

宫腔填塞纱条治疗剖宫产术中 大出血 18 例临床分析

邵惠芬¹ 沈连珍² 魏珊²

(1 浙江省湖州市妇幼保健院 湖州 313013; 2 浙江省湖州市练市医院 湖州 313013)

关键词: 产后出血; 宫腔填塞; 剖宫产术中; 临床分析

中图分类号: R 714.461

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)02-0060-01

产后出血是产科严重的并发症,特别是剖宫产术中 大出血,严重者可导致产妇死亡。为挽救产妇生命而采取子宫 切除术,对产妇精神及身体造成极大的伤害。我院自 1998 年 始应用宫腔填塞纱条控制剖宫产术中严重出血 18 例,均取 得满意效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 1998 年 1 月~2005 年 6 月剖宫产术中 大出血 18 例,18 例中初产妇 12 例,经产妇 6 例,平均年龄 27 岁。剖宫产指征中,妊高征 6 例,头盆不称 5 例,前置胎盘 3 例, 双胎 2 例,瘢痕子宫 2 例,胎儿窘迫 1 例。手术采用连续硬膜 外麻醉。手术方法均为子宫下段剖宫产术。18 例术中 大出血, 术中出血最少 800mL,最多 2 500mL,经大剂量宫缩剂和物 理刺激方法促宫缩处理无效,给予宫腔填塞纱条处理取得满 意效果。

1.2 填塞方法 特制的纱条长 2cm,宽 8cm,厚 4 层,消毒备 用。填塞时,将纱条一端从子宫切口放置宫底,来回折叠填塞 宫腔,不留空隙,将纱条末端从子宫切口往下放置宫颈外口 处,如宫腔较大,一条纱条不够,可再取另一条,一端同前一 条纱条,另一端同时从子宫切口往下放置宫颈外口处。然后 常规缝合子宫肌层,关闭腹腔。术后观察脉搏、血压、心率、呼 吸、阴道流血量、子宫高度,同时静脉滴注广谱抗生素,腹部 加压沙袋,应用宫缩剂,并保持外阴清洁。24~48h 后,将病人 送入手术室,在取纱条前 30min,常规给予 5%葡萄糖 500mL 加入催产素 20U 静滴,或加用米索前列醇 0.4mg 口服或肛 门放置,常规外阴消毒后,缓慢抽出。

5d。口服伊曲康唑胶囊 200mg,饭后即服,1d 1 次,共 7d,配偶 同时服用。

1.4 观察方法 治疗期间禁性生活,不用其他方法治疗,疗 程结束后 1 周及随后 2 次月经后 3~7d 行妇科检查及阴道分 泌物镜检。

2 疗效观察

2.1 临床疗效判定 痊愈:症状、体征消失,镜检念珠菌阴 性;显效:症状、体征减轻,镜检阴性;无效:症状、体征无好 转,镜检念珠菌阳性。总有效率为痊愈+显效。

2.2 结果 1 个疗程后,48 例患者治愈 40 例占 83.33%,显 效 6 例占 12.50%,无效 2 例占 4.17%,总有效率 95.83%。

2.3 副反应 有 2 例觉外阴轻微烧灼感,3 例偶有恶心,副 反应发生率为 10.42%。

3 讨论

聚维酮碘是以聚乙烯吡咯烷酮(PVP)为载体,经反应生 成的聚维酮碘复合物,性质稳定,能逐步释放出碘而发挥抗

1.3 结果 18 例均顺利取出纱条而未再继续出血,未发生 高热,未发生感染,腹部切口甲级愈合,无晚期产后出血,产 后 42d 复查子宫复旧良好。

2 讨论

剖宫产术中出血是剖宫产术中最严重且重要的并发症, 应予重视^[1]。治疗措施是否及时恰当,关系着产妇的生命和身 心健康。宫腔填塞纱条术是一种能达到止血目的,从而减少 了因产后出血而需行子宫切除术的方法。其作用刺激子宫体 感受器,通过大脑皮质激发子宫收缩,同时纱布可压迫胎盘 剥离面止血^[2]。根据本文 18 例观察,宫腔填塞纱条后未发生 大出血及感染,对产后患者保留机能有一定意义。

子宫收缩乏力引起的产后出血是重要的适应证,如产程 延长的产妇,巨大儿、双胎所致的子宫过度膨胀,妊高征产前 大量解痉剂的应用,前置胎盘等都会使子宫肌在胎儿、胎盘 娩出后缩复不良,血窦不能关闭,出血量多,速度快,用宫缩 剂及其它方法不能奏效时,应用纱条填塞宫腔,可起到压迫 作用,促血窦关闭,达到快速止血的好效果。尤其是前置胎 盘,由于胎盘附着于子宫下段,剥离后子宫下段收缩差,剥离 面弥漫渗血无法缝扎,局部填塞压迫,既方便又快捷,可以阻 止继续出血。

对于宫腔填塞纱条的时间、操作要领、抽出时间是保证 手术成功的关键。在手术中估计出血量达 800mL,积极采取 各种止血措施后,在无效情况下,立即给以宫腔填塞纱条,操 作过程中必须填塞紧密,不让宫腔留死腔,关闭宫腔时注意 勿缝住纱条。术后腹部压置沙袋,有效大剂量(下转第 71 页)

菌作用,对细菌、病毒、真菌、原虫和芽胞均有效,其特点是对 组织刺激性小。伊曲康唑是一种合成的广谱抗真菌药,为三 氮唑衍生物,可抑制真菌细胞的主要成分之一麦角甾醇的合 成而发挥抗菌效应,口服吸收良好,饭后服用吸收较好,在阴 道组织内浓度高,对念珠菌性阴道炎的治疗有效率高,副反 应少。

引起阴道炎的念珠菌除存在于女性阴道黏膜外,还存 在于口腔、肠道黏膜,这三个部位的念珠菌常相互感染^[3]。同时, 念珠菌还可存在于配偶的生殖道中,借助于性交传播,故女 性患者若只注重阴道局部治疗,极易引起阴道炎的复发。本 院采用伊曲康唑口服及聚维酮碘液局部应用,同时给予配偶 相应的治疗,临床效果显著,治疗彻底,复发率低,不良反 应少,疗程短,患者易于接受,值得临床应用。

参考文献

[1]董悦. 复发性念珠菌外阴阴道炎的诊治[J].实用妇产科杂志,2000, 16(4):175

(收稿日期: 2006-08-19)

1 资料与方法

1.1 研究对象 病例均来源于我院肝病科 2005 年 6 月~2006 年 6 月住院的慢性重型肝炎合并医院感染的患者共 30 例,其中男性 23 例,女性 7 例;慢性乙型肝炎 27 例,丙型肝炎 2 例,酒精性肝病 1 例;平均年龄 43.5 岁;其中腹腔感染 10 例,呼吸道感染 8 例,泌尿系感染 3 例,肠道感染 4 例,SIRS 和脓毒症 5 例,其中 4 例导致感染性休克。细菌培养结果示:革兰阳性(G⁺)菌 5 例,革兰阴性(G⁻)菌 19 例,病原不明 6 例;对照组来源于本院健康体检者,男 20 例,女 10 例,平均年龄 35.5 岁,经血生化、血常规等检查均正常,且 1 周内无发现感染。

1.2 诊断标准 慢性重型肝炎的诊断根据 2000 年全国传染病寄生虫病学术会议修订的标准^[1],医院感染的诊断依据参照实用医院感染管理手册的诊断标准^[2]。

1.3 标本采集 患者出现感染症状时及感染控制后立即采集患者血清标本检测 C 反应蛋白、白细胞计数及分类,同时采肘静脉血 2mL,分离血清样品置 -20℃ 保存备用,统一检测血清前降钙素,同期健康体检者采血清作为对照组。

1.4 检测方法 PCT 的检测采用金标法,试纸由德国柏林 BRAHMS diagnostica 公司生产,上海科尔生物科技有限公司提供。C-反应蛋白(CRP)的检测采用散色比浊法,试剂由美国 Behring 公司生产,在 BN100 特定蛋白分析仪上进行。白细胞计数及分类用 SysmexXE-2100 全细胞计数仪检测。

1.5 统计方法 计量资料以均数±标准差表示,2 组及组间均数间采用 *t* 检验。

2 结果

2.1 2 组及不同时期血清 CRP、WBC 及 PCT 的变化 见表 1。

表 1 CRP、WBC 及 PCT 的变化 ($\bar{X} \pm S$)

	<i>n</i>	PCT/ng·mL ⁻¹	CRP/mg·L ⁻¹	WBC/× 10 ⁹ ·L ⁻¹
健康体检者	30	0.08±0.04	2.11±1.01	7.33±3.87
感染发生时	30	9.44±4.23*	15.85±7.21*	10.22±4.31 [☆]
感染控制后	20	0.06±0.28 ^{△#}	2.95±1.61 ^{△#}	6.85±3.31 ^{△#}

注:与健康体检者相比,**P*<0.01,☆*P*<0.05,[#]*P*>0.05;与感染发生时相比,[△]*P*<0.01。

从上表可知,发生院内感染后血 CRP、WBC 及 PCT 均明显高于健康体检人群,感染控制后各项指标均明显下降。

2.2 存活组与未愈组中 PCT、CRP、WBC 水平的比较 见表 2。

表 2 存活组与未愈组中 PCT、CRP、WBC 水平的比较 ($\bar{X} \pm S$)

	<i>n</i>	PCT/ng·mL ⁻¹	CRP/mg·L ⁻¹	WBC/× 10 ⁹ ·L ⁻¹
存活组	20	5.41±2.53	13.49±6.87	8.74±4.31
未愈组	10	17.40±9.98*	14.45±11.75 [△]	8.85±6.87 [△]

注:与存活组相比较,**P*<0.01,[△]*P*>0.05。

(上接第 60 页)地应用抗生素,常规每日应用缩宫素,严密观察生命体征变化,记录宫底高度,防隐性出血的发生。在取纱条前静脉滴注缩宫素,做好备血准备。抽出纱条时,动作需轻柔缓慢,以免宫腔内机械性压迫突然去除后引起再度出血。另外,纱条在填塞前用碘伏液浸湿后拧干,更有效地预防感染。本文病例宫腔填塞纱条最长时间 40.5h,未发生 1 例再次出血及感染,产后随访子宫复旧良好。

从上表可以看出,存活组与未愈组(包括死亡)比较,2 组间的 PCT 水平有着显著性差异;而 CRP 和 WBC 均没有显著性意义。

3 讨论

PCT 是降钙素前肽,由 116 个氨基酸组成,分子量为 13kDa,半衰期为 25~30h,PCT 由甲状腺 C 细胞产生,还可能在甲状腺以外的部位,如肝、肺内的神经内分泌细胞等生成^[3]。正常人血清 PCT 含量极微(<0.1μg/L)。与血清炎症因子、介质一样,在全身或局部严重感染时 PCT 会发生明显变化,有研究发现在外周血单核细胞中也存在 PCT 表达,其 mRNA 及蛋白水平同时增高,脂多糖(LPS)和多种致炎细胞因子(IL-1β、IL-6、TNF-α 等)能刺激 PCTmRNA 表达^[4]。

近年来有研究表明,在细菌感染和非细菌感染的鉴别诊断方面,PCT 是一个特异性和敏感性较好的指标。根据美国胸科医师协会/危重病医学会联席会议推荐标准,PCT 对评定炎症水平特异性较强,而 TNF-α 和 CRP 则无预警意义。

慢性重型肝炎患者由于肝细胞广泛坏死,肝内单核巨噬系统受损,巨噬细胞黏附功能明显降低,容易发生细菌感染或感染扩散。周仲辉等研究发现,重症肝炎并发医院感染的发生率达 48.42%^[5]。本文统计资料表明,慢性重型肝炎患者并发医院感染初始时,PCT 水平常显著增高,且其增高程度与感染的严重程度呈正相关,经有效抗生素治疗后,PCT 浓度明显下降。而目前临床常用的 CRP、WBC、体温等则不能早期预测慢性重症肝炎并发院内感染的发生及病情的严重程度。

综上所述我们认为血清 PCT 测定特异性好、操作简便、速度快,且血清中 PCT 非常稳定,不易被降解,因而容易被检测,常规动态检测 PCT 有助于早期诊断慢性重症肝炎并发院内感染,反映院内感染的严重程度,有助于合理应用抗生素并及时选择正确的治疗方案,在临床和科研方面值得进一步研究和推广。

参考文献

- [1]中华医学会传染病与寄生虫病学分会,肝病学会.病毒性肝炎防治方案[J].中华肝病杂志,2000,8(6):324~329
- [2]医院感染诊断标准[S].北京:中华人民共和国卫生部,2001.2
- [3]张瑾,赵诸慧.感染患儿血清前降钙素水平的变化[J].国外医学·儿科学分册,2000,27(1):7~9
- [4]Whang KT, Vath SD, Becker KL, et al. procalcitonin and proinflammatory cytokine interactions in sepsis [J]. Shock, 2000, 14(1): 73~78
- [5]周仲辉,常茂华,李健,等.429 例重症肝炎患者医院感染的调查分析[J].西部医学,2005, 17(4): 303

(收稿日期:2006-08-03)

宫腔填塞纱条术,方法简单,容易掌握,止血速度快,为患者保留正常的生理及生育机能,更宜在基层医院使用。

参考文献

- [1]王谢桐,刘新民.剖宫产术中的防治[J].中国实用妇科与产科杂志, 2003, 19(7): 389
- [2]曹泽毅.中华妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,1999.802

(收稿日期:2006-06-02)