

产科急诊子宫切除术的临床分析

朱小玲 吴沛琴

(江西省乐平市妇幼保健院 乐平 333300)

摘要:目的:探讨产科急诊子宫切除术的原因及应用价值。方法:采用回顾性资料分析方法,对我院 2000 年 1 月~2008 年 12 月 8 年中因产后出血行子宫切除术患者 14 例的临床资料进行分析。结果:14 例均为产后出血伴失血性休克经保守治疗无效的患者,其中 6 例为经阴道分娩,8 例为剖宫产手术分娩。急诊子宫切除原因依次为胎盘植入(7 例)、宫缩乏力(3 例)、妊高征合并 DIC(2 例)、子宫破裂(1 例)、胎盘附着于子宫角部(1 例),出血量 1 400~3 850mL,平均 2 080mL。12 例患者行急诊子宫切除术后痊愈出院,2 例患者因抢救无效死亡。结论:产科急诊子宫切除术是治疗急性产科大出血的有效措施之一,胎盘因素是造成产后行子宫切除的主要原因。

关键词:产后出血;子宫切除术;急诊

中图分类号:R 713.42

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)05-0066-02

产科急诊子宫切除术是治疗产科大出血、抢救孕产妇生命的一项措施和手段^[1]。为探讨产科急诊子宫切除术在抢救危重症产科大出血中的应用价值,现对我院近 8 年来收治的经保守治疗不能控制的产科大出血患者的临床资料进行分析,并探讨产科急诊子宫切除术的相关因素。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 我院产科 2000 年 1 月~2008 年 12 月共收治孕产妇 24 234 例,其中因产科出血行子宫切除术患者 14 例,发生率为 0.578%。14 例子宫切除术患者中,经产妇 11 例,初产妇 3 例;年龄 22~36 岁,平均 29 岁;孕 1 次 1 例,孕 2 次 4 例,孕 3 次 3 例,孕 4 次及以上 6 例;孕周 28~40 周,平均 36 周;分娩方式:剖宫产 8 例(其中 2 次剖宫产 6 例,3 次剖宫产 1 例),阴道分娩 6 例。

1.2 手术指征 胎盘植入 7 例,占 50.00%;宫缩乏力 3 例,占 21.43%;妊高征合并 DIC 2 例,占 14.28%;子宫破裂 1 例,占 7.14%;胎盘附着于子宫角部 1 例,占 7.14%。

1.3 诊断标准 DIC 诊断:采用 1987 年中华血液学会提出的 DIC 诊断标准(修正案)^[2]。胎盘早剥:胎盘检查有压迹,胎盘病理报告为子宫卒中,胎盘粘连的诊断以术后胎盘病理报告为依据。产科出血量计算:以临床常用的容量法+目测法综合计算。

1.4 分娩方式及婴儿存活情况 剖宫产子宫切除 8 例,阴道分娩 6 例;共娩活婴 12 例,2 例围产儿死亡(胎龄 <28 周 1 例,胎盘早剥 1 例)。

1.5 手术方式 子宫全切 4 例(用于植入胎盘、子宫破裂累及宫颈),子宫次全切除 10 例。术中出血量 300~1 200mL,7 例出血量 >1 000mL,占 50%。所有病例均采用了按摩子宫、注射足量宫缩剂、止血剂等止血措施,部分病例应用纱布填塞、结扎子宫动脉等方法;仍无法控制出血则行子宫切除术。

1.6 并发症 14 例患者均发生了一项及以上的并

发症,2 例 DIC 患者经抢救无效死亡。主要并发症有 DIC、继发性贫血、急性肾功能衰竭、盆腔血肿、切口感染等。

2 讨论

1876 年 porr's 首先提出古典剖腹产加子宫切除术以治疗和预防严重的子宫出血,在过去的 100 多年历史中,虽然医学的发展突飞猛进,但对难以控制的产科出血、此手术仍有其不可替代的实用价值。随后的文献也一致认为产科子宫切除是治疗产科重症大出血,挽救产妇生命的一项重要措施^[3,4]。对于产后宫缩乏力、胎盘早剥等所致的子宫大面积出血,经抢救后病情继续加重,且无充足血源供给和急诊子宫动脉栓塞的条件下,应果断行子宫切除术。近年来,国内外产科子宫切除术的发生率在 0.027%~0.300%之间^[4]。本组资料产科子宫切除发生率为 0.578%,与文献报道相符。本组 14 例患者中 8 例由农村基层医院转入,由于农村高龄产妇及多胎妊娠的情况较普遍,基层医疗单位产前检查不规范,对于妊娠期并发症(妊娠期高血压、妊娠期糖尿病)认识不充分,致胎盘早剥、DIC 发生率高,使子宫切除的机会增加。另外,个别基层医疗单位接生技术不规范及滥用缩宫素,造成子宫破裂是子宫切除的另一个重要原因,本组 1 例子宫破裂的患者为疤痕子宫、头盆不称,入院前在基层医务室使用了大剂量缩宫素,且缺乏严密的监护。本组资料分析的结果显示胎盘植入是急诊子宫切除的主要原因,且前次分娩方式为剖宫产的患者子宫切除的发生率高于阴道分娩者,与文献报道一致^[5]。为了减少和避免产科急诊子宫切除术的发生,结合我们的经验教训,应注意做好以下几方面的预防工作:(1)进一步提高围产期保健质量,加强高危妊娠和外来孕产妇管理,做好妊娠中、晚期并发症的防治工作。临产后应加强产程观察,防止产程过长,对高危妊娠做到早期诊断、及时治疗。(2)正确掌握剖宫产指征与剖

针灸治疗产后尿潴留 62 例

黎群¹ 黄嵘²

(1 江西省黎川县人民医院 黎川 344600; 2 江西省血液中心 南昌 330077)

关键词: 产后尿潴留; 针灸疗法

中图分类号: R 714.64

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)05-0067-01

产后尿潴留是指产妇在产后 6~8h 不能排尿, 子宫底高达脐以上水平或在子宫前方扪及囊块者。笔者于 1998 年 1 月~2007 年 12 月采用针加灸相结合的方法治疗产后尿潴留 62 例, 疗效满意。现介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 62 例均系我院诊治, 其中年龄最小 22 岁, 最大 31 岁; 1 胎 1 产 49 例, 2 胎 2 产 12 例, 3 胎 3 产 1 例; 病程最长 7d, 最短 1d; 正常分娩者 12 例, 第 2 产程延长者 45 例, 剖宫产 5 例。全部病例针灸前均经腹部热敷、温生理盐水冲洗外阴、注射新斯的明、导尿等方法治疗无效。

1.2 治疗方法 主穴: 气海、关元、中极, 配穴: 足三里、三阴交。每次治疗主穴必选, 配穴随证选用, 病人均取仰卧位, 穴位常规消毒后采用毫针行补法, 针气海透关元、中极, 其针感要求放射至阴部, 留针 30min, 每 10 分钟行补法捻针 1 次, 辨证属肺脾气虚、肾阳不足者起针后加灸。施灸艾条距离穴位 3~5cm, 每穴每次灸治 5min, 使局部皮肤红润并有灼热感。以上穴位轮流施灸。足三里、三阴交针刺得气后接通 G6805 治疗仪, 中等刺激, 用连续波通电 30min。

1.3 疗效观察 62 例患者中, 针 1 次治愈者 48 例, 针 2 次治愈者 10 例, 针 3 次治愈者 2 例, 共治愈 60 例, 治愈率达 96.8%。

2 典型病例

2.1 例 1 张某, 女, 26 岁, 1998 年 5 月 10 日就诊。患者诉产后不能自行排尿 7d, 经用新斯的明、导尿、下腹部热敷、温生理盐水冲洗外阴等方法治疗无效。现查: 膀胱底平脐, 症见患者小腹胀急, 坐卧

不宁, 面色苍白, 少言懒语, 腰酸, 足心发凉, 舌质淡, 苔薄, 脉沉细。患者素体虚弱复因产时耗气伤血, 肺虚不能通调水道, 脾虚不能升提运气, 故而面色苍白, 少气懒言。命门火衰, 真阳不足, 传送失职, 故而足心发凉。今肺、脾、肾三脏俱虚, 导致三焦气化失常, 乃至尿闭。经针刺气海、关元、中极、足三里 30min, 起针后加艾灸, 灸至 10min 时, 小便即通。

2.2 例 2 李某, 女, 23 岁, 黎川县日峰镇居民, 2008 年 10 月 8 日就诊。患者诉产后 3d 阴道血肿, 小便不通, 经用抗炎热敷、导尿等法治疗无效, 故请中医会诊, 改用针灸治疗。诊时见, 阴道左侧壁擦伤, 伤口顶端可触及一手指粗硬块, 局部有肿胀感, 潮热盗汗, 食欲不振, 脉沉细数, 寸弱, 舌红苔黄。辨证认为, 阴道伤口肿胀, 使湿热内蕴, 因产前数月经常呕吐而致津液耗损, 脾胃虚弱, 食欲不振, 水谷不能化生精血, 久而阴虚, 则潮热盗汗。“无阴则阳无以化”, 阴血亏损, 阳气不足, 湿热内蕴阻滞气机, 致使膀胱气化不利, 故小便不通。针气海、关元、中极、三阴交、阴陵泉, 留针 30min, 不灸。针 1 次小便通而不畅, 第 2 天再针 1 次排尿顺畅而愈。

3 讨论

产后尿潴留为产后常见并发症, 主要是由于膀胱气化失职所致, 病因以脾肺气虚、肾阳不足者居多, 属湿热下注者甚少。气海穴系任脉经穴, 为强壮穴, 可温补下焦, 补肾气以通尿闭。关元穴为强壮穴, 系任脉与足三阴经交会穴, 小肠之募穴, 补肾阳, 专治小便不利。中极穴系膀胱经募穴, 为任脉之会, 专治脬不得尿。足三里为强壮穴, 健旺脾胃, 补肺气, 使水道通调。三阴交为脾经要穴, 可振奋脾气而通小便。5 穴配合, 疗效满意。

(收稿日期: 2009-02-16)

参考文献

- [1] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 1 224-1 230
- [2] 中华血液学会. 全国血栓与止血学术会议有关凝血疾病的诊断标准[J]. 中华血液病杂志, 1987, 13(3): 183
- [3] 车晓岚, 林英. 剖宫产子宫次全切 34 例临床分析[J]. 中国初级卫生保健, 2000, 14 (S): 158-159
- [4] 马水清, 边旭明, 郎景和. 产科临床中的子宫切除术[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2001, 17(1): 39
- [5] 梁月华, 李小敏. 围生期急诊子宫切除术 12 例分析[J]. 中国基层医药, 2004, 11(2): 173-174

(收稿日期: 2009-05-09)

官产时机。控制由于医源性因素及社会因素所导致的剖宫产率上升趋势, 努力降低剖宫产率, 不断提高剖宫产术质量, 以减少剖宫产术晚期出血的发生。(3) 严密观察产程, 正确掌握缩宫素使用指征及方法, 强调专人守护, 发现异常及时处理。(4) 提高基层产科的诊治水平对于进一步降低产后子宫切除的发生率和孕产妇死亡率有十分重要的意义。