

[文章编号] 1000-2200(2005)05-0402-02

剖宫产术后子宫切口愈合不良 11 例分析

何 玉^{1,2}, 张彦君³

[摘要] 目的: 探讨剖宫产术后子宫切口愈合不良的相关因素、诊治方法、预防措施。方法: 对我院 2002~2004 年收治的剖宫产术后子宫切口愈合不良的临床资料进行回顾性分析。结果: 11 例中以产程停滞或延长作为剖宫产指征 7 例(63%)。临床表现主要为产后出血和感染。B 超下表现为低或无回声光团为主的混合性光团。以手术治疗为主。结论: 产程停滞或延长、子宫切口位置选择不当是影响切口愈合的主要因素。术后可以利用 B 超早期诊断。加强产时监护、提高产科质量是预防的根本措施。

[关键词] 剖宫产术, 子宫切口; 愈合不良

[中国图书资料分类法分类号] R 719.8 [文献标识码] A

Abnormal healing of uterine incision after cesarean section; Analysis of 11 cases

HE Yu^{1,2}, ZHANG Yan-jun³

(1. Anhui Medical University, Hefei 230032; 2. Department of Obstetrics and Gynecology, Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233004; 3. Department of Obstetrics and Gynecology, Jiesshou People's Hospital, Jiesshou 236501, China)

[Abstract] **Objective** To explore the causes, diagnosis, treatment and prevention of the uterine incision abnormal healing after caesarian section. **Methods** The data of 11 cases of uterine incision abnormal healing after caesarian section from 2002 to 2004 were analyzed retrospectively. **Results** Of the 11 cases, 7 of the cesarean section indications were prolonged labor (63%). The clinical manifestations were late postpartum hemorrhage and infection. B-Ultrasonography revealed a complex light mass with low echo or anechoic area in the 11 patients. All were treated by operation. **Conclusions** The main factors affecting the healing of uterine incision are prolonged labor and the type of uterine section. B-Ultrasonography can help early diagnosis. The radical prevention is to strength monitoring and improve the obstetric level.

[Key words] caesarian section, uterine incision; abnormal healing

剖宫产是处理高危妊娠的重要方法之一。但近年来由于多种因素的影响, 剖宫产率呈逐年上升的趋势, 随之而来的各种手术并发症也明显增加, 并引起临床医师的广泛关注。本文通过分析我院收治的剖宫产术后子宫切口愈合不良的 11 例病例, 探讨其发生的相关因素、诊治措施, 以提高产科质量, 保障母婴安全。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2002~2004 年, 我院共收治剖宫产术后子宫切口愈合不良 11 例, 其中初产妇 8 例, 经产妇 3 例。年龄 23~35 岁。终止妊娠时间 36 周~41⁺⁵ 周。分娩医院分别是县级医院 2 例、镇级医院 4 例及私人诊所 5 例。

1.2 剖宫产指征 本组收治的 11 例中, 急诊剖宫产 9 例, 选择性剖宫产 2 例。其中剖宫产指征分别

为: 巨大儿 1 例, 双胎、瘢痕子宫 1 例, 臀位、胎膜早破 1 例, 活跃期停滞 5 例, 第二产程延长 2 例, 胎儿宫内窘迫 1 例。

1.3 手术方式 均选择子宫下段横切口。通过再次手术发现特别是产程延长者子宫切口位置的选择偏低。4 例表现为晚期产后大出血者, 2 例行介入治疗即超选择性子宫动脉栓塞术, 另外 2 例及 7 例盆腔严重感染者行次全或全子宫切除术。

2 结果

2.1 临床表现 11 例中有 4 例晚期产后大出血, 出血时间发生在产后 32~42 天。由于其均为外院转入, 故阴道出血量难以估计, 但入院后均有阴道大出血, 量 800~2 000 ml, 其中 3 例出现失血性休克。7 例表现产后高热, 盆腔脓肿, 不同程度的盆腹腔感染, 2 例出现感染性休克, 发病时间在产后 3~21 天。

2.2 影像学表现 11 例入院后均行 B 超检查, 8 例 B 超下表现为子宫下段前壁包膜不完整, 连续性中断, 局部形成低或无回声光团为主的混合性光团, 3 例 B 超提示子宫下段肌层可见多个强回声光团。2 例晚期产后大出血者在行介入治疗时数字减

[收稿日期] 2005-02-01

[作者单位] 1. 安徽医科大学(在职研究生), 安徽 合肥 230032; 2. 蚌埠医学院附属医院 妇产科, 安徽 蚌埠 233004; 3. 安徽省界首市人民医院 妇产科, 236501

[作者简介] 何 玉(1972-), 女, 安徽怀远县人, 主治医师。

影血管造影术(DSA)提示子宫动脉上行支出血,子宫下段切口处可见明显的造影剂外溢。

2.3 手术及病理表现 术中除见盆腹腔不同程度的感染外,均表现为子宫下段切口部分或全层裂开、组织坏死及缝线脱落。术后病理均提示子宫内膜及肌层表现不同程度的炎细胞浸润、坏死。

2.4 治疗结果 超选择性子宫动脉栓塞 2 例栓塞 24 h 内阴道出血停止。9 例行次全或全子宫切除者,2 例因术后并发膈下脓肿和肠间脓肿而再次手术,7 例切口一期愈合,痊愈出院。

3 讨论

剖宫产术后由于子宫切口缺血或感染导致组织坏死、缝线脱落、切口裂开称为子宫切口愈合不良^[1]。在剖宫产日益攀升的今天,应引起临床医师的高度关注。其发生可能与以下因素有关:(1)解剖因素。追踪本组病例的手术方式均为子宫下段横切口,而子宫弓形动脉在子宫峡部的分支较宫体部的分支短,手术时往往切断向下斜行的子宫动脉分支,导致切口尤其切口下缘供血不足,从而影响切口愈合。(2)切口位置选择不当。正常情况下,子宫切口如果由肌细胞代替,愈合良好。相反,部分或完全由结缔组织代替则愈合不良。而子宫颈部主要由结缔组织构成,若子宫切口的位置选择过低,接近子宫颈部,就可能导致局部缺血、坏死,感染裂开。本组有 7 例因产程停滞或延长而行剖宫产手术,特别是第二产程延长患者,子宫下段明显扩张,加上手术者解剖不清,导致子宫切口位置选择过低,影响切口愈合。(3)感染因素。已有研究证实多次阴道检查和肛查,可增加术后子宫切口愈合不良发生的可能性^[2]。7 例产程停滞或延长的患者在分娩过程中将不可避免的多次的阴道检查和肛查,增加了上行性感染的机会。(4)缝合技术。通过分析本组病例的剖宫产指征,认为无论因产程延长或巨大儿,都可能造成子宫切口撕裂,从而反复的缝扎止血或缝合过紧过密,都会影响组织血供,导致组织坏死。

过去对剖宫产术后子宫切口愈合不良的诊断主要依赖临床表现,一旦出现严重的产后出血或感染将威胁产妇的生命安全。如何提高早期诊断率,避免严重的并发症是人们一直研究的课题。通过 B 超可清楚地观察子宫的形态、大小、宫壁、宫腔及子宫切口的愈合情况。研究发现如果子宫切口局部出现不规则低或无回声光团,明显向前或向膀胱方向突起,边缘毛糙提示切口炎性反应伴积液,此时在超声导向下穿刺抽吸血液或渗出物,可改善局部循环,去除有利于细菌繁殖生长的条件,局部注药可抑制

炎症反应,促进切口愈合^[3]。剖宫产术后应用 B 超诊断能起到早期诊断和监护作用,一旦发现异常声像可及时为临床医师提供客观积极处理的依据。

对于剖宫产术后子宫切口愈合不良造成难治性产后出血的传统治疗方法多为子宫(次)全切除术。但现代医学的发展逐步肯定了超选择性子宫动脉栓塞术在难治性产后大出血中的作用。研究认为子宫动脉栓塞术(UAE)具有操作相对简单、手术时间短、止血快、疗效肯定,可保留子宫的优点,已成为替代子宫切除治疗难治性产后出血的一种有效的保守治疗方法^[4]。而对于剖宫产术后子宫切口愈合不良所致的盆腹腔严重感染,在积极抗感染治疗后往往采取手术治疗。术中主要根据子宫切口的位置和局部感染、坏死的程度而采取次全或全子宫切除术。本组 7 例感染病例全部采取手术治疗,2 例术后分别出现膈下脓肿和肠间脓肿并发肠坏死而再次手术。故笔者体会对此类患者术中应彻底清除感染灶、清理盆腹腔,术后加强引流、抗感染和支持治疗,以预防术后残余脓肿的发生。

随着手术学、麻醉学等相关学科的不断发展,剖宫产已成为挽救母婴生命、解决难产的有效措施。但随着剖宫产率的上升,孕产妇和围产儿的死亡率却没有相应的下降,反而有所回升^[5]。因此,严格掌握剖宫产指征,避免滥用剖宫产技术来替代正常分娩是降低术后并发症的根本措施。同时针对上述相关因素,采取积极有效的预防措施:严密观察产程,防止滞产;恰当的子宫切口位置应选择在子宫体与子宫下段交界处下方 3 cm;防止子宫切口的撕裂或延伸,掌握合理的缝合技术。研究认为剖宫产子宫切口单层缝合较双层缝合具有一定的优越性^[6];同时对于存在潜在感染因素的高危患者术后可行 B 超检查明确子宫切口的愈合情况,以达早期诊断、早期处理的目的,防止严重并发症的出现。

[参 考 文 献]

- [1] 张光主编. 产科急症[M]. 第 2 版. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2001: 197.
- [2] 徐望明, 许学先, 陈建华, 等. 360 例剖宫产术后子宫切口愈合的监测及相关因素分析[J]. 湖北医科大学学报, 1999, 20(2): 141~142.
- [3] 白骏, 徐望明, 杨菁, 等. 剖宫产术后子宫切口愈合情况的 B 超与临床监测[J]. 中华妇产科杂志, 1997, 32(4): 195~197.
- [4] 陈春林, 马奔, 方艺川, 等. 导管动脉栓塞术在难治性产后出血中的应用[J]. 中华妇产科杂志, 2001, 36(3): 133~136.
- [5] 黄醒华. 剖宫产的现状与展望[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2000, 16(5): 259~261.
- [6] 焦彤, 陈静婴. 超声对剖宫产子宫切口单层与双层缝合切口愈合情况的对比观察[J]. 中国超声医学杂志, 1997, 13(8): 57~59.