

大^[7]。从上述看到西部边远地区蒙医、中医输血科的建设与二级、三级综合医院相比还是有一定差距。

参考文献

[1] 郭晏海. 加强输血管理 保证用血安全[J]. 中华全科医学, 2011, 9(11): 1807.
[2] 王显荣, 付铁红, 张萍萍, 等. 浙江省三级以上综合医院输血科现状及分析[J]. 中国输血杂志, 2011, 24(4): 348.
[3] 程勤侦, 陈颜, 廖芳. 四川省部分医院临床输血管理及输血科现状分析[J]. 中国输血杂志, 2008, 21(6): 435.

[4] 王平. 略论医院输血工作的科学化管理[J]. 临床输血与检验, 2006, 8(4): 342-343.
[5] 中华人民共和国卫生部. 临床输血技术规范卫医发[2000]184 号[Z]. 2000.
[6] 中华人民共和国卫生部令. 医疗机构临床用血管理办法第 85 号[Z] 2012-06-07.
[7] 黎海澜, 焦伟, 刘晓芳, 等. 现代医院输血科的综合管理与实践[J]. 卫生软科学, 2007, 21(3): 200-202.

(收稿日期: 2012-09-27)

剖宫产产后出血 96 例临床分析

牟海波, 夏红梅, 孟晓蓉(重庆市长寿区人民医院 401220)

【摘要】 目的 探讨剖宫产产后出血的原因及防治措施。**方法** 对重庆市长寿区人民医院 2009 年 1 月至 2011 年 12 月剖宫产产后出血 96 例患者进行回顾性分析。**结果** 剖宫产 2 287 例, 产后出血 96 例, 发生率为 4.20%。剖宫产产后出血的原因为子宫收缩乏力、胎盘因素、子宫损伤及其他因素。**结论** 减少剖宫产产后出血的关键在于预防和及时治疗子宫收缩乏力, 及时处理胎盘因素, 严格掌握剖宫产指征, 提高手术操作技术。

【关键词】 剖宫产术; 产后出血; 防治; 临床分析

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 24. 059 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)24-3145-02

产后出血是产科常见的严重并发症之一, 是导致孕产妇死亡的主要原因, 是目前在我国孕产妇死亡原因中仍排第 1 位^[1]。随着剖宫产率的升高, 产后出血成为剖宫产术后出现的严重并发症, 如何有效控制剖宫产术后出血的发生, 一直是产科医生研究的热点。2009~2011 年来本院行剖宫产术后出血共发生 96 例, 现总结分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 1 月至 2011 年 12 月在本院住院分娩孕妇中, 剖宫产 2 287 例, 产后出血 96 例, 发生率 4.20%。96 例产后出血孕妇中年龄为 19~41 岁, 平均 29.13 岁, 其中 86 例有流产史, 最少 1 次, 最多 4 次, 初次剖宫产 83 例, 再次剖宫产 13 例。出血量 500~1 000 mL 69 例, >1 000~2 000 mL 20 例, >2 000~3 000 mL 3 例, >3 000~4 000 mL 2 例, >4 000 mL 2 例, 次全子宫切除 2 例, 无死亡病例。

1.2 剖宫产指征 发生产后出血的 96 例剖宫产中, 有指征剖宫产 76 例(占 79.17%), 其中前置胎盘 23 例, 前次剖宫产 13 例, 双胎 9 例, 重度子痫前期 5 例, 臀位 5 例, 活跃期延缓 5 例, 活跃期阻滞 3 例, 巨大儿 4 例, 胎儿窘迫 4 例, 羊水过少 3 例, 胎盘早剥 3 例, 妊娠期肝胆胆汁淤积症 3 例, 相对头盆不称 2 例, 缩宫素诱发宫缩失败 1 例, 骨盆出口狭窄 1 例; 其中有 7 例有 2 个或 2 个以上指征。社会因素 20 例(占 20.83%)。

1.3 产后出血的定义 使用目前临床上同意的产后出血定义, 即胎儿娩出后 24 h 失血量超过 500 mL。

1.4 术中出血量的计算方法 手术开始至手术结束所有纱块、棉垫的血量, 吸引瓶中的血量及术毕按压宫底时阴道流出的血量总和。

2 结果

2.1 产后出血的原因分析 产后出血的主要原因是子宫收缩乏力 51 例, 占 53.13%, 其次是胎盘因素 31 例, 占 32.29%, 子宫损伤 10 例, 占 10.42%, 其他(盆腔粘连、贫血) 4 例, 占 4.16%。

2.2 产后出血的处理 产后出血的处理包括药物治疗和手术

治疗。常用药物缩宫素、米索前列醇、钙剂及卡前列素氨丁三醇。96 例产后出血的病例中, 76 例使用缩宫素, 占 79.17%, 35 例使用米索前列醇, 占 36.46%, 28 例使用卡前列素氨丁三醇, 占 29.17%, 17 例使用钙剂, 占 17.71%, 其中 90% 需联合用药。常用的手术治疗包括: 局部逢扎, 宫腔纱条填塞, 背带式缝合, 次全子宫切除。96 例产后出血的病例中, 局部逢扎 19 例, 宫腔纱条填塞术 17 例, 背带式缝合 9 例, 次全子宫切除术 2 例。本研究单纯经药物治疗成功 68 例, 占 70.83%, 在药物治疗基础上需手术治疗 28 例, 占 29.17%。

3 讨论

剖宫产是产科领域解决高危妊娠及难产和某些产科并发症, 抢救产妇和围产儿生命的有效手段, 高危妊娠本身产后出血风险高, 剖宫产使产后出血风险更大^[2]。子宫收缩乏力是剖宫产术后出血的主要原因^[3-4], 本研究占 53.13%。子宫收缩乏力的影响因素是多样化的, 因此术前需严密观察产程进展, 对高危因素患者术前要有正确的评估及做好应急预案。术中及时合理使用宫缩剂及按摩子宫等, 出血量达到 800 mL 及时使用卡前列素氨丁三醇、宫腔纱条或背带式缝合, 出血量进一步增加, 根据医院条件, 果断使用介入治疗或子宫切除术, 若病情允许, 可及时转诊。早发现、早诊断是正确处理产后出血的关键。

高度重视胎盘因素引起的产后出血。胎盘因素主要有前置胎盘、胎盘粘连及胎盘植入、副胎盘。多孕、多产以及人工流产次数的增多, 都会导致子宫内膜不同程度的损伤, 进而引起胎盘异常^[5]。因此, 做好计划生育宣传工作, 加强健康教育, 做好避孕指导, 减少人工流产次数对减少产后出血意义重大。

掌握产后出血的救治要素(一到位, 两重视, 三个正确), 失血量评估要到位, 救治过程中严密观察患者生命体征变化, 达到 2 个“100”, 2 个“30”, 即收缩压大于 100 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa), 心率小于 100 次/分, 尿量大于 30 mL/h, 人绒毛膜促性腺激素(HCG) 大于 30%。重视高危产妇, 重视团队协作。正确按摩子宫, 正确使用药物, 正确选择手术^[3]。

本研究发现,胎盘因素导致产后出血的发生率有增加趋势,随着剖宫产率的增加,必然增加前置胎盘、胎盘植入以及子宫破裂等相关并发症的发生,进一步增加了剖宫产术后出血的发生率。

参考文献

[1] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008: 205.
[2] 吴仕元,康昭海,袁劲进. 产后出血预测评分及防治机制在预防剖宫产宫缩乏力性出血中的应用[J]. 中国现代医

学杂志,2011,1(1):115-119.
[3] 李力,易萍. 产后出血及其临床救治[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2011,27(2):99-102.
[4] 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):385-388.
[5] 郑九生,黄维新. 剖宫产术后早期产后出血相关因素分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2003,19(1):26-28.

(收稿日期:2012-07-03)

剖宫产子宫切口裂伤 60 例的临床分析

丁会莲,谢玉梅,孙凤玲(宁夏回族自治区石嘴山市平罗县人民医院妇产科 753400)

【摘要】 目的 探讨剖宫产术中子宫切口裂伤的病因,寻找有效的防治措施。**方法** 回顾性分析 2009 年 1 月至 2011 年 6 月在宁夏回族自治区石嘴山市平罗县人民医院行剖宫产手术的 1 098 例产妇产妇病例资料。**结果** 发生子宫切口裂伤者 60 例,子宫切口裂伤发生率 5.55%,枕后位切口裂伤发生率高达 17.27%,胎头深固切口裂伤发生率 11.80%,宫口扩张程度在 7~10 cm 者切开裂伤发生率最高 37.62%,胎儿体质量大于 4 000 g 时切开裂伤发生率最高 32.58%,不同胎方位、先露高低、宫口扩张程度、胎儿体质量之间比较,差异存在统计学意义($P<0.05$);横行裂伤 42 例,T 型裂伤 18 例,当切口距膀胱子宫反折腹膜大于 3 cm 时切口裂伤率明显高于距离在 3 cm 以下者,单用钝性分离法扩大子宫切口时,子宫发生切开裂伤概率明显高于钝性加锐型扩大方式的患者。**结论** 在剖宫产时应严格掌握剖宫产指征,降低剖宫产率,掌握熟练的手术操作技巧,是防止切口裂伤的关键。

【关键词】 剖宫产; 切口裂伤; 子宫切口
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.24.060 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)24-3146-02

剖宫产是产科为处理难产的重要术式,近年随着剖宫产率逐年上升,剖宫产的并发症也随之增加,子宫切口裂伤是其中较常见的并发症之一^[1]。现将本院 2009 年 1 月至 2010 年 6 月行剖宫产术发生子宫切口裂伤 60 例产妇产妇临床资料进行回顾性分析,以探讨行剖宫产术时发生子宫切口裂伤的原因,寻找有效的防治措施,现将资料回顾分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2009 年 1 月至 2011 年 6 月行剖宫产术的产妇共 1 098 例,发生子宫切口裂伤者 60 例,子宫切口裂伤发生率 5.55%。60 例子宫切口裂伤产妇产龄 19~45 岁,平均(25.6±3.21)岁,胎儿胎位:头位 58 例,横位 2 例,手术术式均为子宫下段横切口。

1.2 手术方法 采用腰硬联合麻醉,待麻醉满意消毒铺巾后取子宫下段横切口,逐层分离入腹后,探查子宫旋转及胎头入盆情况,如子宫为右或左旋先扶正宫体,在距子宫膀胱反折腹膜 1 cm 处横行切开子宫,子宫切口长度约 3 cm,入宫腔破膜立即吸净羊水后双手食指配合,横弧形撕开子宫长约 10 cm,娩出胎头。

1.3 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计学软件进行统计分析,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 子宫切口裂伤的因素分析 60 例剖宫产切口裂伤患者,胎方位:枕后位切口裂伤发生率最高,为 17.27%,差异有统计学意义($P<0.05$);先露高低:胎头深固切口裂伤发生率最高,为 11.80%,差异有统计学意义($P<0.05$);宫口扩张程度:开口在 7~10 cm 者切开裂伤发生率最高,为 37.62%,差异有统计学意义($P<0.05$);胎儿体质量大于 4 000 g 时切开裂伤发生率最高,为 32.58%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.2 裂伤切开位置与扩大子宫切口的方式 共发生横行裂伤 42 例,T 型裂伤 18 例,无论是横行裂伤还是 T 型裂伤当切口距膀胱子宫反折腹膜大于 3 cm 时,切口裂伤率明显高于距离在 3 cm 以下者,单用钝性分离法扩大子宫切口时子宫发生切开裂伤概率明显高于钝性加锐型扩大方式者。见表 2。

表 1 子宫切口裂伤的因素分析

因素	<i>n</i>	切开撕裂		χ^2	<i>P</i>
		<i>n</i>	发生率(%)		
胎方位(<i>n</i>)	枕前位	732	5	0.68	102.57 <0.05
	枕横位	146	17	11.64	— —
	枕后位	220	38	17.27	— —
先露高低(<i>n</i>)	高浮	545	5	0.92	49.14 <0.05
	衔接	214	15	7.01	— —
	深固	339	40	11.80	— —
宫口扩张程度(cm)	0~3	578	7	1.21	225.33 <0.05
	4~6	419	15	3.58	— —
	7~10	101	38	37.62	— —
胎儿体质量(g)	<3 500	523	11	2.10	71.80 <0.05
	3 500~4 000	486	20	4.12	— —
	>4 000	89	29	32.58	— —

注:—表示无数据。

表 2 裂伤切开位置与扩大子宫切口的方式的关系[*n*(%)]

裂伤类型	<i>n</i>	距腹膜反折距离(cm)			扩大子宫切口方式	
		<2	2~3	>3	钝性	钝性加锐性
横行裂伤	42	3(7.14)	4(9.52)	35(83.33)	34(80.95)	8(19.05)
T 型裂伤	18	2(11.11)	3(16.67)	13(72.22)	13(72.22)	5(27.78)