

肌,促进宫颈扩张,而对子宫平滑肌则有收缩作用,后者使宫颈在胎先露的压迫下,产生一种机械性扩张;③增加子宫肌细胞间缝隙连接结构的数量,提高子宫对催产素的敏感性^[3]。

大量的临床试验证明, PGE₂ 是一种有效的促宫颈成熟和引产药物,使用方便,安全性可靠。PGE₂ 阴道控释剂较之宫颈注射的凝胶优点在于:阴道上药操作简单,药物以恒定的速度释放,避免了药物浓度的波动。Hales KA^[4] 等人研究表明,宫颈内上药难度较大,85%病人发生药物溢出,且阴道内给药较宫颈上药能更显著地提高宫颈 Bishop 评分,更有效地刺激有效宫缩。

本研究中应用普贝生 12 h 后宫颈 Bishop 评分平均增加 4.28 分。牛秀敏等^[5] 对 100 例宫颈不成熟的初产妇就 PGE₂ 与催产素促宫颈成熟的效果作了对照,12 h 后 PGE₂ 组宫颈成熟 96%(48/50),而催产素组为 30%(15/50)。另有一项研究表明 PGE₂ 改善宫颈 Bishop 评分、自然临产例数均明显优于 DHA-S^[6]。

本试验中,普贝生较之安慰剂明显地提高宫颈 Bishop 评分,12 h 及 24 h 临产率。普贝生对剖宫产率的影响,由于样本量太小,又存在社会指征的影响,未作统计分析(令 $\alpha = 0.05$, $1 - \beta = 0.80$, 对照组医学指征剖宫产率为 20%,若要发现两组剖宫产率 5% 的差别,需样本 860 例),因此从此项试验中难以以下结论。但有一点可以看出,试验组中因社会指征而剖宫产的比率明显低于对照组,这可能是由于试验组中短期内临产率较高,使得孕妇及家属能积极地配合医生的处理,减轻了他们在期待分娩过程中的种种忧虑。因此,普贝生作为一种有效的促宫颈和引产药物在降低剖宫产率方面起到了一定积极

作用。

至于普贝生用于足月妊娠促宫颈成熟和引产的安全性问题,本研究中子宫过度刺激的发生率 2.5%,与文献报道的 0.6%~6% 相符,发生率与低剂量催产素相似,这并不增加剖宫产率,因子宫过度刺激可迅速被间羟舒喘灵或者移去阴道内缓释剂所逆转。胎儿宫内窘迫的发生率 < 1%,常与子宫过度刺激同时存在。对新生儿的影响,出生时新生儿 Apgar 评分及新生儿结局与安慰剂对照组无差异^[7]。

参考文献

- [1] 李青,张建平,游志颖. 应用会阴 B 超预测前列腺素 E₂ 引产效果的评价[J]. 中华妇产科杂志, 1998, 33(4): 216.
- [2] 刘陶,李斌,卜岚,等. 米非司酮用于足月妊娠促宫颈成熟的临床观察[J]. 中华妇产科杂志, 1998, 33(12): 743.
- [3] Witter F R. Prostaglandin E₂ preparations for preinduction cervical ripening [J]. Clin Obstet Gynecol 2000, 43(3): 469.
- [4] Hales K A, Rayburn W F, Tumbull G L, et al. Double-blind comparison of intracervical and intravaginal prostaglandin E₂ for cervical ripening and induction of labor [J]. Am J Obstet Gynecol 1994, 171(4): 1087.
- [5] 牛秀敏,李增彦,齐晓梅,等. 前列腺素 E₂ 凝胶和催产素促宫颈成熟和引产效果的比较[J]. 天津医药, 1998, 26(5): 278.
- [6] 胡卫平,张爱君,徐萍. 前列腺素 E₂ 凝胶促宫颈成熟效果观察[J]. 安徽医科大学学报, 1997, 32(6): 755.
- [7] 万小平. 前列腺素 E₂ 促宫颈成熟的临床应用和效果[J]. 国外医学·妇产科学分册, 1995, 22(5): 279.

(编辑 张思健)

剖宫产同时子宫切除术 16 例分析

陈志辽, 张睿, 张建平, 王蕴慧, 丁红

(中山大学附属第二医院妇产科, 广东广州 510120)

摘要:【目的】掌握剖宫产同时子宫切除术的适应症和时机,以降低孕产妇的死亡率,提高医疗质量。【方法】分析本院产科 1970 年 1 月至 2002 年 6 月期间施行的 16 例剖宫产同时子宫切除病例的临床资料。【结果】剖宫产同时子宫切除病例占剖宫产手术的 0.172%。该术的适应症有:胎盘植入致产后大出血、前置胎盘致产后大出血、DIC 致产后大出血、胎盘早剥致产后大出血、子宫不完全破裂、重症肝炎并卵巢肿瘤。【结论】合理选择剖宫产同时行子宫切除术能抢救产妇生命,但也给育龄妇女的身心健康造成一定的影响。减少剖宫产合并子宫切除的关键在于及早发现和积极处理产科异常情况,避免病情恶化造成不必要的子宫切除。在保守治疗无效的危急情况下,应果断进行子宫切除术。

关键词: 剖宫产术; 子宫切除术; 产妇死亡率

中图分类号: R714.25 文献标识码: A 文章编号: 1000-257X(2002)5S-0069-03

剖宫产同时子宫切除术(又称波罗手术)是产科医生紧急处理剖宫产后严重并发症,抢救产妇生命的措施之一,它对降低产妇死亡率有重要意义。本院在 1970 年 1 月至 2002 年 6 月共施行了 16 例剖宫产同时子宫切除术病例,现报道如下。

1 临床资料

1.1 剖宫产同时子宫切除术率

1970~2002 年我院分娩总数 54 716 例,其中剖宫产 9 283

例,剖宫产同时子宫切除术 16 例,占分娩总数的 0.029%,占剖宫产总数的 0.172%;阴道分娩后子宫切除 11 例,占分娩总数的 0.020%,占阴道分娩的 0.024%(表 1)。

1.2 剖宫产同时子宫切除术临床特征

1.2.1 年龄分布 本组病例年龄 23~36 岁,平均 30.69 岁。

1.2.2 手术原因 各种原因所致保守治疗无效的严重产后大出血,是剖宫产合并子宫切除术的重要原因,其中胎盘植入最多见,其次是 DIC 和前置胎盘引起的产后出血。最严重

收稿日期: 2002-07-15

作者简介: 陈志辽(1967),男,广州市人,主治医师。

表1 本院1979年1月至2002年6月剖宫产和产科子宫切除术情况

时 期	分娩数	剖宫产数	产科子宫切除数 (占分娩总数%)	剖宫产同时子宫切 除数(占剖宫产%)	自然分娩后子宫切除 数(占自然分娩%)
1970~1979	16 612	598	3(0.018)	1(0.334)	2(0.012)
1980~1989	20 011	3 406	12(0.060)	5(0.147)	7(0.042)
1990~1999	15 356	4 185	10(0.065)	9(0.059)	1(0.009)
2000~2002	2 737	1 094	2(0.073)	1(0.091)	1(0.061)
合 计	54 716	9 283	27(0.049)	16(0.172)	11(0.024)

病例出血量多达5 000 mL,均为采取各种止血措施处理无效才决定行子宫切除。本院产科剖宫产同时子宫切除术病例病因中,没有因严重宫内感染而致子宫切除者(表2)。

表2 剖宫产同时子宫切除术病因

剖宫产同时子宫切除术病因	例数
胎盘植入致产后大出血	6
DIC致产后大出血	4
前置胎盘致产后大出血	3
胎盘早剥致产后大出血	1
子宫不完全破裂	1
重症肝炎及卵巢肿瘤	1
合 计	16

1.2.3 手术方式 本组剖宫产同时子宫切除术病例包括次全宫切除5例,占31%;全宫切除11例,占68.7%(其中需一侧附件切除1例,占6.3%)。

1.2.4 手术并发症 本组剖宫产同时子宫切除术16例中无一例脏器损伤及伤口感染,未发生其他严重并发症。术中出血情况:出血量少于800 mL者3例,800~1 600 mL者10例,超过1 600 mL者3例。

2 讨 论

剖宫产同时子宫切除术是产科医生积极处理剖宫产后紧急、严重并发症、降低母婴死亡率措施之一。据国外学者1979年报道^[1],剖宫产同时子宫切除术率为6.2%,国内报道为0.446%^[2]。从本院产科收集的病例分析,剖宫产同时子宫切除术率20世纪70年代最高,约为0.334%,近30多年平均为0.172%,低于国内外报道。

2.1 剖宫产同时子宫切除术的意义

文献报道产科子宫切除术的指征随年代而变化。20世纪50年代以子宫破裂为主,60年代后以此为指征很少,80年代以来,子宫弛缓、胎盘植入、肌瘤为主,其他还有羊水栓塞并发DIC、前置胎盘、子宫破裂、子宫严重感染、胎盘早剥伴子宫卒中中等^[3]。说明围产保健的发展和妇产科各项技术的进步,子宫破裂已大大减少,而子宫弛缓出血成为产科子宫切除术的主要指征。子宫弛缓与宫缩乏力、滞产、胎儿过大等因素有关^[3],加强高危妊娠的管理和提高产时处理技术是减少其发生的关键。

本组病例中各种原因引起的剖宫产后大出血是剖宫产

同时子宫切除术的最主要指征。产后出血是产妇死亡的第一位原因^[4],剖宫产后大出血应采取果断有效的止血措施,如宫缩剂的应用、按摩和热敷子宫、宫腔填塞纱条、结扎子宫动脉或髂内动脉等,当无法用保守治疗止血时,给予子宫切除术是抢救产妇的重要措施。在本组16例剖宫产子宫切除术患者中,最严重的1例DIC患者出血量多达5 000 mL,术中积极抢救后仍不能控制出血,产妇生命垂危,立即行子宫切除术控制出血后,产妇病情稳定好转,一周后母婴健康出院。

国内学者不把剖宫产同时子宫切除术列为剖宫产术的失误^[2]是有道理的。一些特殊病例,如胎盘植入、妊娠合并子宫良或恶性肿瘤、子宫有其他器质性疾病且产妇要求绝育者,也是施行剖宫产同时子宫切除术的指征^[3]。但是剖宫产同时子宫切除术的结果是产妇失去了子宫,这在育龄妇女身上必然产生包括生理和心理上的影响。能否适时、准确地运用剖宫产同时子宫切除术从一个侧面反映出临床医生的诊疗水平。本院产科剖宫产同时子宫切除术率仅0.172%,说明本科临床医生能较合理地掌握该手术的指征,保证产科质量。

2.2 剖宫产同时子宫切除术的实施

在施行剖宫产同时子宫切除术时,针对不同病因和产妇的临床情况选择不同的术式能提高手术的效率 and 安全性。剖宫产同时子宫切除术是产科急症手术,当病情危急时采用次全宫切除术,既能及时去除病因,迅速止血,又缩短了手术时间,减少了手术创伤,而且保留了年轻患者的宫颈。如果合并宫颈创伤或病灶位于宫颈部,则选择全宫切除。产科子宫切除术与妇科子宫切除术不同,妊娠期子宫肌壁间血管增粗,组织水肿肥厚,充血,尤其是妊娠晚期,子宫壁被扩张而变薄,缝合时易撕裂出血,而且止血困难。当手术需要结扎组织或血管时,不宜太松或太紧但要牢靠,以免发生再次出血^[5]。

2.3 降低剖宫产同时子宫切除术率的措施

剖宫产同时行子宫切除术后患者失去子宫,没有再生育的能力,没有月经来潮,必然造成生理和心理上的影响。因此,在降低产妇死亡率前提下减少剖宫产同时子宫切除术,是提高产科医疗质量的要求。

分析手术原因发现剖宫产合并子宫切除术多数是在严重宫缩乏力、DIC等引起的产后大出血、胎盘早剥的情况下施行的。如果加强产前检查和产时监护,能及早发现病情,积极处理,部分产科子宫切除是可以避免的。

剖宫产同时子宫切除术的合理运用,是产科质量提高的

标志之一。降低产科子宫切除率关键在于:①加强三级保健网及高危妊娠管理,提高产科处理技术;②剖宫产不仅解决难产,也是处理某些高危妊娠的重要措施。为增加手术安全性,应掌握好手术的适应症及手术时机,提高手术技术和应急抢救能力;③加强对产前感染及术时的处理:剖宫产时手术粗暴造成子宫损伤,切口缝合止血不彻底,线结多而密者,易影响切口愈合及增加感染。

总之,对剖宫产同时子宫切除既要“贵在预防”,又要正确判断及果断处理,才可取得良好效果。准确适时地运用这种手术方法,能降低产妇死亡率,挽救产妇生命。滥用该手术又给育龄妇女造成不必要的损伤。为抢救某些危重病人,如果用常规的方法不能控制出血、感染和损伤,当机立断施行剖宫产子宫切除术仍是不可缺少的重要措施^[6]。

参考文献:

[1] 滕清桂,程志厚,江森.剖宫产[M].济南:山东科学技术出版社,1982.255~260.
 [2] 张振钧.产科子宫切除术[J].实用妇产科杂志,1992,8(5):233.
 [3] 刘宜.宫产及分娩后子宫切除49例分析[J].实用妇科与产科杂志,1988,4(1):20.
 [4] 张志诚.临床产科学[M].天津:天津科学技术出版社,1994.471~480.
 [5] 郑宝琴.剖宫产手术的失误问题[J].实用妇产科杂志,1994,10(4):174.
 [6] 李巨,高红.剖宫产中子宫切除术[J].实用妇科与产科杂志,2000,16(5):274.

(编辑 张恩健)

胎儿宫内生长迟缓 83 例原因探讨

范舒舒

(韶关粤北人民医院妇产科,广东 韶关 512026)

摘要:【目的】分析胎儿宫内生长迟缓临床病例,并就其发生率、病因、诊断及处理进行讨论。【方法】采用回顾性病例分析的方法,对1999年1月~2002年5月间我院收治的83例胎儿宫内生长迟缓(IUGR)病例进行统计分析。【结果】在我院分娩3349例产妇中,有83例IUGR,发生率为2.48%,其主要原因:母体因素占57.8%,胎盘脐带因素占14.5%,胎儿因素占8.4%,原因不明者占19.3%。产前诊断率为45.8%。将IUGR病例分为妊高征组和非妊高征组,妊高征组的剖宫产率、围生儿窒息率、病死率均明显高于非妊高征组。(经 χ^2 检验, $P < 0.05$)。【结论】IUGR的治疗有赖于早期诊断,包括积极治疗病因,口服以及静脉补充营养物质,分娩时,对于IUGR孕妇应当放宽剖宫产指征。

关键词:胎儿生长迟缓;产前诊断;治疗

中图分类号:R714.431 文献标识码:A 文章编号:1000-257X(2002)5S-0071-02

胎儿宫内生长迟缓(IUGR)是指新生儿体质量低于同孕龄正常体质量的第十百分位数或低于平均体质量的两个标准差。IUGR是围生期的常见的并发症之一,发生率为2.75%~15.53%,其围生期死亡率较正常增高6~9倍^[1]。本文分析我院83例IUGR临床资料,并就其发生率、病因、诊断及处理进行讨论。

1 资料和方法

1.1 一般情况

1999年1月~2002年3月我院共分娩孕妇3349例,其中有IUGR 83例,IUGR发生率为2.48%,孕妇年龄22~42岁,平均年龄27.6岁。其中初产妇65例,经产妇18例;孕周<37周18例,37~40周52例,41~42周12例,>42周1例。

1.2 方法

采用回顾性病例分析的方法。统计学处理:计数资料采用卡方检验, $P < 0.05$ 有显著意义。

1.3 结果

1.3.1 病因 IUGR病因众多且复杂,本文大致可以分为以下几种情况:①母体因素:共48例,占57.8%。又分为:

A. 产科并发症:共38例。妊高征28例,其中重度妊高征11例,前置胎盘4例,羊水过少4例,胎盘早剥1例,过期妊娠1例;B. 妊娠合并内科疾病:共8例,其中妊娠合并心脏病1例,妊娠合并糖尿病1例,妊娠合并慢性肾炎2例,中重度贫血4例;C. 其他:妊娠合并子宫肌瘤1例,双子宫1例;②胎盘及脐带因素:共12例占14.5%,其中脐带绕颈8例,分别绕颈1~4周不等,脐带过多扭转1例,脐带过短1例,脐带真结1例,球拍状胎盘1例;③胎儿因素:7例,占8.4%:双胎6例,胎儿畸形1例;④原因不明:16例,占19.3%。

1.3.2 产前诊断及治疗情况 83例孕妇中,根据孕妇宫高、腹围及B超检查双顶径和股骨长,产前诊断IUGR者仅38例,产前诊断率仅为45.8%,其中最早者于28周诊断,最晚者于孕42周分娩前诊断。IUGR的治疗包括卧床休息,给氧,静脉输入营养物质如复方氨基酸和能量合剂,疏通微循环如低分子右旋糖酐,复方丹参,阿斯匹林等,治疗时间最短6d,最长3周,治疗后宫高、腹围,胎头双顶径增长较快,有效者27例,占71.1%(27/38)。

1.3.3 围生儿体质量 83名IUGR孕妇共分娩胎儿89名,其中活胎86名,死胎3名。将83例IUGR孕妇分为妊高征组(28例)和非妊高征组(55例),其围生儿体质量分布见于

收稿日期:2002-06-15

作者简介:范舒舒(1970-),女,湖南娄底人,主治医师。