

重要作用,而且也参与了 COPD 的发病。本资料表明,气道促炎症细胞因子如 GM-CSF 水平增高和抑制炎症细胞因子如 IL-10 水平降低有助于慢性气道炎症如支气管哮喘和 COPD 的发病,且痰液中某些细胞因子 GM-CSF 的检测可反映气道敏感性的高低。

[参 考 文 献]

- [1] Holgate ST, Bodey KS, Janezic A, *et al.* Release of RANTES, MIP-1 α , and MCP-1 into asthmatic airways following endobronchial allergen challenge[J]. *Am J Respir Crit Care Med*, 1997, 156(5): 1 377~1 383.
- [2] Zhu Z, Tang W, Ray A, *et al.* Rhinovirus stimulation of interleukin 6 in vivo and in vitro. Evidence for nuclear factor- κ B-dependent transcriptional activation[J]. *J Clin Invest*, 1996, 97

(4): 421~430.

- [3] 中华医学会呼吸系病学会. 支气管哮喘防治指南(支气管哮喘的定义、诊断、治疗、疗效判断标准及教育和管理方案)[J]. *中华结核和呼吸杂志*, 1997, 20(5): 261~267.
- [4] 中华医学会呼吸系病学会. 慢性阻塞性肺疾病(COPD)诊治规范(草案)[J]. *中华结核和呼吸杂志*, 1997, 20(4): 199~203.
- [5] Kankaananta H, Lindsay MA, Gienbycz MA, *et al.* Delayed eosinophil apoptosis in asthma[J]. *J Allergy Clin Immunol*, 2000, 106(1 Pt 1): 77~83.
- [6] Park CS, Choi YS, Ki SY, *et al.* Granulocyte macrophage colony-stimulating factor is the main cytokine enhancing survival of eosinophils in asthmatic airways[J]. *Eur Respir J*, 1998, 12(4): 872~878.
- [7] 白彦, 林耀广. 诱导痰技术及其在支气管哮喘气道炎症评价中的作用[J]. *国外医学·呼吸系统分册*, 2000, 20(3): 150~153.

[文章编号] 1000-2200(2004)06-0530-02

· 临床医学 ·

剖宫产术中大出血的相关因素及防治

阚乃颖, 年 丽

[摘要] 目的: 探讨剖宫产术中大出血的高危因素, 以有效减少术中出血。方法: 对 21 例剖宫产术中大出血的原因进行回顾性分析。结果: 剖宫产术中大出血的原因主要为宫缩乏力、胎盘因素及软产道撕裂。21 例孕妇无一例死亡, 新生儿均存活。结论: 为预防剖宫产术中大出血, 应正确处理术中并发症, 规范手术操作。

[关键词] 剖宫产术; 出血; 宫缩乏力; 胎盘因素; 切口撕裂

[中国图书资料分类法分类号] R 719.8 [文献标识码] A

近年来剖宫产术有明显上升趋势, 其并发症也日益增多。剖宫产术中大出血是产科重要的并发症, 重者致休克或因无法控制而切除子宫, 严重威胁产妇生命^[1]。本文回顾性分析我院两年间 21 例剖宫产术中大出血病例, 探讨剖宫产术中大出血的高危因素及其防治。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2001 年 10 月~2003 年 10 月在我院共分娩 2 214 例, 剖宫产分娩 870 例, 剖宫产率为 39.30%, 其中术时出血 $\geq 1 000$ ml^[1]者 21 例, 发生率 2.41%。产妇年龄 20~39 岁, 初产妇 14 例, 经产妇 7 例; 孕周 33⁺³~42⁺¹周。急诊剖宫产 16 例, 选择性剖宫产 5 例。

1.2 剖宫产手术指征 头盆不称、前置胎盘各 5 例, 重度妊娠高血压综合征(妊高征)4 例, 双胎、巨大儿、瘢痕子宫、过期妊娠各 2 例, 滞产、胎盘早剥、

臀位各 1 例。

1.3 手术方法及出血量 21 例孕妇均行腹膜内子宫下段剖宫产术, 连续硬膜外麻醉 20 例, 连续硬膜外麻醉加全麻 1 例。术中出血量的计算方法: 手术开始至手术结束所有敷料、棉垫、吸引瓶中的血量及术毕清理的阴道积血量之总和。

1.4 出血量及原因、止血方法 21 例术中出血量 1 000~2 800 ml, 术中发生短暂性休克 3 例, 行次全子宫切除 2 例。术中出血原因主要为宫缩乏力 13 例(重度妊高征 3 例, 产程延长 4 例, 巨大儿、双胎各 2 例, 感染 1 例, 其它 1 例), 胎盘因素 6 例(前置胎盘 5 例, 胎盘粘连 1 例), 子宫切口撕裂出血 2 例。术中在积极止血同时, 及时进行输液输血等全身综合治疗, 减少子宫切除及术后贫血的发生。剖宫产术中出血原因、出血量及止血方法见表 1。

2 结果

21 例孕妇无一例死亡, 新生儿均成活, 其中 1 例(胎盘早剥)因孕 33⁺³周, 早产儿重度窒息出生后转儿科治疗, 愈后良好。术后 7 天拆线, 切口 I 期愈

[收稿日期] 2003-12-23

[作者单位] 安徽省宿州市立医院 妇产科, 234000

[作者简介] 阚乃颖(1968-), 女, 安徽宿州人, 主治医师。

合, 随访 6 周无异常。

表 1 剖宫产术中出血原因、出血量及止血方法

出血原因	n	出血量 (ml)	止血方法					
			按摩子宫 加宫缩剂	卡孕 栓	缝扎	子宫动脉上 行支结扎	宫腔纱 条填塞	子宫次 全切
宫缩乏力	13	1 500	13	4	0	2	1	1
胎盘因素	6	1 300	6	2	4	1	1	1
切口撕裂	2	1 000	0	0	2	0	0	0

3 讨论

2.1 剖宫产术中宫缩乏力性出血 是造成剖宫产时出血的首要原因^[2]。本组 13 例(61.9%), 常发生于双胎、巨大儿等引起的子宫过度膨胀、产程延长造成的继发性宫缩乏力以及妊高征导致的子宫肌细胞水肿者^[3], 以及胎盘早剥使子宫肌纤维分离、断裂、变性^[4]。上述因素均可影响子宫平滑肌细胞的正常收缩及缩复作用, 以致术中出现大出血。为预防和减少宫缩乏力性出血, 剖宫产术时可选择子宫下段横切口, 术中胎儿娩出不宜过快, 使胎头、胎肩、胎体娩出时间均间隔 1 min, 出血不多时, 胎盘应等待自然剥离。切口有出血时要及时钳夹止血, 胎儿娩出后常规应用宫缩剂, 如宫缩乏力, 应立即将子宫置于腹腔外, 先用热盐水纱布包裹后, 边按摩子宫, 边给产妇用卡孕栓 1 mg 舌下含服以加强宫缩。经上述处理后子宫仍无有效收缩, 则可结扎子宫动脉上行支, 或使用子宫腔纱条填塞。

2.2 剖宫产术中胎盘因素出血 近年来, 胎盘因素所致的术中出血有所增多, 这可能与人工流产刮宫次数增多及盆腔炎、性传播疾病增加有关。刮宫与炎症对子宫内膜的损伤可造成前置胎盘、胎盘粘连或胎盘植入。本组有 6 例(28.57%)(其中前置胎盘 5 例)。由于前置胎盘、胎盘粘连、胎盘植入造成分娩后胎盘附着面不能有效地缩紧、闭合, 导致出血不止^[2], 尤其当前置胎盘种植在子宫下段前壁, 切开子宫时损伤胎盘加重出血。因此前置胎盘剖宫产前有贫血的先予纠正, 还应行阴道彩色超声多普勒检查, 了解胎盘附着部位, 观察胎盘血流图像及延伸到周围组织的血流图像以预测植入性胎盘, 以便选择子宫切口时避开胎盘, 避免切断胎盘。对前置胎盘剥离面广泛性渗血, 应积极使用宫缩剂, 双手按摩子宫, 局部热盐水纱垫持续压迫等, 经此处理后, 止血效果不明显, 可采用宫腔纱条填塞。如发现剥离面有明显活动性出血或胎盘部分植入已做楔形切除时

均可采用肠线“8”字缝扎, 在确定无明显活动性出血后, 应立即缝合子宫切口恢复子宫肌层的完整性, 以有助于子宫收缩起到止血效果。

2.3 剖宫产术中子宫下段切口撕裂出血 本组 2 例(9.52%)。均为子宫下段横切口, 因滞产胎头深嵌入盆腔, 局部组织受压过久, 胎头位置异常或术中取子宫切口位置过低或过高, 切口弧度欠大, 加之手术时可能手法不正确, 暴力娩出胎头引起切口向下撕裂, 发生难以控制的出血, 为此, 术者应注意根据胎儿大小及胎头高低, 决定切口长度及水平。胎头娩出应充分利用正常分娩机转, 避免盲目与暴力, 并与助手密切配合, 使胎头缓慢娩出。当胎头深嵌入盆腔、估计娩头困难时, 可选择牵胎足, 以臀牵引方式娩出胎儿, 一旦发生切口撕裂, 应迅速用卵圆钳夹持切口缘, 查清撕裂部位, 对其中的血管出血应单独缝扎, 缝合裂口时应从顶端外口 0.5~1 cm 处进针, 以防局部血管收缩, 造成缝合后继发血肿。如撕裂顶端不易暴露, 可以从能辨处先缝合, 然后利用缝线作牵引找到裂口顶端缝好为止。

2.4 剖宫产术中子宫切除 本组 2 例, 其中 1 例前置胎盘合并部分胎盘植入, 术中出现致命性出血, 量约 2 800ml; 另 1 例因“臀位、羊水过少”行剖宫产术, 术中宫缩不良, 出血约 2 200 ml。2 例均经各种积极处理, 出血不能控制, 产妇迅速进入休克状态, 为挽救生命, 即行子宫次全切除, 同时快速补充血容量, 产妇休克状态很快得到纠正。因此剖宫产术中无论何种原因引起的大出血, 在保守治疗无效、出血多、患者生命受到威胁时, 必须当机立断行子宫切除术。子宫切除是安全、最快速有效的止血措施, 尤其是次全子宫切除, 术式简单、快速、出血少, 适用于病情危急而病变又局限于子宫体部者。如术中发现切口撕裂或前置胎盘病变累及子宫颈, 则应行全子宫切除术, 以免术后发生子宫颈出血。

剖宫产术中大出血, 往往起病急, 发展快, 若处理不当可直接威胁产妇生命安全, 为预防剖宫产术中大出血, 应正确处理术中并发症, 规范手术操作。

[参 考 文 献]

- [1] 蔡庆华, 雷 钧, 汤一贞, 等. 剖宫产术中大出血 145 例临床分析[J]. 实用临床医学, 2002, 3(1): 90~92.
- [2] 乐 杰主编. 妇产科学[M]. 第 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 204~209.
- [3] 曹珍修. 剖宫产出血和感染的防治要点[J]. 实用妇产科杂志, 1996, 12(1): 10~13.
- [4] 乔福元. 胎盘早期剥离并发症的诊断与处理[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2001, 17(2): 73~74.