

论著·临床研究 doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.22.023

## 手术干预控制 60 例瘢痕子宫再次剖宫产产后出血的疗效观察

蒲才秀,李秀泉<sup>△</sup>,黄婵,周玮,但阳

(重庆市妇幼保健院产科 400013)

**[摘要]** **目的** 探讨手术方式预防瘢痕子宫再次剖宫产产后出血的疗效。**方法** 选取瘢痕子宫再次剖宫产产妇 60 例(观察组)进行手术干预预防产后出血,与非瘢痕子宫产妇 108 例(对照组)进行对比,比较两组并发症的发生率及产后出血发生率。**结果** 观察组并发症的发生率和术中出血量明显高于对照组( $P<0.05$ ),通过术中手术方式干预处理后,两组产后出血发生率比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。**结论** 手术方式的干预能有效减少瘢痕子宫再次剖宫产产后出血,值得推广。

**[关键词]** 产后出血;剖宫产术,再;子宫;瘢痕;手术方式**[中图分类号]** R719.8**[文献标识码]** A**[文章编号]** 1671-8348(2016)22-3089-02

Efficacy of surgeries on controlling postpartum hemorrhage in 60 women with cesarean section uterus scar in subsequent pregnancy

Pu Caixiu, Li Xiuquan<sup>△</sup>, Huang Chan, Zhou Wei, Dan Yang

(Department of Obstetrics, Chongqing Health Center for Women and Children, Chongqing, 400013, China)

**[Abstract]** **Objective** To evaluate the efficiency of surgical procedure in preventing postpartum hemorrhage in patients with cesarean section uterus scar in subsequent pregnancy. **Methods** A total of 60 women with cesarean section uterus scar in subsequent pregnancy were selected to be the observation group, while 108 cesarean section primipara were selected to be the control group. The incidence of postpartum hemorrhage, bleeding amount during operation and the incidence of complications between the two groups were compared. **Results** The incidence of complications and bleeding amount during operation in observation group were significantly higher than those in control group( $P<0.05$ ). After interfered with surgical procedure, the incidence of postpartum hemorrhage in observation group was not significantly higher compared with control group( $P>0.05$ ). **Conclusion** Postpartum hemorrhage could be decreased with surgical procedure in women with cesarean section uterus scar in subsequent pregnancy, and the interference method in operation was valuable to spread.

**[Key words]** postpartum hemorrhage; cesarean section, repeat; uterus; cicatrix; surgical procedure

近年来,随着二胎政策的实行,瘢痕子宫孕妇再次剖宫产也相应增多,由此引发的如盆腹腔粘连、产后出血、前置胎盘、胎盘植入等相关问题增多,使手术难度加大,手术时间延长,甚至导致死亡。作者对瘢痕子宫再次剖宫产进行手术干预,有效控制了产后出血率,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2014 年 9 月至 2015 年 6 月本院收治的单胎剖宫产产妇 168 例。选择瘢痕子宫患者再次剖宫产产妇 60 例为观察组,年龄 22~42 岁,孕周 35<sup>+1</sup>~41<sup>+1</sup>周,再次妊娠距离上次剖宫产时间为 18 个月至 8 年;选择首次剖宫产产妇 108 例为对照组,年龄 21~38 岁,孕周 36<sup>+2</sup>~41<sup>+5</sup>周。两组产妇在年龄、孕周等一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。排除凝血功能障碍产妇。

## 1.2 方法

**1.2.1 干预方法** 两组产妇入院后均未进行试产,在腰硬联合麻醉下进行子宫下段横切口剖宫产术。观察组术中干预方式:(1)充分分离盆腔粘连,以便发生产后出血时将子宫提出腹外,利于止血和对子宫进行处置;(2)下推膀胱,以便对薄弱处的子宫肌层行手术加强处理,同时避免损伤膀胱;(3)子宫瘢痕薄弱处的加固缝合方式:①增加切口缝合处的边距;②薄弱处同心圆缝合,左右褥式缝合,上下褥式缝合。对照组产妇进行常规剖宫产术。两组产妇术中均缝合腹膜切口,皮肤切口采用

可吸收线皮内缝合。

**1.2.2 采集产后出血量** 术中采用容积法及称质量法。用吸引器收集术中失血量,于有刻度的采集瓶内测量,所用敷料术前、术后称质量,以净增质量折算出血量(1.05 g=1.00 mL);在产妇手术结束回病房之后,在其臀下铺垫统一标准的产褥垫,将被血液浸染的产褥垫称质量,算出实际出血量。

**1.2.3 观察指标** 按第 8 版《妇产科学》标准<sup>[1]</sup>,产后出血指胎儿娩出后 24 h 内失血量超过 500 mL,剖宫产时超过 1 000 mL。比较两组产妇产后出血发生率、术中出血量、术后 24 h 出血量,以及并发症发生率。

**1.3 统计学处理** 采用 SPSS17.0 统计学软件进行统计分析。计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用  $t$  检验;计数资料用率表示,组间采用  $\chi^2$  检验,检验水准  $\alpha=0.05$ ,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组剖宫产并发症发生情况** 观察组有 39 例(65.0%)存在盆腹腔粘连,其中有 8 例盆腹腔粘连严重,部分或全部子宫前壁与腹直肌呈肌性粘连;对照组有 3 例(2.8%)存在盆腹腔粘连。观察组有 42 例(70.0%)患者存在子宫下段薄弱或仅有一层浆膜覆盖,收缩差;对照组有 6 例(5.6%)存在子宫下段收缩差。观察组有 13 例(21.7%)是前置胎盘,对照组有 5 例(4.6%)是前置胎盘;观察组胎盘植入有 14 例(23.3%),对照

组 4 例(3.7%)。观察组瘢痕子宫再次剖宫产出现盆腹腔粘连、胎盘植入、前置胎盘、子宫下段收缩乏力的概率均明显高于对照组( $P < 0.05$ ),见表 1。

表 1 两组剖宫产并发症发生情况比较[n(%)]

组别	n	前置胎盘	胎盘植入	盆腹腔粘连	子宫下段收缩差
观察组	60	13(21.7)	14(23.3)	39(65.0)	42(70.0)
对照组	108	5(4.6)	4(3.7)	3(2.8)	6(5.6)
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组产后出血及术中、术后 24 h 平均出血量情况比较  
观察组术中出血量为(386.2±196.4)mL,对照组为(316.4±211.4)mL,两组术中出血量比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组产后 24 h 出血量(426.0±228.2)mL,对照组产后 24 h 出血量(376.0±239.5)mL,两组间比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。观察组有 3 例(5.0%)产后出血,对照组有 5 例(4.6%)产后出血,两组产后出血发生率差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表 2。

表 2 两组产妇术中出血量、产后 24 h 出血量、产后出血率比较

组别	n	术中出血量 ( $\bar{x} \pm s, \text{mL}$ )	术后 24 h 出血 ( $\bar{x} \pm s, \text{mL}$ )	产后出血例数 [n(%)]
观察组	60	386.2±196.4	426.0±228.2	3(5.0)
对照组	108	316.4±211.4	376.0±239.5	5(4.6)
P		<0.05	>0.05	>0.05

2.3 两组术后并发症情况 两组均无产妇死亡及子宫切除例数,随访两组术后均无长期发热、切口感染、晚期产后出血病例发生。

### 3 讨论

瘢痕子宫的常见原因有剖宫产术、子宫肌瘤剔除术、子宫畸形矫正术等,其中以剖宫产术最常见。瘢痕子宫者再次妊娠期及分娩时风险较大,新生儿转入新生儿重症监护(NICU)率也较高<sup>[2-4]</sup>。近年来,因为剖宫产手术的成功率和安全性不断提高,以及医患关系紧张等问题,对于瘢痕子宫再次妊娠时分娩方式的选择,临床选择再次剖宫产的比例仍较高<sup>[5]</sup>。报道称瘢痕子宫再次剖宫产的产后出血的发生率 12.28%~12.41%,明显高于首次行剖宫产者(6.57%~7.50%)<sup>[6]</sup>。产后出血是我国孕产妇死亡的第 1 位原因,怎样预防和治疗产后出血是临床医师最关注的问题。本研究统计的首次剖宫产的产后出血发生率为 4.6%,再次剖宫产的产后出血发生率为 5.0%,均小于之前的文献报道,可能与计算标准变化有关,我国第 8 版之前的《妇产科学》没有单独提出剖宫产的产后出血的计算标准。本研究发现再次剖宫产的产后出血发生率与初次剖宫产产后出血发生率差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),说明本研究采取的手术干预方式能显著降低再次剖宫产的产后出血发生率。

对于再次剖宫产术,进入腹腔后首先观察是否存在腹腔粘连,腹腔粘连也是瘢痕子宫产妇剖宫产术后出血的一项非常重要的原因。粘连的形成是多种因素共同作用的结果,其中炎

症、出血、血肿机化、机械性损伤占重要地位;术中分离腹直肌时肌纤维损伤、出血,术中脱落的纤维、滑石粉、手术缝线等引起不同程度的异物反应及腹膜刺激引起的炎症反应均是形成粘连的因素<sup>[7]</sup>。在本研究中,观察组盆腹腔粘连发生率为 65.0%,显著高于对照组(2.8%)。产妇剖宫产术后盆腹腔粘连的程度取决于自身的体质、术者的缝合方式、熟练程度及手术时间等。目前,针对盆腹腔粘连的产妇没有特别好的解决方法。初次剖宫产或子宫手术时尽量减少手术创伤,采用整齐的缝合方式、使用预防粘连的材料和药物等能够减少盆腹腔粘连的发生<sup>[8]</sup>。对于有盆腔粘连的瘢痕子宫产妇再次剖宫产时应尽量充分分离粘连,充分分离子宫与壁层腹膜、肠管的粘连,便于在发生产后出血时将子宫提出腹外,压迫止血和对子宫进行处理(如子宫捆绑术或子宫切除等)。反之,在发生产后出血时,如无法将子宫提出腹外,不仅不利于子宫止血的处置,而且可能在慌忙手术止血中发生脏器损伤,将影响对子宫的处置,严重危及产妇的生命安全。

再次剖宫产术中预防子宫收缩乏力极为重要<sup>[9]</sup>。在本研究中,60 例瘢痕子宫产妇,术中发现有 42 例存在子宫下段薄弱收缩乏力;而产后出血的 3 例中有 2 例是子宫收缩乏力引起。由于前次剖宫产造成子宫瘢痕形成,瘢痕处的子宫肌纤维的弹性和缩复能力降低,引起术后宫缩乏力尤其是子宫下段收缩差,从而导致产后出血。瘢痕子宫再次剖宫产术中失血量高于对照组( $P < 0.05$ ),但经手术加固缝合子宫下段薄弱处后加强了术后子宫收缩,使其术后 24 h 失血量与对照组差别不大。因此,对于瘢痕子宫再次行剖宫产术时,要时刻观察患者子宫下段厚度及收缩情况,一旦出现宫缩乏力的情况,除了药物(包括缩宫素、卡前列素氨丁三醇等)积极促进子宫收缩使用之外,应注意局部子宫下段薄弱处的加固缝合术。在这步之前下推膀胱是非常重要的,在胎儿娩出前,子宫下段有张力的情况下进行下推膀胱,便于下推膀胱的手术操作。下推膀胱,可充分暴露术野,避免在手术止血过程中对膀胱的损伤,便于子宫下段的加强缝合,特别是子宫下段薄弱蝉翼、胎儿毛发在浆膜下漂浮者。当然,对于子宫下段厚度较好,无粘连者,可以不下推膀胱。下推膀胱后的加强缝合方式选择:对于充分暴露的子宫下段可采取同心圆缝合、左右褥式缝合、上下褥式缝合,使得子宫下段增厚、收缩变强。恢复正常膀胱解剖位置或盆腔解剖结构,恢复子宫下段浆膜层的解剖结构,对预防产后出血也有不可忽视的作用。同时,医生应该熟练掌握和应用缝合技术,在减少缝合时间的同时尽量保证创口对合整齐,减少术后子宫瘢痕的形成,从而减少产妇再次妊娠剖宫产后出血及并发症发生。

综上所述,瘢痕子宫再次剖宫产者并发症发生率较高,提倡、鼓励初产妇阴道分娩,避免没有手术指针的剖宫产。对于再次剖宫产时应积极做好术中手术干预预防产后出血,充分分离粘连、下推膀胱、加固子宫下段缝合,以减少再次剖宫产产后出血的发生。作者所提倡的手术方式还有待进一步改进,针对术中具体情况采用相应的手术方式,如对于子宫收缩乏力所采用的子宫压迫缝合术<sup>[10]</sup>,针对宫颈管内出血采用的宫颈提拉式缝合技术<sup>[11]</sup>及针对子宫下段出血的改良式宫颈环扎术等<sup>[12]</sup>。

- [12] Tonkon M, Awan N, Niazi I, et al. A study of the efficacy and safety of irbesartan in combination with conventional therapy, including ACE inhibitors, in heart failure. Irbesartan Heart Failure Group[J]. Int J Clin Pract, 2000, 54(1):11-14, 16-18.
- [13] Murdoch DR, Mcdonagh TA, Farmer R, et al. ADEPT: addition of the AT1 receptor antagonist eprosartan to ACE inhibitor therapy in chronic heart failure trial: hemodynamic and neurohormonal effects [J]. Am Heart J, 2001, 141(5):800-807.
- [14] Hamroff G, Katz SD, Mancini D, et al. Addition of angiotensin II receptor blockade to maximal angiotensin-converting enzyme inhibition improves exercise capacity in patients with severe congestive heart failure[J]. Circulation, 1999, 99(8):990-992.
- [15] Baruch L, Anand I, Cohen IS, et al. Augmented short- and long-term hemodynamic and hormonal effects of an angiotensin receptor blocker added to angiotensin converting enzyme inhibitor therapy in patients with heart failure [J]. Circulation, 1999, 99(20):2658-2664.
- [16] Yasumura Y, Miyatake K, Okamoto H, et al. Rationale for the use of combination angiotensin-converting enzyme inhibitor and angiotensin II receptor blocker therapy in heart failure[J]. Circ J, 2004, 68(4):361-366.
- [17] 俞凯. 缬沙坦联合依那普利治疗充血性心力衰竭的临床疗效观察[J]. 淮海医药, 2006, 24(5):367-368.
- [18] 周月明, 田毅, 程一锋. 缬沙坦联合依那普利治疗充血性心力衰竭疗效观察[J]. 中国医院药学杂志, 2006, 26(1):63-64.
- [19] Mcdonald JE, Padmanabhan N, Petrie MC, et al. Vasoconstrictor effect of the angiotensin-converting enzyme-resistant, chymase-specific substrate [Pro (11) (D)-Ala (12)] angiotensin I in human dorsal hand veins: in vivo demonstration of non-ace production of angiotensin II in humans[J]. Circulation, 2001, 104(15):1805-1808.
- [20] Arnold JM, Yusuf S, Young J, et al. Prevention of heart failure in patients in the heart outcomes prevention evaluation (HOPE) study[J]. Circulation, 2003, 107(9):1284-1290.
- [21] 王新, 郑波波. ACEI 联合 ARB 治疗慢性心力衰竭的 Meta 分析[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2011, 3(5):336-343.
- [22] Kuenzli A, Bucher HC, Anand I, et al. Meta analysis of combined therapy with angiotensin receptor antagonists versus ACEI alone in patients with heart failure[J]. PLoS One, 2010, 5(4):9940-9946.

(收稿日期:2016-03-29 修回日期:2016-05-17)

(上接第 3090 页)

## 参考文献

- [1] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社, 2013:211-215.
- [2] 韩一栩, 刘玉珠. 瘢痕子宫二次妊娠剖宫产术后并发症发生情况分析[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(20):3246-3248.
- [3] 陈磊, 刘辉, 谢业丽, 等. 753 例再次剖宫产病例的临床分析[J]. 重庆医学, 2014, 43(25):3341-3342.
- [4] Cho GJ, Kim LY, Min KJ, et al. Prior cesarean section is associated with increased preeclampsia risk in a subsequent pregnancy[J]. BMC, 2015, 15(1):24.
- [5] Homer CS, Besley K, Bell J, et al. Does continuity of care impact decision making in the next birth after a caesarean section (VBAC)? A randomised controlled trial[J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2013, 13(8):140.
- [6] 余琳, 陈敦金. 产后出血高危预警及防范[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2014, 30(4):251-254.
- [7] 付燕燕, 梁新芳, 张永红. 新式剖宫产对再次妊娠及再次剖宫产的影响[J]. 中国妇幼保健, 2006, 21(17):2361-2362.
- [8] 中华医学会妇产科学分会. 预防妇产科手术后盆腹腔粘连的中国专家共识(2015)[J]. 中华妇产科杂志, 2015, 50(6):401-405.
- [9] 孙丽洲, 杨娜娜, 刘丽萍. 阴道分娩及剖宫产产后出血预警及防范[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2014, 30(4):259-262.
- [10] 应豪. 子宫压迫缝合术:过去、现在和将来[J]. 国际妇产科学杂志, 2011, 38(5):375-377, 389.
- [11] 邓黎, 常青, 徐惠成, 等. 宫颈提拉式缝合在前置胎盘剖宫产术宫颈管出血中应用效果观察[J]. 实用妇产科杂志, 2014, 30(4):281-283.
- [12] 吴晓娟, 严园, 周晓. 改良式宫颈环扎术治疗前置胎盘子宫下段出血的临床研究[J]. 重庆医学, 2015, 44(17):2374-2375, 2378.

(收稿日期:2016-02-14 修回日期:2016-04-22)

## 《重庆医学》开通微信公众平台

《重庆医学》已开通微信公众平台(微信号:ChongqingMedicine),《重庆医学》将以微信平台渠道向广大读者发送终审会动态报道、各期杂志目录、主编推荐文章、学术会议、《重庆医学》最新资讯等消息。欢迎广大读者免费订阅。读者可以点击手机微信右上角的“+”,在“添加朋友”中输入微信号“Chongqing Medicine”,或在“添加朋友”中的“查找公众号”一栏输入“重庆医学”,添加关注。