照研究发现,正中切开及侧切发生Ⅲ°、Ⅳ°裂伤的比例分别是 11% 和 2%^[25]。会阴侧切伴会阴裂伤的风险低于会阴正中切开,而侧切的角度大小与会阴裂伤的风险密切相关^[1]。Eogen 等^[25]研究发现侧切距会阴正中线每增加 6°可使Ⅲ°裂伤的风险降低 50%,即侧切的角度越大越安全。考虑到正中切开是严重会阴裂伤发生的高危因素,英国皇家妇产科医师学院推荐:当会阴切开有临床指征时,应行会阴侧切而非正中切开^[15]。

3.3 性交影响

与正中切开比较,会阴侧切增加了肌肉及神经组织的损伤。有研究认为会阴侧切更容易出现产后性交障碍^[20],同时正中切开的妇女在产后短时间内能更早地恢复性生活。但经

过长期临床随访观察,二者在远期性交障碍及性交满意程度上没有差异^[19]。

4 小 结

综上所述,在头位自然分娩过程中,常规会阴切开增加了严重会阴损伤的发生率,而对预防产妇产后大小便失禁及盆底功能障碍的发生,以及新生儿预后影响无明显优势。因此,在无绝对会阴切开指征时,尽量保持会阴的完整性,对母儿预后无不良影响。考虑到正中切开是发生重度会阴裂伤的高危因素,因此在有严格的会阴切开指征时,优先选择侧切方式。

参 考 文 献

- [1] Borgatta L, Piening S L, Cohen W R. Association of episiotomy and delivery position with deep perineal laceration during spontaneous delivery in nulliparous women[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 1989, 160(2): 294-297.
- [2] Wilcox L S, Strobino D M, Baruffi G, et al. Episiotomy and its role in the incidence of perineal laceration in a maternity center and a tertiary hospital obstetric service[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 1989, 160(5Pt1): 1047-1052.
- [3] 董金林, 倪美菊, 朱钟治. 会阴Ⅲ度撕裂 50 例分析[J]. *实用妇产科杂志*, 1996, 12(3): 153-154.
- [4] Dong J L, Ni M J, Zhu Z Z. A report of 50 cases of third degree laceration of perineum[J]. *Journal of Practical Obstetrics and Gynecology*, 1996, 12(3): 153-154.
- [5] 孙杭临, 洪珍珍. 会阴Ⅲ度裂伤的原因与防治[J]. *河北医学*, 1999, 5(10): 21-23.
- [6] Sun H L, Hong Z Z. Preventing and analysing the etiology of third degree laceration of perineum[J]. *Hebei Medicine*, 1999, 5(10): 21-23.
- [7] Frankman E A, Wang L, Bunker C H, et al. Episiotomy in the United States; has anything changed? [J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2009, 200(5): 573.
- [8] Graham I D, Carroli G, Davies C, et al. Episiotomy rates around the world; an update[J]. *Birth*, 2005, 32(3): 219-223.
- [9] 王炳顺, 周利锋, 高尔生, 等. 产妇产后对分娩方式的再认识[J]. *中国妇幼保健*, 2006, 21(20): 2784-2787.
- [10] Wang B S, Zhou L F, Gao E S, et al. Women's perceptions of delivery modes after delivery[J]. *Maternal and Child Health Care of China*, 2006, 21(20): 2784-2787.
- [11] Declercq E, Cunningham D K, Johnson C, et al. Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries; results of a national survey[J]. *Birth*, 2008, 35(1): 16-24.
- [12] Eason E, Labrecque M, Wells G, et al. Preventing perineal trauma during childbirth; a systematic review[J]. *Obstet Gynecol*, 2000, 95(3): 464-471.
- [13] Hartmann K, Kiswanathan M, Palmieri R, et al. Outcomes of routine episiotomy; a systematic review[J]. *JAMA*, 2005, 293(17): 2141-2148.
- [14] Macarthur A J, Macarthur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery; a prospective cohort study[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2004, 191(4): 1199-1204.
- [15] Signorello L B, Harlow B L, Chekos A K, et al. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma; a retrospective cohort study of primiparous women[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2001, 184(5): 881-890.
- [16] Fritel X, Schaal J P, Fauconnier A, et al. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery; a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy[J]. *BJOG*, 2008, 115(2): 247-252.
- [17] Handa V L, Blomquist J L, McDermott K C, et al. Pelvic floor disorders after vaginal birth; effect of episiotomy, perineal laceration and operative birth[J]. *Obstet Gynecol*, 2012, 119(2Pt 1): 233-239.
- [18] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The management of third- and fourth-degree perineal tears[J]. *Green-top guideline*, 2007, 29: 1-11.
- [19] Riski-Mashiah S, O'Brian Smith E, Wilkins I A. Risk factors for severe perineal tear; can we do better? [J]. *Am J Perinatol*, 2002, 19(5): 225-234.
- [20] Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth[J]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, DOI:10.1002/14651858.
- [21] Stones R W, Paterson C M, Saunders N J. Risk factors for major obstetric haemorrhage[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1993, 48(1): 15-18.
- [22] Combs C A, Murphy E L, Laros R K Jr. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth[J]. *Obstet Gynecol*, 1991, 77(1): 69-76.
- [23] Sartore A, De Seta F, Maso G, et al. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery[J]. *Obstet Gynecol*, 2004, 103(4): 669-673.
- [24] Rockner G, Wahlberg V, Olund A. Episiotomy and perineal trauma during childbirth[J]. *J Adv Nurs*, 1989, 14(4): 264-268.
- [25] Coats P M, Chan K K, Wilkins M, et al. A comparison between midline and mediolateral episiotomies[J]. *Br J Obstet Gynaecol*, 1980, 87(5): 408-412.
- [26] Shiono P, Klebanoff M A, Carey J C. Midline episiotomies: more harm than good? [J]. *Obstet Gynecol*, 1990, 75(5): 765-770.
- [27] Poen A C, Felt-Bersma R J, Dekker G A, et al. Third degree obstetric perineal tears; risk factors and the preventive role of mediolateral episiotomy[J]. *Br J Obstet Gynaecol*, 1997, 104(5): 563-566.
- [28] Eogen M, Daly L, O'Connell P R, et al. Does the angle of episiotomy affect the incision of anal sphincter injury? [J]. *BJOG*, 2006, 113(2): 190-194.

(责任编辑: 冉明会)