

在平时为6.1%,战时为1.21%^[1]。因缺乏特异性诊断依据,虽经腹部B超、CT、腹腔诊断性穿刺等检查,能明确有内出血征象,但术前往往难以确诊,本组11例患者术前均未能得到确诊。因此腹部外科医生在遇到有明确内出血征象,而未发现有明显肝、脾或空腔脏器破裂出血证据时,须警惕有肠系膜撕裂伤的可能^[2]。

腹部直接受伤史是导致肠系膜撕裂伤的主要原因。但本组患者中,有3例无明确腹部直接受伤史,如1例57岁患者,骑车时不慎摔倒,仅手掌和膝盖部位着地,但患者就诊时感腹痛明显,腹肌尚软,腹部B超示腹腔内有少量积液,腹穿未抽出血性液,予观察8小时后,患者腹痛、腹胀持续加重,复查B超示腹腔内大量积液,腹穿抽出不凝固血液,即行剖腹探查术,发现小肠系膜有两处撕裂伤,予止血、系膜修补后恢复良好。

肠系膜一旦发生撕裂伤后,出血大多难以自止,特别是撕裂牵连到系膜根部较大血管时,出血往往较剧,很快出现休克征象,病情凶险,须在抗休克治疗的同时,急诊行剖腹探查手术^[3]。手术原则以结扎撕裂的系膜血管止血、修复系膜的完整性为主。术中切忌盲目钳夹出血的系膜血管,以免加重系膜损伤影响肠管血供,导致不必要的肠管切除手术^[4]。可先用肠钳或无损伤血管钳控制出血后,仔细评估系膜撕裂伤对肠管血供的影响,如系膜撕裂范围广泛或系膜肠管广泛撕脱,肠管已呈明显血运障碍状态,须果断行部分肠管切除吻合术,切勿抱有侥幸心理,以

免术后发生肠管坏死穿孔,导致严重后果。本组有2例患者在术中发现出血已基本自止,大多撕裂的系膜血管断端可见血栓形成,术中可根据血栓部位仔细查找已停止出血的血管断端,予以结扎,以免术后再次出血可能。本组患者中,肠系膜撕裂伤大多为多发,因此术中不能满足于对一处病变的处理,先用肠钳控制已发现的出血部位,逐步仔细探查整个肠系膜及腹腔后,再行系膜修补或肠切除吻合术。

肠系膜上静脉撕裂是肠系膜撕裂伤的危重情况,术中控制出血后,首先可考虑行血管修补或吻合术,缝合后吻合口无张力是治疗成功和预防并发症的关键,术后进行抗凝治疗,本组2例肠系膜上静脉撕裂患者行修补、吻合后效果良好;如撕裂损伤严重,修复困难者,可考虑行肠系膜上静脉结扎术^[5]。

参考文献

- [1] 黎 鳌. 现代创伤学[M]. 北京:人民卫生出版社,1996:758.
- [2] 王长辉,孙甲君,王会芹. 单纯肠系膜损伤5例延误治疗教训分析[J]. 中国实用外科杂志,2003,23(7):436.
- [3] 吴作栋,方 军,陶礼钧. 等. 56例肠系膜损伤的诊治分析[J]. 浙江创伤外科,2006,11(5):398-399.
- [4] 蔡 海,周苏君. 肠系膜损伤27例诊治分析[J]. 临床外科杂志,2003,11(2):122.
- [5] Donahue TK, Burman LA. Ligation as definitive management of injury to superior mesenteric vein[J]. J Trauma, 1990, 28(5):541-543.

(收稿日期:2008-05-18;修回日期:2008-10-17)

(本文编辑:黄攸生)

防治剖宫产术中产后出血76例临床分析

饶冬平¹,吴元赭¹,许结乔²

(1. 南方医科大学南京临床学院 妇产科,江苏南京 210002;2. 安徽望江县医院妇产科,安徽望江 246200)
南京军区南京总医院

[摘要] 目的 探讨欣母沛加宫腔填塞纱条在防治剖宫产术中产后出血的疗效。方法 对76例用欣母沛加宫腔填塞纱条防治剖宫产术中有出血高危因素及产后出血患者资料进行回顾性分析。结果 用欣母沛加宫腔填塞纱条成功止血75例,24h后纱条经阴道顺利取出,无一例发生感染及晚期产后出血。仅有1例术中予以纱条填塞、欣母沛及结扎子宫动脉后无效行次全子宫切除术。结论 欣母沛加宫腔填塞纱条是防治剖宫产术中产后出血的一种简单、快速的有效方法,具有保留子宫的特点。

[关键词] 产后出血;欣母沛;宫腔纱条填塞

中图分类号: R714.46⁺1 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)02-0150-03

作者简介:饶冬平(1971-),女,安徽安庆人,医学硕士,主治医师,从事妇产科临床工作。

近年来,由于受多种因素的影响,尤其社会因素使得剖宫产率在大中城市有上升趋势。大多数医院报道在40%~60%,甚至高达70%~80%^[1]。产后出血是剖宫产术中最常见的严重并发症,是造成产妇死亡的重要原因之一,在我国居产妇死亡原因的首位。产后出血发生率占分娩总数的2%~3%,且80%以上发生在产后2 h 内。如何快速有效地止血是我们妇产科工作者需要不断探索的问题。2006 年1月~2007 年12 月,本院对76 例剖宫产术中有出血高危因素(如双胎、前置胎盘、重度子痫前期等)及术中出现产后出血的产妇报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 患者76 例,年龄21~40 岁,平均29.8 岁;孕周34⁺₁~41⁺₆周,平均39⁺₅周;前置胎盘及胎盘低置、粘连7 例,疤痕子宫4 例,双胎11 例,巨大儿20 例,产程异常8 例,胎位异常5 例,宫缩乏力6 例,社会因素3 例,妊娠合并症及并发症12 例。

1.2 治疗方法 对需要行剖宫产的孕妇,施行剖宫产术前常规备好宫腔纱条及强效宫缩剂欣母沛(250 μg/mL,美国)。对前置胎盘、双胎等易发生产后出血孕妇备血。胎儿娩出后立即子宫壁注射缩宫素20 IU,静脉滴注缩宫素20 IU。如发现以上措施效果欠佳、子宫收缩差、出血量多时,立即宫体注射欣母沛250 μg,同时按摩子宫。若此时宫腔仍有活动性出血,子宫收缩无好转,立即予宫腔纱条填塞压迫止血。存在产后出血高危因素者(如双胎、前置胎盘、重

度子痫前期等),为预防产后出血而行宫腔纱条填塞。填塞前一定要除外胎盘、胎膜的残留。方法:宫腔纱条为本院自制,规格为6 层纱布,长150 cm,宽7 cm,将纱条高压消毒并用5%聚维酮碘液浸透挤干,填塞时用卵圆钳将纱条自宫底排垫填紧,不要太紧,至子宫切口时,预留一定长度后,另一端从宫颈口送入阴道内,更换卵圆钳,然后依次填塞子宫下段,将预留纱条全部填入子宫切口内,关闭子宫时不能缝到纱布,以免取出困难。术后常规抗生素防治感染,加强宫缩,纠正贫血等支持治疗。术后注意生命体征变化,观察宫底有无升高及阴道流血,做好会阴护理。术后24 h 取出纱条。取纱条前30 min 开通静脉通道、静脉点滴缩宫素并肛门置米索前列醇,消毒外阴后从阴道缓慢向外牵拉纱条,动作轻柔。如遇取出时困难者,应考虑到术中有可能缝合到纱条,必要时剪刀轻轻深入子宫下段切口处剪除纱条,注意勿损伤切口缝线。

2 结果

2.1 止血效果 分析三组效果,31 例预防组中无1 例出现产后出血,治疗组中有25 例单用欣母沛效果显著,19 例用欣母沛后仍有活动性出血加用宫腔填塞纱条后均止血成功。仅1 例因重度子痫前期、巨大儿,予以纱条填塞、欣母沛及结扎子宫动脉后无效仍有活动性出血,出血量达3 000ml 以上,行次全子宫切除术。3 例需输血,无一例产妇死亡。24 h 后纱条经阴道均顺利取出,无一例发生感染及晚期产后出血。见表1。

表1 预防组及治疗组病种一览表(例)

病 种	预防组	治疗组	
	纱条填塞	欣母沛注射	欣母沛注射+纱条填塞
妊娠合并子宫肌瘤	1	2	1
妊娠合并心瓣膜置换术后	3	0	0
妊娠期高血压疾病	3	0	2
前置胎盘、胎盘低置、粘连	2	2	3
双胎	6	2	3
巨大儿	10	7	3
产程异常	2	3	3
胎位异常	1	2	2
宫缩乏力	1	3	2
疤痕子宫	2	2	0
社会因素		2	1
合 计	31	25	20

2.2 术后恢复情况 术后5 例出现发热,体温超过38.5 ℃,继续抗感染治疗3 天后体温恢复正常(术

后体温升高<38.5 ℃考虑是机体对手术、创伤、输血等因素产生的反应)。恶露无臭味,腹部切口均甲

级愈合,无晚期产后出血,无产褥感染发生。产后42天随访,子宫复旧良好。

3 讨论

3.1 剖宫产术中大出血的处理 剖宫产术中大出血常规治疗方法是:子宫按摩、宫缩剂、盆腔血管结扎止血法及选择性动脉造影栓塞术^[2]。但由于缩宫素的半衰期短,到体内很快被灭活和消除;而盆腔血管(尤其髂内动脉)结扎对技术要求较高、难度大、时间长;选择性动脉造影栓塞术需在有条件的医院进行,且时间长、侧支循环短时间迅速建立,出血很难控制,这样既耽误抢救时机又增加患者出血,有的甚至发展到失血性休克、凝血功能障碍,发生DIC,最终被迫切除子宫。手术虽然抢救了患者的生命,但因患者均为生育期妇女,术后丧失生育能力,使其心理、生理及家庭生活均受到很大的创伤。况且有研究认为,子宫不单是雌激素的靶器官,本身也产生许多生物活性物质,如前列腺素、泌乳素等。据报道,如将子宫切除,即使保留卵巢,此类女性也比子宫完整的正常妇女冠心病发病率高3.3倍^[3]。因此对于生育年龄妇女设法保留子宫尤其重要。

3.2 欣母沛及宫腔纱条填塞的应用 欣母沛是含天然前列腺素F_{2a}的(15S)-15甲基衍生物的氨丁三醇盐溶液。欣母沛引起子宫收缩的特点,作为Ca²⁺载体,抑制腺苷酸环化酶,引起子宫强有力的收缩;刺激缝隙连接形成,促进子宫协调收缩,具有强而持久的刺激子宫平滑肌收缩的作用,临床上可用于治疗由于子宫收缩乏力导致的顽固性产后出血^[4]。宫腔纱条填塞术是产科领域中较古老的方法,近年来又逐步得到新评价,认为该方法不仅简单有效,而且对保留严重产后出血患者的生育功能具有重要意义,尤其在基层医院缺乏必要的设备和专家的情况下^[5]。此法主要机制是刺激宫体感受器,通过大脑皮质激发子宫收缩和机械压迫止血,同时胎盘剥离面在纱条压迫后血流暂停或减缓,启动外源性凝血机制,迅速形成血栓,堵塞剥离面血管,达到止血目的。

3.3 防治产后出血的经验 本院对防治产后出血

的独到之处在于对任何1例需要行剖宫产的孕妇常规做好产后出血的防范措施,术前常规备好纱条及欣母沛等强效宫缩剂。因为我们在临床工作中发现无产后出血高危因素的产妇有时亦可能出现产后出血。我们对存在产后出血高危因素(如双胞胎、前置胎盘等)的产妇,虽在给予常规处理后子宫收缩尚可,但为预防迟缓性出血而常规行宫腔纱条填塞,取得了很好的效果,减少了产妇失血。手术过程中在常规方法无效时尽早应用欣母沛及填塞纱条,不提倡只用于血流动力学不稳定的产妇。就算失败的病例也可起到延缓出血速度,减少出血量,为下一步干预性治疗(如子宫动脉超选择介入治疗)赢得宝贵的抢救时间^[6-7]。如若经上诉保守治疗仍达不到完全止血者,或有凝血机制障碍、出血量多者则应果断行子宫次全切除术以抢救产妇生命^[8]。

参考文献

- [1] 黄醒华. 对剖宫产术的思考[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2003, 19(7):385.
- [2] 黄洁敏, 骆一凡. 产后出血的治疗[J]. 中华妇产科杂志, 2000, 35(6): 378-380.
- [3] 岳秀云, 张 曦, 刘爱清, 等. 宫腔填塞纱条治疗64例产后出血的临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2005, 20(3): 321-322.
- [4] Haq G, Tayyab S. Control of postpartum and post abortal haemorrhage with uterine packing[J]. J Pak Med Assoc, 2005, 55(9): 369-371.
- [5] Nwagha UI, Okaro JM, Nwagha TU. Intraoperative uterine packing with mops; an effective, but under utilized method of controlling postpartum haemorrhage experience from South Eastern Nigeria[J]. Niger J Med, 2005, 14(3): 279-282.
- [6] 黄 瑾, 顾美皎, 方 玲, 等. 难治性产后出血干预性治疗方法的对比研究[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2004, 20(6): 343-345.
- [7] 赵汝珠, 辛晓玲, 乔如丽, 等. 产后大出血评价及其处理对策[J]. 西南国防医药, 2006, 16(1): 56-58.
- [8] 朱坤仪, 梁心玲, 梁晓阳, 等. 急症子宫切除在产科大出血中的应用及评价[J]. 中华妇产科杂志, 2003, 38(7): 388-389.

(收稿日期:2008-09-10;修回日期:2008-12-08)

(本文编辑:黄攸生)