

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)

2.3 子宫切口裂伤的并发症 本组 60 例产妇手术过程中,出血量有 41 例小于或等于 200 mL,17 例 200~400 mL,2 例大于或等于 400 mL,同型红细胞输入量为 2~10 U,普通冰冻血浆 200~400 mL。恶露量明显增多者 24 例,其中持续高热 1 例,主要表现为产后 3 d 大流血、休克,经过剖腹探查术后观察左侧 T 形裂伤 4 cm 左右,切口全层裂开,实施子宫次全切,术后患者失血 4 000 mL 左右,同型红细胞输入量为 10 U,普通冰冻血浆 200~400 mL。此外,1 例产后 9 d 阴道大出血再次入院,在多种常规止血方法无效的情况下经剖腹探查术观察到切口左侧 T 形裂伤 3 cm 左右,切口部分裂开,实施子宫次全切术后 2 周康复,术后输血 2 U。

3 讨 论

3.1 子宫切口裂伤因素分析

3.1.1 胎方位与切口裂伤 枕后位的切口裂伤率明显高于枕横位与枕前位,这是因为持续的枕后位会导致胎儿抬头俯屈不良发生,此时以胎儿的较大径线枕颌径娩出胎头,势必造成切口裂伤,而枕横位及枕前位的情况下剖宫产时胎儿胎头是以枕下前凶径娩出,出现切口裂伤的可能性会相对低一些。

3.1.2 胎先露、宫口扩展程度与切口撕裂 若先露深固、宫口扩张大于或等于 6 cm 时,常出现子宫切口撕裂,根据医学研究标准,先露深固与宫口扩张二者的关系呈正比,先露越小,切口撕裂率越高^[2]。因先露深固或宫口扩张大于或等于 6 cm 者都经历周期较长的阴道试产过程,子宫下段拉长,肌层变薄,组织缺血水肿及纤维变脆;加上先露深固,胎头娩出困难,一旦操作不规范就会引发切口撕裂。

3.1.3 胎儿体质量与切口撕裂 如果胎儿体形过大,会造成子宫切口变短小,没有足够的空间娩出胎儿,易直接导致子宫切口撕裂^[3]。此时需要采用扩大子宫切口、改变切口的方式。麻醉效果越差,切口撕裂的可能性也越高,造成胎儿出生时娩头难度大,子宫切口就容易撕裂。

3.2 预防切口撕裂的方法及途径 作者通过分析切口撕裂的原因,体会到在选择剖宫产切口时子宫横切口位于胎头枕骨结节或胎耳上方为最恰当,如子宫切口过高、过低或胎头深定、高浮,均不利于胎头娩出^[4]。因此,胎头高浮时则子宫切口应高些,胎头深固者切口位置应低些,高切口时,应避免切在肥厚的宫体与变薄的子宫下段的交界处,形成切口一侧厚、一侧薄,影

响缝合与愈合,切口取得过低,应适当推开膀胱以防膀胱损伤,或因过低损伤子宫颈。如下段形成不充分或相对过窄或瘢痕切口时,下段横切口受限,可在切口两端向上弧形延长,既可避免子宫切口撕裂、损伤血管,又增加了娩出胎头的空间^[5-6]。由于子宫切口撕裂多位置在左侧角部,所以要注意术中将右旋的子宫扶正,能明显降低切口撕裂的概率。并且术中要做好止血措施,如遇切口角部裂伤活动性出血时,应从裂口处找出退缩之血管,单独缝扎止血,防止血肿形成而影响切口愈合。切忌反复盲目缝扎止血使较多小动脉被结扎,局部供血不足发生缺血坏死,且过紧过密缝扎增加异物刺激,不利于缝线吸收,而缝合过松易形成血肿,易使切口愈合不良。采用高分子材料可吸收线缝合子宫肌层时切忌穿透蜕膜,否则缝线裸露于宫腔,增加宫腔感染的机会。切口撕裂至宫颈外口者,需经阴道与经腹部联合处理。有效抗菌药物的合理应用可降低术后切口感染率。

综上所述,剖宫产发生子宫切口裂伤的原因与胎方位、胎先露、宫口扩展程度、胎儿体质量、切口与膀胱腹膜反折的距离、分离扩张切口的方式等均具有关系,在剖宫产时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。

参考文献

[1] 梁丽凌. 子宫下段高位剖宫产术 100 例临床分析[J]. 中国现代医学杂志, 2006, 16(4): 587.
[2] 莫云. 新式剖宫产术子宫切口撕裂 70 例分析[J]. 实用妇产科杂志, 2003, 21(1): 45.
[3] 范玲, 黄醒华. 再论剖宫产术式的选择[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2008, 24(10): 729.
[4] 戴钟英. 如何避免剖宫产手术中的一些错误[J]. 实用妇产科杂志, 2003, 19(6): 375.
[5] 周汉娥, 伍宗惠. 剖宫产术子宫下段横切口撕伤 61 例临床分析[J]. 实用妇产科杂志, 2007, 23(4): 248.
[6] 叶飞君, 吕杰强. 90 例剖宫产子宫切口撕裂的临床分析及防治[J]. 中国妇幼保健, 2010, 25(8): 1042.

(收稿日期: 2012-06-12)

某院临床用血合理性的调查分析

陈敏霞, 严建新(温州医学院附属温岭医院输血科, 浙江温岭 317500)

【摘要】 目的 了解本院临床用血合理性情况。**方法** 对本院 2007~2010 年住院输血患者的输血情况进行统计, 特别对 2009 年 1~12 月份各大科室的输血合理性进行评估。**结果** 成分输血呈上升趋势, 红细胞合理性输注约为 70%, 血浆合理性输注约为 30%。**结论** 加强医务人员的输血知识培训, 严格把握输血指征。

【关键词】 输血; 成分输血; 合理输血

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 24. 061 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)24-3147-02

为了做好临床输血管理和临床用血计划工作, 进一步推广科学、合理用血, 杜绝血液的浪费和滥用, 使临床输血更加规范化、科学化、合理化^[1]。现将对本院 2007~2010 年的临床用血情况进行了调查, 结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2007~2010 年住院患者的输血情况, 并随机抽查 2009 年 1~12 月的归档输血病历 320 份。输注的血

液成分包括全血、红细胞悬液、血浆、机采血小板以及冷沉淀。

1.2 调查方法 以卫生部《临床输血技术规范》^[2](卫医发[2000]第 184 号)和《浙江省医疗机构临床用血考核标准(试行)》为依据, 根据患者的临床症状、体征、失血量和实验室检查数据等资料, 制定的临床输血合理性判断标准。

1.3 用血合理性的判断标准

1.3.1 红细胞合理性输注 (1)内科输注指征: 红细胞破坏过