**可吸收缝线间断外缝合法对经阴道分娩的会阴伤口术后疼痛程度及康复的影响**

**洪艳华 马少群 何淑英 刘旭勤**

广州医科大学附属顺德医院（佛山市顺德乐从医院）

【摘要】 目的 观察可吸收缝线间断外缝合法对经阴道分娩产妇会阴伤口术后疼痛程度及康复的影响。方法 本院乐从医院自2018年11月到2019年3月经阴道分娩的产妇共280例，从中随机选出120例做为研究对象，随机分为观察组和对照组，两组中各含会阴侧切、会阴1度裂、会阴2度裂伤20例，观察组接受可吸收缝线间断外缝合法缝合，对照组接受可吸收线皮内缝合包埋法。通过对比上述两组产妇疼痛程度分级( VRS)及术后两组伤口愈合等级比较，以探讨可吸收缝线间断外缝合法对经阴道分娩产妇会阴伤口术后疼痛程度及康复的影响。结果 观察组伤口疼痛级别低的例数高于对照组，差异有统计学意义（P＜0.05）; 观察组甲级愈合率明显多于对照组，差异有统计学意义（P＜0.05）。结论 可吸收缝线间断外缝合法应用于经阴道分娩会阴伤口的缝合，可减轻产妇术后疼痛程度，有利于伤口愈合康复。

【关键词】 经阴道分娩; 会阴伤口；可吸收缝线间断外缝合法

近几年来，随着二胎政策的放开，以及人们对分娩方式的重新认识，经阴道分娩顺产量逐渐增加。同时，随着人们生活水平的提高，其就医体验要求也随之提高，因此，经阴道分娩过程中对会阴部的保护以及如何促进产后会阴伤口的恢复是产科医生不可回避的问题［1］。经阴道分娩顺产后会阴伤口主要为会阴侧切伤口、会阴1度裂伤、会阴2度裂伤、会阴3度裂伤，其中会阴1度及2度裂伤较为常见［2］。临床上既往缝合会阴伤口可使用丝线采取外缝的方法，待伤口愈合后再拆线。后来也采用吸收线皮内包埋法，但是这种缝合法容易出现异物反应，会阴部异物感较强，还可以出现切口硬结、红斑等情况，尤其是皮肤较敏感的产妇机体排异反应更为明显，甚至出现缝线不吸收，从而引起会阴伤口化脓、溃烂，导致伤口愈合不良的发生率较高，严重影响预后，从而降低了产妇及家属满意度［3］。那么，使用可吸收缝线替代普通缝线做间断外缝合，是否对产妇的主观体验满意度和产后会阴伤口的恢复有更好的帮助呢？为做相关研究，笔者从本院280位顺产产妇中随机选取120患者，分为对照组、观察组，各组含会阴侧切伤口、会阴1度裂伤、会阴2度裂伤产妇各20例，对照组接受可吸收线皮内缝合包埋法，观察组接受生物可吸收缝线间断外缝合，观察可吸收缝线间断外缝合法对经阴道分娩产妇会阴伤口术后疼痛程度及伤口愈合的影响。

1 资料与方法

1． 1 一般资料 从本院280位顺产产妇中随机选取120患者，分为对照组、观察组，各组含会阴侧切伤口、会阴1度裂伤、会阴2度裂伤产妇各20例 。对照组年龄分布在 22 ～36 岁，平均( 27.78 ± 3. 42) 岁; 孕周 38 ～ 41周，平均( 38.91 ±0. 80) 周；婴儿出生体重 2 600 ～3900 g，平均出生体重( 3 360. 14 ± 420. 18) g。观察组年龄 分布在22 ～ 38 岁，平均( 28. 09 ± 3. 02) 岁; 孕周37 ～ 41 周，平均( 39. 02 ± 0. 74) 周；婴儿出生体重2 590 ～ 4 000 g，平 均 出 生 体 重 ( 3501. 43 ±422. 52) g。两组产妇的年龄、孕周、分娩婴儿体重等一般资料做组间比较，差异无统计学意义( P ＞ 0. 05) 。

1． 2 缝合方法

1． 2． 1 观察组 采用间断外缝合法，具体操作如下：先对伤口深层组织伴有渗血明显的按常规方法缝合完毕，然后右手持持针器钳夹2-0微乔可吸收线（视伤口深度和张力程度选择2-0、3-0或4-0），左手持镊子，从距伤口顶端、皮肤缘各0.5cm一侧皮肤入针、沿皮下浅层组织、深组织底部表面透底过到对侧向上穿行皮下浅层组织，皮肤缘0.5cm处出针，然后在同侧皮肤针孔的同一线上皮肤边缘1-2mm处穿过皮肤与对侧相等长度皮肤处穿皮肤出针，要求其整体缝合路径呈现“U”型，最后均匀用力拉紧缝线进行打结，结扎要适当，不宜过松过紧，伤口两侧边缘缝合要严密对合，最后剪线，线尾留0.5-0.8cm，每间隔1.0cm缝合一针。术后不拆除缝线，等待缝线自然脱落。

1． 2． 2 对照组 采用可吸收线包埋法，即使用可吸收线缝合会阴术口皮肤层时缝线穿行并完全包埋于皮肤真皮层内。

1.3观察指标 ①疼痛程度分级。术后采用主诉疼痛程度分级法( VRS) 评估两组产妇产后疼痛程度。0级: 无或疼痛感可以忽略不计。Ⅰ级: 间歇性轻微疼痛，不影响日常生活。Ⅱ级: 持续疼痛，但可以忍受，对睡眠有一定的影响。Ⅲ级: 疼痛剧烈，不能忍受，甚至需要服用止痛药以缓解疼痛。我们认为，疼痛级别低于II级的才是可接受的状态，因此分别统计两组产妇不同伤口采用不同缝合方法后疼痛级别在0级和1级之间的例数，以做对比。②两组伤口愈合等级比较。分为甲、乙、丙三个等级。甲级愈合：愈合优良，没有不良反应的初期愈合。乙级愈合：愈合处有炎症反应，如红肿、硬结、血肿、积液等但未化脓。丙级愈合：伤口未愈合且出现化脓，需切开引流。

1． 4 统计学方法 采用 SPSS 20. 0 统计学软件分处理数据，定性资料以率( % ) 表示，组间比较采用 χ2 检验， P ＜ 0. 05 为差异有统计学意义。

2 **结果**

2.1疼痛程度分级 观察组会阴侧切、会阴1度裂伤、会阴2度裂伤的VRS 疼痛分级 0级、1级的产妇比例均高于对照组相同伤口分类的产妇，差异有统计学意义( P ＜ 0. 05) 。见表 1。

表 1 两组产妇VRS疼痛分级比较（n，%）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **组别** | **会阴侧切（n）** | **会阴1度裂伤（n）** | **会阴2度裂伤（n）** |
| 对照组 | 15（75%） | 12（60%） | 8（40%） |
| 观察组 | 19（95%） | 16（80%） | 14（70%） |
| χ2 | 7.18 | 5.41 | 8.95 |
| P | <0.05 | <0.05 | <0.05 |

注：n=疼痛级别在0级、1级例数之和

2 .2 两组伤口愈合等级比较：除对照组有1例会阴2度裂伤产妇为丙级愈合外，其他病例均为甲级、乙级愈合。由表2可知，观察组甲级愈合率明显高于对照组，差异有统计学意义（P＜0.05）。见表 2。

表2 两组切口愈合等级比较 [n(%)]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **组别** | 甲级  会阴侧切 会阴1度裂伤 会阴2度裂伤 | 乙级  会阴侧切 会阴1度裂伤 会阴2度裂伤 |
| 对照组 | 18（90%）15（75%）13（65%） | 2（10%）5（25%） 6（30%） |
| 观察组 | 19（95%）18（90%）16（80%） | 1（5%） 2（10%） 4（20%） |
| P | <0.05 <0.05 <0.05 | <0.05 <0.05 <0.05 |

3 **讨论**

随着人们对分娩方式重新认识，越来越多的产妇选择经阴道分娩顺产，在分娩过程中，会阴部裂伤不可避免，部分患者选择会阴侧切，但还是部分患者出现会阴裂伤，如何促进会阴伤口早期愈合，与缝线材料、缝合方法、缝合技术等密切相关［4］。以往会阴侧切缝合术多采用丝线间断缝合的方式缝合，由于丝线对皮肤及皮下组织损伤较大，对于瘢痕体质的患者来说，异物排斥反应更大，影响更为显著。同时会阴术口的缝线拆除一般在 3 ～ 5 d 左右，因为需要拆线而延长了住院时间或者需要患者门诊复诊，不仅降低了医院病床周转率，还降低了产妇的就诊体验［5］。而既往采用的肠线常因吸收不彻底，造成会阴局部的组织术后反应大，可以出现切口疼痛、裂开、硬结形成、合并感染等情况出现，不利于伤口恢复［6］。随着缝合材料的进步，可吸收线逐步取代了丝线，可吸收线间断缝合，其缝线自然脱落时间约1-2 周左右，避免了再次就诊拆线引起孕妇的紧张情绪。为将可吸收线与一种较好的缝合方法相结合，以减轻产妇产后的痛苦，本研究选择了会阴切口、会阴1度裂伤、会阴2度裂伤的产妇作为研究对象，通过对比可吸收缝线间断外缝合法缝合与可吸收线皮内缝合包埋法对产妇疼痛程度和术后伤口愈合的影响，以探寻一种更有利于会阴伤口康复的方法。从研究结果来看，可吸收缝线间断外缝合法缝合法优于可吸收线皮内缝合包埋法。皮内缝合法主要使用薇乔线对阴道黏膜层、外阴肌层、皮下组织实施分层间断缝合，各层间组织在对合上是不错的，但皮内缝合在比较深、张力大的伤口需要用多一条2-0的可吸收线内缝、且皮肤要用4—0皮内缝合，缝合时线结较多，容易出现机体排异反应，同时增加了感染风险［7］。 相比之下，可吸收缝线间断外缝合法只需一根可吸收缝线采用“U”型连续缝合，各层间组织对合更为严密、空隙小，产妇活动时局部肌肉组织的牵拉小，因此疼痛感相对较轻,同时可吸收缝线间断外缝打结少且为连续缝合，减少了对产妇缝针针扎的次数，不仅缩短了手术缝合操作时间、降低了材料成本，还减少了助产士的劳动强度、提高了工作效率，同时也可减少异物刺激，降低了感染风险［8］，有利于术后切口愈合康复。本研究结果显示，观察组会阴各类伤口 VRS疼痛分级为0级和1级的例数占比、伤口甲级愈合率均高于对照组且有统计学意义( P ＜ 0. 05) ，提示可吸收缝线间断外缝合法应用于可减轻术后疼痛，有利于伤口愈合康复。

综上所述，可吸收缝线间断外缝合法应用于经阴道分娩的会阴伤口可降低产妇术后疼痛程度，有利于伤口愈合康复，效果肯定，值得推广。

**参考文献**

[1]杨 媛．可吸收线缝合会阴伤口的临床观察［J］． 实用中西医结合临床，2013，13( 5) : 62－63．

[2]张清杰.帕累托法联合品管圈活动在会阴侧切中的应用效果[J].中国全科医学,2017,20(1):92-93.

[3] 王素音，刘俊凤，李洪霞． 皮内缝合不拆线法在会阴侧切术中的应用效果观察［J］． 当代医药论丛，2014，12( 9) : 221－222．

[4]郭胜斌，洪锦绣，刘秀武等.会阴切口间断不拆线缝合法临床应用效果观察［J］． 海峡预防医学杂志，2011，17( 6) : 86－88

[5] 黄群丰，凌笑琼． 探讨会阴无保护分娩的临床应用［J］．现代医院，2013，13( 3) : 55 － 56．

[6]罗运红，黄顺兰，李 蒙，等． 会阴侧切皮内缝合与传统会阴缝合术临床效果观察［J］．中国现代药物应用，2014，8( 13):73-74

[7]Chikazawa K,Ushijima J,Takagi K,et al.Site and incidence of birth canal lacerations from instrumental delivery with mediolateral episiotomy[J].Taiwan J Obstet Gyne,2016,55(6):861-862

[8]BRISOEL，LAVENDE T，O'BＲIEN E，et al． A mixed methodsstudy to explore women and clinician's response to pain associatedwith suturing second degree perineal tears and episiotomies ［J］．Midwifery，2015，31( 4) : 464 － 472．