

# 麝难产的剖腹产手术报告

李 光 莹

(四川省马尔康养羊试验场)

本场四舍第三组麝群中养林麝一头，年龄3岁，这次为初产。

1980年5月29日在圈舍内有临产症，但无破水和宫缩努责现象，只有不安表现。随后2、3天临产症又不够明显。6月2日上午发现该麝腹部下垂，已破水并努责，却未见胎儿娩出。下午，经检查确定为死胎难产。要施行解体(碎胎)术取胎，对麝无法进行。如再拖延时间，极易造成母麝死亡，故在条件较差的情况下，仍决定试行剖腹产手术，挽救母麝。

手术于该圈舍巷道内，无防尘的露天状况下进行。

术前检查，麝已精疲力尽，眼光迟涩，精神沉郁，呼吸浅快，卧地不起，鼻镜干燥，宫缩不明显、努责无力。

选择右肋部为手术部位。拔去被毛(麝的被毛极易扯掉)，露出术野，将术野及周围用2%的煤酚皂溶液清洗，干后再以2.5%的碘酊将术部作消毒处理。然后用0.25%的普鲁卡因10毫升，分上下两点作菱形麻醉，又用10毫升在切开腹壁各层时作分层浸润麻醉。

术部用毛巾仍以2%的煤酚皂溶液消毒后遮盖术部两侧。

切口位置，自腰椎横突外下方4厘米处起，斜向前下方，切开皮肤，切口长约10厘米。切开皮肤和皮下组织后，各层肌肉都采用按肌纤维走向，先切开中间部位，然后以钝性向两端剥离，最后切开腹膜。露出大网膜时，术者用手指将大网膜推向腹内前方，再以姆指、食指和中指伸入腹腔内，沿腹壁伸入探索胎儿位置及姿势，将子宫引出腹腔之外，置消毒布上。

子宫切口选择在血管较少的大弯处，纵长

切开，切口与皮肤切口等长。检查胎膜已与子宫壁分离，且内残存少量羊水。为防止宫内感染，不切开胎膜、将胎膜连同胎儿一并取出。随即用温热的灭菌生理盐水冲洗宫内几次，然后以医用6号羊肠线进行连续缝合。缝毕再用上述生理盐水，冲洗子宫，并将子宫还纳于腹腔。将大网膜还纳原位，向腹腔注入青霉素油剂4毫升(120万单位)，以防止肠粘连。

取出死胎一头，体形较大，约700克。胎位异常，为臀位。

最后以同型号的羊肠线分层缝合、因麝不便拆线、皮肤仍用羊肠线给以锁边缝合。撒布消炎粉，以八层纱布覆盖术野表面。再以青霉素80万单位、链霉素100万单位行肌肉注射。

术后置单圈饲养、以利观察和投药。术后，呼吸、心跳、精神状况如术前。

手术过程，历时1时40分钟。当天下午和晚上停止给饲料。

次日观察，排尿正常、精神好转，鼻镜略有汗珠。即日起每天在饮水中加磺胺嘧啶1克和小苏打1克，维生素C200毫克，并给以多种适口性强的青叶子，让其任意选食。

第三天精神更加好转，采食量增加，并吃了少量混合精料。即日起，每天将麝赶起来运动3—5次，防止肠粘连。

第四天，精神完全好转、眼睛灵活、大小便排泄正常。

第五天，食欲正常，视手术部位平正良好。

第十天，伤口愈合良好。停药加强饲养管理。

通过上述病例来看，以往从未施行过麝的剖腹产手术，虽然这也仅此一例。但是从该麝

出现分娩症候起，历时4、5天，破水后阵缩努责5、6小时无法娩出，助产无从下手，至术前已出现精神沉郁，呼吸失常，鼻镜干燥等临近死亡的严重症状，又在现场条件不足的情况下，施行剖腹产，还能转危为安。由此可见，对麝的难产，尤其是胎儿未显露的难产，如能细心施行手术及护理，配合药物治疗，麝的安全剖腹产手术，是能够实现的。

通过这次剖腹产手术的成功，显示了手术治疗难产的美好前景。从而可以将占每年死亡的3—5%的难产死亡降低到最小限度。

这次手术过程有如下体会：

1. 麝对疼痛的耐受力较强，对药物敏感性低，个体小，对疾病抵抗力弱，故只用了局部麻醉，注射及内服药物剂量都大。
2. 通过剖腹产查明了发病原因是胎儿过大并胎位不正所致。
3. 麝胆怯，性急，易惊恐，在治疗过程中不便投药，故选用无色、味淡的药物拌服效果好。
4. 钝性剥离，便于止血，便于缝合，也对愈合有利。