

剖宫产术中出血临床治疗分析

李 莉¹, 谢爱延¹, 朱亚玲¹, 李冬莲¹, 李爱明² (1. 陕西省延安市中医医院 716000; 2. 陕西省延安市人民医院 716000)

【摘要】 目的 对剖宫产术中出血的原因及治疗措施进行探讨。**方法** 对妇产科 2011 年 6 月至 2013 年 10 月剖宫产术中出血量不少于 500 mL 的 72 例产妇的临床资料进行回顾性研究, 根据病情需要采取药物治疗、子宫动脉上行支结扎止血、缝扎止血、宫腔纱条填塞、子宫切除等治疗措施, 分析剖宫产术中出血的原因及相关治疗措施的效果。**结果** 72 例剖宫产产妇出血主要原因包括子宫收缩无力、凝血障碍、胎盘因素、切口撕裂等。72 例产妇中采用药物联合止血 21 例; 缝针止血 13 例, 子宫动脉上行支缝扎止血 11 例; 纱条宫腔填塞止血 23 例; 子宫切除止血 4 例。所有患者经对症处理后, 生命体征平稳, 均无生命危险。**结论** 剖宫产术中出血原因很多, 手术中加大子宫收缩剂用量, 及时缝合止血, 压迫止血, 以及补充血容量可改变患者全身情况, 减少子宫切除概率, 降低产妇死亡风险。

【关键词】 剖宫产; 术中出血; 治疗

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2015. 01. 042 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)01-0104-02

术中出血是剖宫产中最常见且影响最大的并发症, 剖宫产需要在腹部一共切开 7 层组织, 每层组织中都有丰富的血管^[1], 出血量会比正常分娩的出血量要多得多。出血量过大或凝血功能差有可能会使产妇出现失血性休克, 这对产妇的循环系统和神经系统都会造成巨大的损害, 严重者可能难以恢复, 若处理不及时或措施不当可能会危及产妇生命。随着社会经济的发展、人们观念的变化和医学科学的进步, 剖宫产手术技术日趋成熟, 越来越多的产妇及家庭会选择剖宫产^[2], 但随着剖宫产率的逐渐提高, 术中、术后的并发症数量也逐渐增多, 以术中出血最为典型。因此, 更应重视对剖宫产术中出血的原因及治疗措施的研究, 明确剖宫产术中出血的原因, 采取有效的预防措施尽量避免出血, 对难以避免的术中出血采取有效的止血治疗措施, 以保证产妇的生命和安全。本文对 2011~2013 年剖宫产术中出血产妇进行回顾性分析, 探讨剖宫产术中出血的原因及治疗措施的临床效果, 现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取延安市中医医院妇产科 2011 年 6 月至 2013 年 10 月, 剖宫产术中出血大于或等于 500 mL 产妇 72 例, 产妇年龄 21~40 岁, 平均 (25.3±2.2) 岁; 初产妇 49 例, 占 68.1%; 经产妇 23 例, 占 31.9%; 单胎妊娠 69 例, 占 95.8%; 双胎妊娠 3 例, 占 4.2%; 平均孕周 (39±0.23) 周; 择期剖宫产 24 例, 急诊剖宫产 48 例。产妇文化水平: 大学 (大专及以上) 14 例, 占 19.4%; 中学 (初中、高中及中专) 39 例, 占 54.2%; 小学及以下 19 例, 占 26.4%。入院时常规妇科检查结果显示, 72 例产妇的体温、血压、尿常规、心电图、肝肾功能等均处于正常值范围, 且排除循环系统、泌尿系统及其他器官重大原发性疾病和精神病史。

1.2 出血情况 72 例产妇的剖腹手术均采用子宫下段横切口, 采用容积法、称重法结合目测法测量出血量^[3-4], 剖宫产术中出血量包括: 手术过程中吸入出血瓶中的血量 (不包括羊水); 术后压宫底清理阴道内的积血量。其中出血量小于 1 000 mL 41 例, 1 000~2 000 mL 25 例, >2 000 mL 6 例; 最大 1 例出血量为 3 700 mL, 平均出血量 (989.4±31.5) mL。

1.3 止血措施 手术中根据产妇出血情况采取药物治疗、缝扎止血、子宫动脉上行支结扎止血、宫腔纱条填塞或子宫切除

术止血等措施进行止血^[5]。剖宫产术中出血一旦发生, 最常规及较早采用的止血措施为药物联合止血。具体做法: 在胎儿离开母体后, 用催产素 20 IU 进行子宫肌层注射, 然后再以 20 IU 静脉滴注或静脉注射。若出血较多, 在产妇清醒的状态下, 可采用米索前列醇 200 μg 舌下含服或肛门塞入^[6]。药物联合止血无效时采用缝针止血、子宫动脉上行支缝扎止血、纱条宫腔填塞止血等措施, 万不得已时采取子宫切除止血。所有产妇经相应对症处理后, 出血症状治愈或明显改善, 生命体征平稳, 均无生命危险。

2 结果

本研究 72 例剖宫产术中出血产妇出血原因分析: 因子宫收缩乏力致术中出血 22 例, 占 30.6%; 凝血障碍致出血 13 例, 占 18.1%; 胎盘因素致出血 18 例, 占 25.0%; 切口撕裂致出血 10 例, 占 13.9%; 子宫肌瘤致出血 9 例, 占 12.5%, 部分产妇同时合并两种及以上原因。所有出血产妇均根据出血原因和病情需要采取相应止血措施, 其中药物联合止血 21 例, 占 29.2%; 缝针止血 13 例, 占 18.1%; 子宫动脉上行支缝扎止血 11 例, 占 15.3%; 纱条宫腔填塞止血 23 例, 占 31.9%; 子宫切除止血 4 例, 占 5.6%。所有对症采取的止血措施均达到良好的止血效果, 配合综合治疗与护理措施, 出血产妇的出血症状明显缓解、生命体征平稳, 均无生命危险。

3 讨论

3.1 出血原因 术中出血是剖宫产术中最常见的并发症, 其原因有很多, 常见的包括子宫收缩乏力、子宫切口撕裂、胎盘因素等, 相关研究表明剖宫产术中出血原因以单纯性子宫收缩乏力最多^[7]。本研究中引起产妇剖宫产术中出血的原因主要包括子宫收缩乏力、凝血功能障碍、胎盘因素 (包括前置胎盘、胎盘粘连、胎盘植入等) 及子宫下段伤口撕裂等。(1) 子宫收缩乏力是剖宫产术中出血的最主要原因, 本研究 72 例出血产妇中有 22 例是由于子宫收缩乏力引起, 占 30.6%。宫缩乏力往往与中重度妊娠高血压综合征、孕期子宫过度膨胀有关, 如多胎妊娠、羊水过多、胎儿过大等均可使子宫肌层过度伸展, 导致子宫肌肉收缩作用减弱, 从而导致术中出血^[8]。(2) 胎盘因素也是导致剖宫产术中出血的一个主要原因, 本研究中有 18 例产妇 (25%) 由于胎盘因素导致术中出血。流产史及盆腔炎等妇

科疾病史可能导致前置胎盘、胎盘植入、胎盘粘连的发生率上升,特别是前置胎盘,由于胎盘附着面的子宫下段收缩差,往往致剖宫产术中出血^[9]。多次人工流产或刮宫可能造成子宫内膜炎、子宫蜕膜发育不良或子宫损伤而造成剖宫产术中出血。(3)产妇凝血功能障碍及有出血倾向的产科并发症也是导致剖宫产术中出血的重要原因,如重度妊娠高血压综合征、妊娠合并重症肝炎等、妊娠合并胆汁淤积症等^[10]。本研究中有 13 例产妇由于有凝血功能障碍导致术中出血。(4)手术切口撕裂也是导致术中出血的一个重要因素。子宫切口过低、过小,胎头过大导致分娩困难,产程延长,局部压迫组织水肿,或者手术者用力不当、手法粗暴等均容易造成切口撕裂,从而导致产妇术中出血^[11]。

3.2 治疗措施

3.2.1 药物联合止血 药物联合止血是剖宫产术中出血最常用的止血方法,本研究中有 21 例术中出血产妇采用药物联合止血法,具体做法:在胎儿分娩后立即对宫体注射催产素 20 IU,同时静脉滴注 20 IU 以促进宫缩,尽量让胎盘自然剥离减少出血。如仍有出血的产妇可压迫双侧子宫动脉,按摩子宫并用盐水纱布对子宫进行热敷,必要时舌下含服或肛内放置米索前列醇片^[12]。72 例产妇中通过药物联合治疗有 29.2% 的产妇出血得到有效控制。

3.2.2 缝扎止血 缝针止血主要适用于胎盘剥离面有广泛渗血,术中直接切及胎盘,胎盘植入式粘连,以及胎盘剥离面广泛渗血造成的出血^[13],经使用药物联合止血措施无效的出血产妇。本研究对采用药物联合治疗无效的 13 例产妇采取缝针止血措施。具体做法为采用 1-0 羊肠线自浆膜面进针浆膜面出针,深达子宫肌层,间断 1 cm,跨度约 2~3 cm,在出血区域上下两行进行间断缝合。对采用上述方法仍无法止血的 3 例产妇,在距开始缝合外 1~2 cm 处平行交错缝合^[14-15]。缝针后产妇均予以抗生素预防感染,观察术后 1 周体温变化情况。本研究中的 13 例胎盘剥离面局部或大面积渗血产妇均在缝扎止血后显效。

3.2.3 子宫动脉上行支缝扎止血 对难以控制的剖宫产术中出血产妇采用双侧子宫动脉上行支结扎止血^[16-17]。具体做法:对 B-Lynch 缝合术稍加改良,在子宫切口右侧 3 cm 的上缘处用 1 号可吸收肠线进针,采用间断褥式缝合法沿子宫体侧来缝合子宫浆膜层,注意缝合时不能穿透宫腔,需绕过宫底至后壁,从前壁子宫切口下缘部位的平行处进针,然后穿过子宫后壁至前方处打结,采用相同的方法在左侧进行一次缝合,持续观察 15~20 min 关腹,缝合时尽量多缝子宫肌层以利止血,观察子宫形状和阴道流血情况。本研究中有 11 例产妇采用子宫动脉上行支缝扎止血,出血症状及时缓解,效果明显。

3.2.4 纱条宫腔填塞止血 纱条宫腔填塞止血一般用于顽固性的剖宫产术中出血(指术中出血经上述两种措施均未能停止的出血),这类出血多为子宫整体或局部收缩不良所引起。采用纱条宫腔填塞止血法对此类出血有较好的止血效果,且操作简单、见效较快^[18]。本研究中对经药物联合止血和宫动脉上行支缝扎止血无效的 23 例产妇进行了纱条宫腔填塞止血。具体操作为:采用本院自制 8 cm×3 m,厚 6 层的纱条经 0.2% 甲硝唑浸透后填塞。纱条从宫底两角部送入,顺序折叠填塞宫腔直至下段子宫颈处,不留有空隙,纱条经宫颈口送出阴道 2~3 cm,严密观察不良反应,24 h 以后取出。23 例产妇的术中出血均得到及时控制,效果较好。

3.2.5 子宫切除止血 对于上述方法均无法达到止血效果的产妇,在万不得已的情况下进行子宫切除以止血。本研究中有 4 例产妇因胎盘粘连和胎盘植入引起的剖宫产出血且产妇存在凝血功能障碍,出血较为严重且采取以上几种方法均未能起到止血效果,在征得产妇及家属同意后切除子宫以达到止血目的。

综上所述,术中出血是剖宫产最常见和最危险的并发症,术中出血来势凶猛、情况紧急,短时间内可能使产妇因失血过多进入休克状态^[19]。导致剖宫产手术中出血的原因很多,主要为子宫收缩无力、子宫切口撕裂、胎盘因素及凝血功能障碍等。临床中应根据出血原因和病情需要,科学制订止血方案。联合药物止血、缝针止血、子宫动脉上行支缝扎止血、纱条宫腔填塞止血等均是有有效的止血治疗措施,出血一旦发生,手术者应沉着镇静,分析出血原因,结合病情快速制订止血方案,争分夺秒进行迅速、有效止血,以减小产妇产后子宫切除的概率,充分保障产妇的生命和安全。

参考文献

- [1] 高虹. 剖宫产术中出血的临床分析与预防措施[J]. 求医问药:下半月,2012,12:79.
- [2] 隗洪进,隗伏冰,叶玲. 再次剖宫产术中出血的临床分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2009,19(7):413-414.
- [3] 杨孜. 剖宫产术中术后大出血的防范和处理[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2008,24(10):737-741.
- [4] 刘青建,刘彩萍. 50 例剖宫产术中出血的临床分析与预防措施[J]. 中国医学创新,2013,10(36):116-117.
- [5] 江照华. 剖宫产术中出血 104 例临床手术探析[J]. 医学信息,2011,24(2):836-837.
- [6] 陈菊珍. 剖宫产术中出血 50 例临床观察[J]. 中国民族民间医药,2013,22(17):46.
- [7] Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates[J]. Paediatr Perinat Epidemiol, 2007, 21(2): 98-113.
- [8] Cho JH, Jun HS, Lee CN. Hemostatic suturing technique for uterine bleeding during cesarean delivery[J]. Obstet Gynecol, 2000, 96(1):129-131.
- [9] 史丰玉. 69 例剖宫产术中出血的临床分析与预防措施[J]. 中外医学研究,2012,10(20):116.
- [10] 张平. 再次剖宫产 126 例的临床分析[J]. 中外医疗, 2013,32(5):104.
- [11] 李宝菊. 卡孕栓防治高危产妇剖宫产术中及术后出血的临床应用分析[J]. 医学理论与实践,2009,22(7):833-835.
- [12] 付俊明. 剖宫产术中出血临床治疗分析[J]. 中国实用医药,2010,5(1):92-93.
- [13] 刘桂英,佟静. 宫腔填塞纱条治疗剖宫产术中大出血 68 例分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2009,15(9):569-570.
- [14] Bolbos G, Sindos M. The Bolbos technique for the management of uncontrollable intra-caesarean uterine bleeding [J]. Arch Gynecol Obstet, 2005, 272(2):142-144.
- [15] 王晓. 剖宫产子宫切口并发症-切口妊娠、(下转第 107 页)

结果中血清葡萄糖的水平低于标本实际水平^[3]。特别在标本管敞口放置时这种糖酵解趋势更加明显,检测结果中血清葡萄糖的水平低于标本实际水平更加明显^[4]。在实际临床中,有条件的医院应该采用真空负压管代替一次性塑料管采集和放置血清标本。对同时做免疫检验和生化项目检验的患者,最好同时采集 2 支血清采集管,免疫项目和生化项目同时检验这样就避免了因血清放置时间过长影响检验结果的准确性^[5]。

生化标本的质量直接关系到检验结果的准确性,目前我国的检验科基本都已经配备了全自动生化分析仪,该仪器已经在临床中广泛应用^[6]。生化标本在采集后应立即上机检验,但有些标本需要放置一定时间后再进行上机检测,这就需要根据检验项目安排最佳的保存生化标本的方式。实验室必须明确各个送检项目检测结果对时间的敏感性,根据情况选择适合的生化标本保存条件,在不影响检测结果准确性的条件下,在合理的控制时间内进行上机检测^[7]。

在实际临床检验操作中,对血液生化结果的影响因素有很多^[8],如标本放置时间,采集部位,采集时间,试剂盒的质量等,本次研究只是选取了放置时间和试剂管是否敞开两个影响因素对检验结果的影响。这些外部因素都会影响到血液化验结果的准确性,在实际临床工作中要尽可能地消减相关影响因素,尽量降低外部因素对检测结果的影响程度。特别注意生化标本敞口放置在室温环境下一段时间后血清中电解质钾、钠、氯水平高于标本实际水平的原因,可能是血清水分的蒸发导致被检测物质在血清中的水平明显增高。导致血清中水分蒸发的因素有很多,如标本管的类型、标本管的采集量、生化标本的放置时间、是否采用密闭放置方式、实验室室内温湿度等相关因素。实际上医院检验科实验室大型全自动生化仪器自身发热,且大多都安装有空调和暖气,都会增加生化标本血清中水分的蒸发。如果实验室温度较高,湿度较低,且生化标本敞口放置于实验室内,就会增加血清中水分的蒸发速度。敞口标本管的直径也与血清中水分蒸发速度有关,直径越大水分蒸发速度越快,直径越小水分蒸发速度相对较慢,这与标本含水量以及与空气的接触面积有关,标本试管直径越大接触面积越大。

本次研究结果显示患者血清在密闭原标本管中放置时间对上机检验的结果有影响,生化标本放置的时间越久与立即进行上机检验的结果相比,血清中钾、钠、氯水平都明显升高。患者生化标本在开盖标本管中放置时间对上机检验的结果也有影响,生化标本放置的时间越久与立即进行上机检验的结果相比较,血清中钾、钠、氯水平都明显升高。对比密闭原标本管和

开盖标本管中各个时间点上机检验结果相比较,密闭原标本管中的钾、钠、氯水平检测结果均高于开盖标本管。保证血清中钾测定结果的准确性,需要将全血在采集后快速分离好血清。全血在放置一段时间后,钾离子会出现细胞内外逸的现象,从而使检测结果大于生化标本水平。在测定血清中电解质无机盐类时,应该在采血后尽快分离血清,并保持在限定时间内完成检测,生化标本放置时间越长则结果的水平会升高越多。

血液标本的放置时间对血清中电解质钾、钠、氯水平有明显影响^[9]。本次研究结果提示,在实际工作中应将采集的血液标本及时送检,并保持标本的密封性,避免在空气中暴露过长时间,临床的医护人员对血液标本的采集以及送检生化标本都要十分重视,医护人员要加强职业专业修养,避免生化标本放置时间过长,保证患者生化标本的真实性及准确性,为上机检验结果的准确性提供前期保障。

参考文献

- [1] 邓若尘.全自动生化仪和电解质仪测定血清钾和钠的方法学比较[J]. 检验医学与临床,2012,9(22):2827-2829.
- [2] 王仕军.血液样本放置时间对血液化验结果的影响[J]. 中国医学工程,2013,20(9):186-187.
- [3] 徐姿.不同检测系统血清钾钠测定结果分析与偏倚评估[J]. 海南医学,2013,24(23):3506-3508.
- [4] 董树芬.血样本放置时间和方式对血清电解质测定的影响[J]. 检验医学与临床,2013,10(8):1007-1008.
- [5] 高建忠.血液样本放置时间对血常规及生化检测的影响研究[J]. 当代医学,2013,19(35):90-91.
- [6] 齐永志,马聪,张雅芳.全自动生化分析仪与血气分析仪电解质测定结果比较[J]. 国际检验医学杂志,2011,32(16):1828-1829.
- [7] 孟增旺.血清样本放置时间对电极法测定钾钠氯钙结果的影响[J]. 中国医学,2012,11(2):94-95.
- [8] 李广权,周卫东.生化样本不同放置方式对血清钾、钠、氯结果的影响[J]. 国际检验医学杂志,2011,32(4):486-487.
- [9] 赵晓红.血液样本存放时间对生化检验结果的影响研究[J]. 中国保健营养,2013,4(上):2127.

(收稿日期:2014-04-16 修回日期:2014-09-04)

(上接第 105 页)

- 切口憩室、切口愈合和不良 180 例临床分析[D]. 石家庄:河北医科大学,2013.
- [16] 赵曰孝,厉宣英.米索前列醇预防剖宫产术后出血的临床研究[J]. 中华妇产科杂志,2006,33(7):403-405.
 - [17] 曾月娥.宫腔纱条填塞治疗剖宫产术中出血 78 例的临床疗效[J]. 临床和实验医学杂志,2011,10(14):1119-1122.
 - [18] 李春梅,张明豫,贾怡,等.剖宫产术中出血 562 例临床治

疗分析[J]. 中国妇幼保健,2009,22(4):452-453.

- [19] Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates[J]. Paediatr Perinat Epidemiol, 2007, 21(2): 98-113.

(收稿日期:2014-04-29 修回日期:2014-07-12)