维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 1999年第8卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 1999, Vol. 8, No. 4

剖宫产出血预防及处理

任 娅*

子宫下段横切口是目前应用最广泛的剖宫产术。我院自1997年9月至1998年3月共做子宫下段剖宫产术48例，术中术后均有不同程度的出血，现将其出血原因、预防及处理分析如下。

一、临床资料：1997年9月至1998年3月共做子宫下段横切口剖宫产48例。年龄最小23岁，最大36岁，平均年龄27岁，其中首次剖宫产32例，二次剖宫产16例。术中出血量最少200ml，最多达1500ml，平均出血量1000ml。术后持续少量出血长达3～4周4例，术后5周发生大出血1例。

二、剖宫产出血原因分析：1. 子宫收缩乏力：术前不适当地过多应用镇静剂、麻醉剂影响子宫收缩，多胎、巨大儿、羊水过多，致子宫过度膨胀而使子宫收缩乏力，前置胎盘、胎盘早剥、子宫破裂、妊高征、肝病、凝血机制障碍等均增加剖宫产的出血率。2. 胎盘粘连或植入：由于胎盘粘连或植入徒手剥离胎盘后，剥离面的胎盘血窦开放引起大量出血或出血不止。3. 子宫切口裂伤：子宫下段横切口用手钝性撕开时，易伤及子宫动脉分支。或因胎儿过大，儿头深定，切口过小，胎儿娩出时未按分娩机转或因暴力等造成切口延裂，引起子宫动脉血管的断裂出血。4. 切口愈合不良：下段横切口将向下斜行的子宫动脉分支切断，由于妊娠子宫多右旋，左侧血管更易伤及，使下缘供血不足，造成切口愈口不良。其次，切口过低，由于越靠近宫颈外口结缔组织越多，组织愈合能力越差；切口过高，在解剖学内口水平，当胎儿娩出后，切口上缘为子宫体组织，其收缩与缩复作用强而使其变厚、粗，切口下缘为宫颈组织缩复作用差而变薄变长，使其缝合时不易对齐，创面接触不良影响愈合。再加之子宫下段距阴道较近，手术时失血，产程延长导致切口感染；缝合不严密或缝合过紧、过密，肠线过粗等都能加重血循环障碍，影响切口愈合，造成切口愈合不良致子宫切口裂开引起晚期大出血。

三、剖宫产出血的预防：1. 术前详细询问病史，尽早治疗影响凝血功能的疾病。对增加剖宫产出血率的病理妊娠，如前置胎盘、胎盘早剥、子宫破裂、妊高征、肝病等术前要有充分准备。2. 切口高低应根据胎头高低而定，一般在下段最膨隆处，即胎头最大径线所在水平，下段形成不良时，切口宜偏低些；下段形成良好时，切口宜偏高些。再次剖宫产时应根据原切口瘢痕情况决定选用切口的方向和位置。3. 切口处有较大的子宫动脉分支时先缝扎，避免横切口向两侧角部撕裂，切口长宜10～12cm，不足时在两侧角部略向上剪开，使切口略呈浅弧形，以减少撕裂和损伤子宫动脉的机会。4. 胎儿娩出后立即宫体注射宫缩素，静脉点滴宫缩素，及时娩出胎盘，清理宫腔，对前置胎盘、胎盘早剥、胎盘植入者胎盘附着部位的出血要予足够的重视。5. 迅速缝合切口，不要过分强调钳夹止血而忽视缝合。切忌缝合过紧、过密。缝线不能穿透蜕膜层，以免误将蜕膜层一并缝入切口处，致使子宫下段切口缺血、坏死、感染、愈合不良，而致切口裂开，甚至瘘管形成。6. 术中及时补充血容量，术后应注意纠正贫血，控制感染。观察生命征，特别要注意阴道流血及腹部伤口情况，定时按摩子宫促进宫缩，压出宫腔积血。7. 术后输液时，每日应用宫缩素10u，连续2～3d，可改善子宫收缩，促进术后恢复和减少出血。8. 鼓励早期下床活动。做好早吸吮，勤吸吮，实行母婴同室母乳喂养，有利于子宫收缩，减少出血。

四、剖宫产出血的处理：1. 关键在于预防，切口部位、大小选择适宜，注意不要损伤子宫动脉分支。不宜缝合过紧过密，以免影响血供并导致伤口愈合不良。胎盘娩出迅速、完整。2. 胎儿娩出后应立即宫体注射宫缩素20u，静脉点滴宫缩素20u。出血仍较多时可宫底注射麦角新碱0.2mg。3. 切口不出血者可待胎盘自然剥离娩出。切口出血多者应迅速徒手剥离胎盘，清理宫腔后缝合切口；切口出血不多者，大出血点应用卵圆钳钳夹后迅速缝合止血；切口裂伤出血或伴有邻近器官裂伤，视野解剖清楚者可缝扎止血。裂伤严重视野解剖不清，可先行双侧子宫动脉结扎，再行伤处缝合。4. 胎盘剥离面出血不止，可行子宫动脉结扎、或肠线"8"字缝合出血处肌层、或用纱布宫腔填塞压迫止血，无效者可行子宫切除术。5. 子宫收缩乏力性出血用宫缩剂无效，按摩子宫，子宫动脉结扎，必要时行子宫切除术。6. 剖

* 作者单位：555200 贵州省印江县人民医院妇产科

维普资讯 http://www.cqvip.com

宫产术后的子宫反复出血处理原则是抗休克，加强宫缩和控制感染。出血少者可密切观察，出血多者，怀疑有胎盘、胎膜残留时可行刮宫术，术时务求轻柔，以免子宫穿孔，也可试用纱布填塞，但不宜过紧，以防切口裂开或影响宫缩。若保守治疗无效，应适时开腹探查，可行子宫动脉或髂内动脉结扎术或边缘坏死组织切除后再次缝合。如子宫切口裂开较大或出血感染较重以子宫切除术为宜。

五、讨论：目前剖宫产已基本上代替了困难的阴道助产术，并成为患有诸多妊娠合并症的孕妇之主要分娩途径。但剖宫产术中及术后出血是较常见而严重的并发症。迅速大量的失血可引起失血性休克，若得不到及时纠正可发生急性肾功能衰竭、播散性血管内凝血。若失血过多，休克时间过长可引起脑垂体的缺血坏死，并可能发生垂体前叶功能低下的严重后遗症——席汉氏综合征。故手术过程中应时刻注意失血量及病人一般情况，及时纠正血容量并正确处理子宫收缩乏力，胎盘粘连或植入，合理选择切口和合理缝合不容忽视。剖宫产虽然是一种较安全的手术，但除可增加出血和感染率外，有时可因严重出血不止而需切除子宫，甚至个别危及生命；也有术中发生意外损伤和麻醉意外；术后出现盆腹腔粘连，子宫内膜异位症，子宫裂开和破裂等后期并发症。故临床应重视剖宫产问题，严格掌握手术指征，加强责任心，提高手术技能。

（收稿：1999-04-08）

309-310 急性 外伤性 颅内血肿 治疗 30

急性外伤性颅内血肿非手术治疗15例分析

R651.150.5

刘 亮*

我院自1998年元月至1999年共收外伤性颅内血肿50例，其中15例采用非手术治疗，疗效满意。现报道如下。

一、临床资料

1. 一般资料：本组15例病人男性13例，女性2例，年龄最小6月，最大79岁，平均30.2岁。全组病人均经头部CT确诊。

2. 临床表现：本组病人均有明显外伤史。伤后有原发昏迷者11例，无原发昏迷者4例，其中原发昏迷时间在30分钟以内者8例，昏迷时间在30分钟～12小时者3例，头痛14例，呕吐10例，对侧肢体瘫痪2例，合并颅骨骨折者4例，一侧瞳孔散大者1例，出现Babinski征阳性者3例。

3. 头部CT表现：(1)血肿类型：急性硬膜外血肿10例，急性硬膜下血肿2例，硬膜下伴脑内血肿1例，脑内血肿2例。其中伴有脑挫裂伤者7例。(2)血肿量：小型血肿(<20ml)8例，中型血肿(20ml～40ml)6例，大型血肿(>40ml)1例，(3)占位效应：有中线结构偏移及一侧脑室不同程度受压者7例。

4. 治疗方法与结果：本组病人均采用渗透性脱水剂及糖皮质激素，对减轻脑水肿，增加脑灌注量及改善脑循环有良好作用。本组选用20%甘露醇125ml加地塞米松10mg静滴2～4次/日，儿童酌减，疗程1～2周。治疗期间绝对卧床密切观察神态、瞳孔、血压、脉搏、呼吸及各项神经系统检查，中后期辅以中草药活血化淤治疗。均在患者饮食基本恢复，无恶心呕吐症状后应用。现代药理证实：川芎、赤芍、红花、丹参等药物有改善微循环，增加血流量，抑制血小板凝集，促进纤维蛋白溶解的作用，于是我们常应用上述药物组成的"活血消肿汤"改善脑部缺氧和微循环障碍，减少渗出，促进血肿吸收。药物组成：当归、赤芍、桃仁、泽兰各12g，丹参、川牛膝、车前子(包)各15g，红花、苏木、泽泻各10g，生甘草5g。方法：上方加水800ml浓煎至30ml，分次温服，一日一剂，其中服药10剂者10例，15剂者4例，服药后均复查头部CT，有效率100%。

本组小型血肿8例，无1例中转手术。治愈7例，死亡1例，系79岁患者，双额硬膜下血肿伴双额大量积气，死于肺部感染，中型血肿6例，其中1例中转手术治疗。本组共死亡1例，死亡率6.7%，余均符合标准治愈：症状消失或好转，复查CT证实血肿吸收。

二、讨论

颅内出血是颅脑损伤的一种常见继发病变。一般

* 作者单位：410600 湖南省宁乡县人民医院神经外科