

产科急症子宫切除 13 例临床分析

廖 琪, 梁 岚, 施月秋, 马 刚

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院妇产科

作者简介: 廖 琪(1966-), 女, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 产科临床。E-mail: liaoqi@126.com。

[摘要] 目的 探讨产科急症子宫切除的临床情况。方法 对我院 2004-01~2008-12 5 年间 13 例产科急症子宫切除病例进行回顾性分析。结果 13 例产科学宫切除术指征为前置胎盘并胎盘植入、子宫收缩乏力致产后出血、DIC、羊水栓塞、子宫动脉瘤破裂;出血量为 1000~17000 ml, 平均出血量约为 5800 ml。术后严重并发症包括 DIC、急性肾衰、多器官功能障碍综合征(MODS), 无孕产妇死亡;围产儿 13 例中死亡 1 例。结论 子宫切除是治疗产科急性出血的有效措施之一, 加强高危孕产妇的筛查管理, 预防产科严重并发症发生, 降低剖宫产率可减少产科学宫切除的发生。

[关键词] 产科; 子宫切除**[中图分类号]** R 719 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2009)03-0280-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.03.025

Clinical analysis on 13 cases of acute hysterectomy LIAO Qi, LIANG Lan, SHI Yue-qiu, et al. Department of Obstetrics and Gynecology, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical behaviors of puerperas undergoing acute hysterectomy. **Methods** A retrospective analysis was performed on 13 puerperas undergoing acute obstetrical hysterectomy (AH) from 2004 to 2008 in our hospital. **Results** The indications for AH among the 13 cases were placenta praevia with placenta accreta, postpartum hemorrhage due to uterine inertia, disseminated intravascular coagulation(DIC), amniotic fluid embolism, rhexis of uterine aneurysm, respectively. The volume of bleeding ranged from 1000~17000ml and the average volume was about 5800ml. The severe postoperative complications included DIC, acute renal failure, multiple organ dysfunction syndrome, and no maternal death occurred. Perinatal infants were 13 cases, one of them was died. **Conclusion** Hysterectomy is one of the effective measures to treat the acute obstetrical hemorrhage. Some means, such as strengthening the screening and administration of pregnant women and puerperas at high risk, preventing the occurrence of severe complications and lowering the cesarean birth rate, may reduce the incidence of the obstetrical hysterectomy.

[Key words] Obstetrics; Hysterectomy

子宫切除是治疗产科学宫出血, 抢救孕产妇生命的一项重要措施和手段。为探讨产科学宫切除的临床情况, 对我院 5 年来产科急症子宫切除 13 例的临床情况进行回顾分析, 报告如下。

1 临床资料

我院 2004-01~2008-12 住院分娩总数为 9351 例, 其中行子宫切除 13 例, 发生率为 0.14%。13 例子宫切除者的年龄为 21~39 岁, 平均年龄为 31.8 岁; 初产妇 7 例, 经产妇 6 例, 孕周 33~36⁺6 周 4 例, 37~40 周 9 例, 妊娠次数 1~5 次, 最高生产次数 3 次。阴道分娩后子宫切除 3 例, 剖宫产术中子宫切除 8 例, 术后 6 h 子宫切除 1 例, 另 1 例为剖宫产

术后 11 天假性子宫动脉瘤行双侧髂内动脉造影 + 子宫动脉栓塞术中再次出血休克而予子宫切除。

2 结果

2.1 子宫切除指征 13 例中子宫切除指征依次为前置胎盘并胎盘植入、产后出血、DIC、羊水栓塞、假性子宫动脉瘤破裂。子宫次全切除 7 例, 子宫全切 6 例。出血量 1000~17000 ml, 平均出血量约 5800 ml。

2.2 子宫切除后病理检查 8 例子宫切除后标本(1 例为外院带入子宫标本)送病理检查, 其中 4 例确诊胎盘植入, 2 例为绒毛膜羊膜炎, 1 例确诊羊水栓塞, 1 例为子宫左壁浆肌层血管瘤。10 例剖宫产手术指征、子宫切除时间、子宫切除指

征、出血量及病理结果见表 1。

表 1 10 例剖宫产手术指征、子宫切除指征、出血量及病理结果

序号	孕产次	剖宫产指征	子宫切除指征	子宫切除术式	出血量(ml)	病理结果
1	2/2	中央性前置胎盘,二次剖宫产	胎盘植入,出血	全切	17,000	胎盘植入
2	4/2	中央性前置胎盘,二次剖宫产	胎盘植入,出血	全切	10,000	胎盘植入
3	5/2	中央性前置胎盘,二次剖宫产	胎盘植入,出血	全切	6,000	未送检
4	4/2	前置胎盘,臀位	胎盘植入,出血	次全切	1,600	胎盘植入
5	2/1	前置胎盘,高龄初产	产后出血,DIC	全切	10,000	羊水栓塞
6	3/1	肺栓塞,DIC	羊水栓塞,DIC	次全切	4,000	未见羊水成分
7	4/1	第二产程停滞,胎儿窘迫	宫缩乏力,产后出血	次全切	9,000	绒毛膜羊膜炎
8	1/1	胎膜早破,胎儿窘迫	宫缩乏力,产后出血	次全切	4,500	子宫内膜炎性炎症并胎盘植入
9	1/1	胎儿窘迫	呼吸心跳骤停	次全切	3,000	未送检
10	4/1	疤痕子宫(肌瘤剔除术后) 高龄初产	晚期出血, 左子宫 A 瘤破裂	全切	3,500	子宫左壁浆肌层 血管瘤

2.3 子宫切除术后严重并发症 DIC 9 例,急性肾衰 2 例,多器官功能障碍综合征(MODS) 1 例。

2.4 孕产妇及围产儿结局 13 例子宫切除产妇均痊愈出院,无孕产妇死亡;围产儿 13 例中 12 例存活(其中 2 例轻度窒息,1 例重度窒息,1 例胎死宫内),围产儿死亡 1 例。

3 讨论

3.1 产科急症子宫切除的指征 (1)前置胎盘并胎盘植入:是近 10 年来子宫切除的主要指征^[1],剖宫产后再次妊娠更易出现严重的胎盘并发症。由于术后子宫内膜有退行性变和炎症改变,再次受孕后底蜕膜往往发育不全,血供减少,使胎盘面积扩大,发生前置胎盘,且子宫瘢痕处内膜局部常有缺损,使绒毛侵入肌层造成胎盘植入。本组 10 例剖宫产子宫切除中,5 例为前置胎盘,其中 3 例有剖宫产史,术后病理确诊前置胎盘并植入性胎盘;有些虽无剖宫产史,但前置胎盘植入范围大,术中所见特征为子宫前壁下段血管极为丰富、增粗,呈蚯蚓状密布,由于子宫下段及其疤痕处收缩力差,胎盘剥离不全后均汹涌出血。本组例 1 为前次剖宫产术后遗留子宫体与腹壁、网膜、膀胱等广泛粘连,解剖层次不清难以进腹,直接切开子宫体部取出胎儿后,见胎盘附着于子宫前壁下段疤痕处并植入,术中曾采取宫体注射欣母沛 250 μ g,宫腔纱条填塞,子宫动脉结扎等保守处理,出血曾一度控制,子宫收缩变硬,遂关腹送外科 ICU 监护,但术后患者再次持续出血且并发 DIC 于术后 6 h 二次开腹行子宫全切除术。(2)子宫收缩乏力:是产后出血的主要原因之一,但非急症子宫切除的主要手术指征。产后乏力性子宫出血,经应用宫缩剂、温热盐按摩子宫、宫腔填塞纱条、子宫动脉结扎等积极措施处理后,均可达到有效的止血,只有当保守治疗措施无效,或大量出血并发消耗性凝血病时,则应迅速采取子宫切除^[2]。本组有 2 例阴道分娩、2 例剖宫产分娩产妇由于子宫收缩乏力引起产后大出血,出血量达 2100~9000 ml,迅速陷入休克状态,并出现少尿、血液不凝等并发症,而不得进行子宫切除术。

3.2 并发症防治 产科急症子宫切除的目的是止血,抢救孕产妇生命,降低孕产妇死亡率。当发生后出血时,在积

极止血的同时还要保护患者心、脑、肺、肝、肾等重要器官的功能,防止严重并发症的发生。因产科出血是导致产科 MODS 的首位原因^[3],本组有 1 例发生 MODS。凡发生 MODS 者,应实行产科和多学科协作综合监护救治的方法,进行持续心电监护、动脉血气分析、血氧饱和度监测、中心静脉压的监测、凝血因子监测、肝肾功能及电解质监测等。本组病例中无孕产妇死亡发生。

3.3 产科急症子宫切除手术时机及手术方式 产科急症大出血若失去手术时机可危及患者生命,产后出现不可控制的大出血时,应作出子宫切除的决断。无论急诊还是择期手术,术前均准备好充足的血源,准备好宫腔填塞纱条,当胎盘剥离面出血迅猛、局部缝扎及压迫难以奏效时,则果断行急症子宫切除术。因出血性休克,合并手术创伤,特别是二次手术者易发生 MODS^[4]。产后出血子宫切除术式以子宫次全切除为宜,此术式简单、快捷,出血少,又符合妇女心理和生理要求,但对晚期产后出血,子宫破裂危及宫颈者宜全切为宜。

3.4 产科急症子宫切除的预防 减少产科急症子宫切除,首先要加强高危孕产妇的筛查管理,预防产科严重并发症发生,同时严格掌握剖宫产手术指征,减少或杜绝无医学指征的剖宫产。本组资料剖宫产子宫切除比例为阴道分娩子宫切除的 3.3 倍。在临床工作中,因各种原因的剖宫产率呈逐年上升且有向农村蔓延的趋势。因此,做好宣传教育和围产期工作对降低产科急症子宫切除率有重要的意义。

参考文献

- 1 汤春生,主编. 妇产科手术规范及典型病例点评[M]. 济南:山东科学技术出版社,2005:413-415.
 - 2 王士仁,主编. 剖宫产与临床[M]. 贵阳:贵州科学技术出版社,1999:107.
 - 3 刘丝荪,易为民. 妇产科 MODS 的发病因素及预后[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2002,18(6):322-324.
 - 4 姜桂英,赖爱鸾. 产科联合 ICU 救治孕产妇多脏器功能衰竭 20 例分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2002,18(9):567-568.
- [收稿日期 2009-01-06][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]