DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.01.023

剖腹产术后子宫切口裂开致晚期出血

张辨真 杨荣华 傅荣芳 李罗珍 李 力（第三附属医院 妇产科）

近10多年随着剖腹产率的明显增加，剖腹产术后晚期出血的病例时有报导[1-6]。我院自1981年元月至1985年12月共收治5例剖腹产术后晚期出血的病人，均系子宫切口裂开所致，其中2例系外院转入，其余3例占同期剖腹产总数的0.53%（3/588），较国内焦书竹报告的0.1%为高[6]。我院自1960年元月至1985年12月共作子宫下段横切口剖腹产2280例，发生子宫切口裂开致术后晚期出血者仅此3例，为总剖腹产的0.13%。兹将有关问题分析报导，并提出防治意见，共同道参考。

材料与分析

5例患者年龄为23～31岁，首次剖腹产者3例，再次剖腹产者2例；5例术式均为子宫下段横切口剖腹产，其中2例系腹膜外；切口缝合除1例记载不详外，余4例均为1号铬制肠线单层全肌层连续扣锁式缝合。术时子宫切口侧角撕伤出血反复缝合者2例，子宫收缩乏力者2例，另1例经过平顺。术后首次出血发生时间，最早为第13天，最晚为第66天，平均为第24.8天；反复出血3～5次，出血量1200～3000⁺ml。均伴有不同程度的休克。其中1例反复出血5次，每次出血来势极为凶猛，末次出血陷入深度休克，曾于第3次出血在他院作过诊断性刮宫，仅刮出少许的坏死胎盘组织，出血未能控制。在再次剖腹探查时，发现子宫穿孔，并有肠系膜多处损伤。5例均因大出血不能控制作了剖腹探查术，证实为子宫切口部分或全部裂开，伴有组织坏死感染，但膀胱反折腹膜愈合良好，腹腔无积血。术前后输血量平均为1300ml，最多1例为5100ml。4例作了子宫全切术（其中2例因子宫次全切除不能控制出血而改作全切术），1例作了子宫次全切除术。5例中仅1例术前作过诊断性刮宫，探查时发现子宫穿孔，伴肠系膜多处损伤并修补，因子宫次全切除不能控制出血改作全切术，该病人术后第9日发生输尿管阴道瘘，保守治愈，术后第26日又发生粘连性肠梗阻，作了回肠切除端端吻合术外，均经大量抗生素、支持疗法痊愈出院。平均住院28天，最长者达66天。

讨 论

本症为剖腹产严重的并发症之一，常来势凶猛，如抢救不力，严重地威胁产妇的生命，应引起妇产科工作者的高度重视。

一、关于病因

复习有关文献及本文5例情况，我们认为尽管由于宫颈部位的解剖特征（纤维组织与肌细胞的比例及子宫血管分枝供血的走行），构成了切口愈合的不利条件[2]，但这不是切口部位组织坏死的主要原因，也就是说子宫下段横切口的病人，术后切口裂开导致晚期产后出血，不属于术式问题。因为子宫下段横切口剖腹产是近30多年来被临床广泛采用的术式，而发生此严重并发症多在70年代以后。因之，我们认为止血、缝合、切口侧角撕伤，以及子宫切口过低等技术操作是造成切口部位供血障碍，以致组织缺血、坏死，继发感染，裂开导致晚期产后大出血。

二、关于诊断

对于剖腹产术后反复大出血，自然停止，而不伴其他症状者应从速作出子宫切口愈合不良或裂开的诊断，不宜进行子宫引术，不仅没有必要，而且是很危险的，前面所叙述的一例造成的严重结果就足以说明问题。

三、关于处理

1．剖腹产术后晚期大出血绝大部分是由切口愈合不良或裂开所致，纱布填塞止血是有害无益的。对于一次少量出血者，可以

（下转第74页）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

理补充含微量元素丰富易于吸收利用的营养食品对保证小儿健康成长将起到积极作用。

参 考 文 献

1. 盛士骏。人发微量元素分析及其应用。北京：群众出版社，1982：3～33
2. 周葆初，等。人发中铜、锌、锰、铁的原子吸收光谱法测定。哈医大学报 1982；16：54
3. 陶 甄，等。用头发作为生物样品分析人体微量元素的含量。劳动与环境医学1981；1：40
4. 孔祥瑞。必需微量元素的营养。《生理及临床意义》，安徽科学技术出版社，1982：199
5. Laker MR. on determining trace elemcnt levers in man: The uses of blood and hair. Lancet 1982; 31:260

（上接69页）

在严密观察下先进行保守治疗（抗感染、宫缩剂及止血剂）。

2．对反复大出血者，除应给予补充血容量及大量抗生素外，应立即进行剖腹探查。如术时发现子宫切口裂开，应根据情况作子宫全切或次全切除术。

3．至于在感染的情况下作修补术，除非极特殊的情况（婴儿已死或患者坚决要求）不宜采用[6]。国内曾报告一例作了修补术，术后发生感染，大出血休克，最后还是作了子宫切除术。

4．如有明显的临床感染，出血不多，一方面控制感染，同时改善患者全身情况，并作好术前准备，如发生出血不能控制时，仍应立即进行剖腹探查术。

四、关于技术操作

1．剖腹产子宫切口应够大，避免撕伤，且切口不宜过低，以免影响愈合和感染。我们认为子宫切口以钝性分离较切开好。至于切口缝合，自60年代以来，我们一直用1号铬制肠线单层全肌层连续扣锁缝合，我们认为止血好，自两角分别向正中缝合，中间打结，可以避免线结过大、过多，影响愈合，认为值得推广。

2．认真、准确、仔细的止血，避免盲目的反复地大块缝合，亦是防止此并发症的关键。对于腹膜外剖腹产应仔细地分离、止血，避免血肿形成，影响切口愈合。

参 考 文 献

1. 中华医学会上海分会妇产科学会。剖腹产专题讨论纪要。上海医学 1982；5(12)：734
2. 邵敬宇、王淑贞。剖腹产术后子宫裂开致晚期产后流血。中华妇产科杂志1983；1(18)：43
3. 中华医学会成都分会妇产科学会。剖腹产术后感染性大出血。中华妇产科杂志1983；1(18)：53
4. 中华医学会北京妇产科学会。剖腹产后晚期出血讨论纪要。北京医学 1983；5(4)：244
5. 司徒亮、熊昌碧。晚期产后出血。实用妇产科杂志 1985；1：10
6. 焦书竹、冷振风。剖腹产严重并发症。中华妇产科杂志 1986；4：(21)：205

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net