维普资讯 http://www.cqvip.com

A new approach for open heart surgery under mild mild hypothermia, cardiopulmonary bypass and beating heat

Li Chao xian, et al
Department Cardiac Surgery, College of Clinical Medicine

From March to April of this yeart (1997), 20 cases of open heart surgery were performed under mild hypothermia cardiopulmonary bypass and beating heart in our Hopital. They indude MVR 8, DVR(AVR+MVR),RMVR2,AVR 2, ASD or VSD repairment each 3,and an satisfactory clinicalresult has benn got in all of them.

The associated studies with this new approach such as myoardial proteection, prevention of air embolism, hemorrhage or hematuria, and changes of myocardial ultramicrostructre have been started.

KEY WORDS Heart Valve;Prosthesis;Heart sugery;Beating heart;myocardial protection

346-348

21

宫腔填塞纱条治疗剖宫产大出血

(附42例分析)

R714.461

临床学院 妇产科 胡培华* 曾珍修 吴味辛

提 要 我院自1981年起应用宫腔填塞纱条治疗42例剖宫产大出血取得良好效果。出血主要原因:(1)前置胎盘23例，其中14例伴胎盘粘连，14例中有2例伴胎盘局部浅肌层植入;(2)子宫收缩乏力19例。42例平均出血量为1509.52 ml。纱条填塞时间为13～36h，填塞至抽取纱条时出血量20～500ml，抽取纱条后无1例再发生产褥出血。本文提示:此法简单易行，是控制剖宫产大出血的最佳保守疗法。

关键词 产后出血; 宫腔填塞; 剖宫产
中图分类号 R719.9; R714.46

近10年来，为了降低围产儿病率及死亡率，剖宫产率明显上升，由于剖宫产术中出血较阴道产多，有时遇到难以控制性出血，需及时有效的止血已成为产科急待解决的问题。为此，本文总结12年来，42例剖宫产术中出血行宫腔填塞纱条止血的病例进行回顾性分析。

1 临床资料

我院从1981年1月至1994年3月因各种指征行剖宫产5020例，其中术时出血行宫腔纱条填塞压迫止血42例，占0.84%。

1.1 出血量 42例剖宫产时出血量见表1。

出血最多者达4500ml，最少600ml，平均出血量为1509.52ml。

表1 42例剖宫产时出血量

出血量(ml)	例数	%
<1000	12	2[illegible]
>1000～<2000	20	47.62
>2000～<3000	5	11.90
>3000	5	11.90

1.2 出血原因

* 女，1941－10出生，主任医师

维普资讯 http://www.cqvip.com

1.2.1 前置胎盘 42例中前置胎盘所致出血23例，占54.76%(23/42)，平均出血量为1613.04ml;23例中完全性前置胎盘16例，部分性或低置胎盘7例。前置胎盘伴胎盘粘连及植入者的出血情况见表2。胎盘粘连14例中2例伴胎盘局部浅肌层植入，此例出血量为2900ml。

表2 胎盘前置者胎盘附着情况

胎盘附着	例数	占%	平均出血量(ml)
胎盘粘连*	14	60.87	1914.29
无胎盘粘连	9	39.13	1155.56

* 其中2例伴胎盘局部浅肌层植入

1.2.2 子宫收缩乏力 42例中因宫缩乏力所致出血19例，占45.24%，平均出血量为1376.95ml。

1.3 宫腔填塞纱条

1.3.1 适应征 术中出血量多，用常规止血方法如宫缩剂，按摩压迫子宫;胎盘剥离面血窦开放出血采用肠线8字缝合;或胎盘局部浅肌层植入行楔形切除缝合等均不能奏效时，或出血已减少，但子宫收缩强度较差，恐术后再出血，均为填塞纱条的适应症。

1.3.2 纱条的制备 宫腔纱条取40cm宽的纱布折成四层，制成宽10cm，长2m的纱布卷，以备急需。每次填塞大约需2～4根纱条，两根纱条连结处可用双粗丝线缝合，不宜打结，以免打纱条时发生困难。

1.3.3 具体操作 术者用手压住宫底使于宫固定，另一手或用卵圆钳夹持纱条一端，顺序经于宫切口送至宫底，自于宫一侧角部开始，向另一侧顺序均匀填塞宫腔上半部，宫内需填塞紧，不能留有空隙，以免宫腔积血，影响于宫收缩;另取纱条一端送至宫颈外口，然后自下而上填塞宫腔，上下两纱条填塞紧后剪去剩下纱条，用双粗丝线将纱条两端缝合，然后缝合子宫切口，此时需注意缝线不能穿过纱条。放置纱条同时需静脉滴注催产素，使于宫与纱条贴紧压迫子宫血窦。术后用广谱抗生素预防感染。

1.3.4 取纱条时间 本组放置纱条时间最短为13h，最长36h，平均放置时间为25.86h，抽取纱条时应先静脉滴注催产素，以防抽取纱条时再次出血。先常规消毒，置入窥阴器见纱条，然后缓慢向外牵拉，切忌强行牵拉。

2 结果

本组42例经宫腔填塞纱条后均能迅速控制出血。术中血压下降或失血性休克，经纱条填塞同时快速输血、输液后血压即回升至正常。42例术中大出血无1例行子宫切除。

从填塞纱条至取出纱条阴道出血最少者仅20ml，最多者500ml，系因重度妊高征及妊娠期肝内胆汁瘀积症行手术，术中出血800ml行宫腔填塞纱条。术后使用宫缩剂及促凝血药物，术后22h取出纱条，发现纱条均被血染，抽取纱条后阴道出血少。此例因纱条填塞不够紧，致使出血较多。本组无1例取纱条后发生产褥期出血。

42例中有7例术后病率，占16.67%，体温均于术后第五天降至正常。本组腹部伤口均为1期愈合。

3 讨论

宫腔填塞纱条过去用于阴道分娩后宫缩乏力所致的产后出血[1]，由于存在着隐匿性出血及感染的危险，故经阴道行纱条填塞已被逐渐废弃[2]。自1974年始我院首次对一例双胎产妇行剖宫产，术中因宫缩乏力发生难以控制性出血，即行宫腔填塞纱条，保留了子宫，挽救了产妇生命[3]。此后术时发生类似情况用此法均获得满意效果，在实践中有以下几点体会。

3.1 适应征

3.1.1 前置胎盘 众所周知，由于胎盘附着子宫下段，下段血窦开放，且肌层菲薄收缩力差，难以关闭开放的血窦，所以无论急诊或选择性手术，易发生难以控制性出血。本文23例前置胎盘平均出血量为1613.04ml;42例中出血＞2000ml10例，其中前置胎盘7例，占70%。前置胎盘伴胎盘粘连，甚至胎盘局部浅肌层植入者出血更多;文中伴胎盘粘连14例，平均出血量为1914.29ml，其中2例伴胎盘浅肌层植入，平均出血量为2900ml，均较胎盘无粘连者出血多。我们认为对胎盘粘连或(及)伴浅肌层植入者，除用常规止血方法外，胎盘剥离面活动性出血处可用肠线8字缝合，胎盘浅肌层植入者行局部楔形切除缝合，然后为防止再出血再行纱条填塞宫腔。据Maler[4]1993年报导术中出血行纱条填塞止血3例，其中1例因前置胎盘行手术，用此法失败行于宫切除。而文中23例前置胎盘，包括2例胎盘粘连伴浅肌层植入者，用此法均获得成

维普资讯 http://www.cqvip.com

功，无一例行子宫切除。

3.1.2 子宫收缩乏力 对宫缩乏力所致出血常用宫缩剂，按摩刺激子宫收缩，如仍有活动性出血或宫腔内虽未见活动性出血，但子宫软恐宫缩乏力所致出血，常需用填塞纱条。文中1例因活跃期停滞行手术，术中出血1000ml，术毕见阴道出血700～800ml，按压宫底见阴道大量出血，经积极处理后仍无效并出现休克，乃再次进腹，见子宫软，胎盘剥离面广泛渗血，先后共出血4500ml，经快速输血、补液的同时在剥离面活跃出血处用肠线8字缝合后，即填塞纱条。此后血压逐渐回升，抢救获得成功。对宫缩乏力所致出血除用此法外，术后需静脉滴注催产素6～8h，使子宫较长时间保持收缩状态，以防再出血。

3.2 放置纱条时机及取纱条的时间

我院自1990年后，对前置胎盘及估计术中可能发生出血者均常规准备宫腔纱条，如术中用常规止血方法无效，出血达800～1000ml左右，产妇出现脉搏加快，提示机体处于代偿状态，此时行纱条填塞最适合。

纱条留置平均时间为25.86h，较韩飞英[6]报告的16.5h长，因部分病例是在凌晨急诊手术，故取纱条时间推迟至日间，日间各方面条件均较为有利，便于抢救；在使用有效抗生素的情况下，取纱条时间略延迟数小时，对产妇应无碍。但我们认为取纱条时间以20小时左右为宜，不宜太长，以免增加感染机会。本组发生术后病率为16.67%，与韩飞英[5]报告的18%相接近。

据韩飞英[5]报告33例行宫腔填塞纱条，其中1例取纱时阴道出血400ml，即行子宫切除，本组尚无类似情况发生。我们在取纱条前均先静滴宫缩剂，抽取纱条时缓慢向外牵拉，以免使子宫切口缝线断裂引起出血；取纱条后观察数分钟，无活动性出血方可取出窥阴器。

总之，该法是控制剖宫产术中大出血的最佳保守治疗，保留了子宫；此法简单易行，无需特殊设备，有止血迅速、可靠，对产妇无损害等优点。对血源紧张的基层医院更为适用。

参 考 文 献

1 Stander HJ, ed. Texbook of obstetrics. 3rd ed. New York; Appleton－Century－Crofts, 1945:1125
2 Anomalies of the third stage of labor. In:Eastman NJ, ed. Williams obstetrics. 10th ed.New York:-Appletom－Century Crofis, 1950:917
3 曹珍修，等.实用妇科与产科杂志 1990,6(1):27
4 Robert C.Maier, MD.Am J Obstet Gynecol, 1993,169:317
5 韩飞英.实用妇产科杂志 1994,10(4):199

(收稿日期 1997－04－01)

Control of heavy bleeding during cesarean section with uterine packing －Ananalysis of 42 cases.

Hu Peihua, et al.
Department of Gynecol. Obstetries, College of Clinical Meticine

Objective:It is often required to control heavy bleeding during cesarean section. The objective of this study is to evaluate whether uterine packing is a more easy and effective method than performing hysterectomy. Treatment:From January 1981 to March 1994 42 patients with heavy bleeding during cesarean section were treated with uterine packing.Major factors responsible for bleeding were uterine atony and placenta previa. The average blood loss was 1509.2ml. The mean time interval from packing to removal of the gauze was 25.86 hours. Results:The average blood loss from packing to removal pack was 165.29ml. After removal of gauze no postpartum hemorrhage recurred. Conclusion:Uterine packing is a simple and effective method for controlling of uterint bleeding during cesarean section.

KEY WORDS Postpartum hemorrhage; Uterine packing; Cesarean section