

# 剖宫产术后 B 型超声监测 75 例分析<sup>①</sup>

梁润彩<sup>②</sup> 孔秋英 王子莲

(中山医科大学附属第一医院妇产科, 广州, 510080)

**提 要** 本文对 75 例剖宫产术后的 B 型超声波(下称 B 超)监测, 根据 B 超所见分为 3 组: 子宫复旧正常组(22 例)、子宫复旧不良组(34 例)、子宫切口感染及腹壁下血肿组(19 例)。结果表明, 子宫复旧不良组, 宫腔积液占 82%, 子宫较同期正常组大; 子宫切口感染及腹壁下血肿组, 出现子宫下段混合性包块占 84%, 术后发热占 89%。B 超动态观察子宫复旧的情况, 以正常组最快, 复旧不良组次之, 感染组最慢。提示对术后患者有不明原因的发热, 应尽早做 B 超检查, 早期诊断及及时治疗可避免出现败血症及晚期产后大出血等严重后果。

**主题词** 剖腹产术; 子宫/超声检查; 产褥期感染

**中图分类号** R719.8; 445.1

近年来随着剖宫产率的上升, 并发症也随着增加。术后如何及时发现和处理并发症是产科临床的重要课题。现选择本院 1989~1994 年, 用 B 型超声波(下称 B 超)监测剖宫产术后子宫愈合情况, 对 75 例患者进行分析, 并讨论其临床应用价值。

## 1 临床病例与监测方法

### 1.1 对象和分组

75 例剖宫产患者中, 初次剖宫产有 74 例, 再次剖宫产有 1 例。均采用子宫下段剖宫产的手术方式, 术后常规使用抗生素。所有病例均在术后第 10 天(d10)进行第 1 次 B 超监测, 以后每隔 1 周复查 1 次, 平均 3.3 次/人。31 例为正常 B 超监测, 另有 38 例因术后持续低热以及有 6 例因下腹痛而行 B 超检查, 根据超声所见分为 3 组: 子宫复旧正常组(22 例), 子宫复旧不良组(34 例)、子宫切口感染及复壁下血肿组(19 例)。

### 1.2 仪器和 B 超检查方法

使用 EUB-40 型及 Aloka-256 型, 探头频率为 3.5 兆赫。

B 超检查前膀胱需适度充盈, 取仰卧位, 探头于耻骨联合上作纵、横、斜扫查, 观察腹壁、子宫、附件等超声图像, 并依次测量子宫长径(宫底至宫颈外口)、前后径、横径大小, 并记录。

## 2 结 果

### 2.1 子宫复旧正常组的 B 超所见

本组共 22 例(下称正常组), B 超可见宫体回声均匀, 内膜呈线状回声, 宫腔无液性暗区, 宫下段前壁相当于子宫切口处可见光斑反射, 大小为 4.2cm × 3.9cm ~ 2.7cm × 1.9cm 范围, 边界光滑或稍隆起, 其内见强光点或短光带的肠线回声。1 周后复查, 子宫 3 径和有明显缩小(1 周前后子宫大小变化见表 1), 子宫下段切口处的强光点反射变模糊, 3 例宫腔内膜有分离, 液性暗区厚径 3.3~0.9cm。术后第 4 周复查, 子宫进一步缩小, 宫腔全部无积液, 子宫切口处接近正常宫肌回声, 强光点基本消失。

表 1 1 周前后子宫大小比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 术后时间(d) | 例数 | 子宫 3 径(cm)   | t    | P <sup>1)</sup> |
|---------|----|--------------|------|-----------------|
| 10      | 22 | 25.24 ± 2.07 |      |                 |
| 17      | 22 | 20.56 ± 1.40 | 8.78 | <0.01           |

1) 两组间有非常显著性差异

### 2.2 子宫复旧不良组的 B 超所见

本组共 34 例(下称复旧不良组), 超声可见子宫增大, 3 径和与同期正常组比较见表 2; 宫体肌层与宫下段回声和正常组相同, 34 例中有 28 例宫腔积液(血性), 见表 3。最大液性暗区 8.4cm × 1.8cm, 最小

① 该课题由本校附属第一医院科研基金资助;

② 第一作者, 1955 年出生, 女, 主治医师、讲师

厚径 1cm, 见图 1。经消炎及加强宫缩治疗, 1 周后复查, 21 例宫腔积液消失。术后第 3 周复查, 仅存 3 例少量积液, 子宫大小及切口反射与正常组相同。

表 2 术后 10d 各组子宫大小比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别    | 例数 | 子宫 3 径之和(cm) | t    | P <sup>1)</sup> |
|-------|----|--------------|------|-----------------|
| 正常组   | 22 | 25.24 ± 2.07 |      |                 |
| 复旧不良组 | 34 | 27.53 ± 2.23 | 3.92 | <0.01           |
| 感染组   | 19 | 27.94 ± 2.31 | 3.92 | <0.01           |

1) 与正常组比较有显著性差异

表 3 3 组宫腔积液, 切口肿块, 发热比较 例数(%)

| 组别    | 例数 | 宫腔积液    | 切口肿块    | 发热        |
|-------|----|---------|---------|-----------|
| 正常组   | 22 | 0 (0)   | 0 (0)   | 3 (14)    |
| 复旧不良组 | 34 | 28 (82) | 0 (0)   | 18 (53)   |
| 感染组   | 19 | 8 (42)  | 16 (84) | 17 (89)   |
| P     |    | <0.005  | <0.005  | <0.005    |
| 合计    | 75 | 36 (48) | 16 (21) | 38 (50.1) |



图 1 宫腔积液 B 超图象

### 2.3 子宫切口感染及腹壁下血肿的 B 超所见

本组共 19 例(下简称感染组), B 超可见子宫 3 径和比同期正常组大(表 2), 子宫边界模糊, 宫体肌层回声尚均匀, 宫腔可有积液(8 例), 子宫前壁下段切口处明显突起肿块, 最大 11.8cm × 9.7cm × 6.8cm, 最小 1.4cm × 1.0cm × 1.1cm, 肿块周围呈强回声, 其内见大小不等液性暗区(见图 2)。其中 1 例子宫切口血肿形成一巨大包块, 大小为 11cm × 9.5cm × 7.6cm, 液性暗区中见网络状光点回声(图 3)。这种混合性包块占感染组 84%(表 3)。此组病例中, 2 例合并腹壁下血肿, B 超可见膀胱前方腹壁下有不规则液性暗区, 大小为 8.1cm × 3.1cm ~ 10.4cm ×

4.1cm, 暗区内见网络状光带及紊乱光点回声(图 4)。

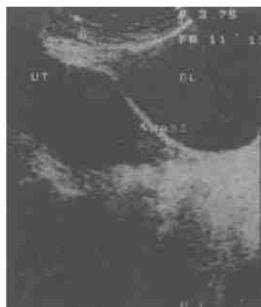


图 2 子宫切口混合性肿块 B 超图象



图 3 子宫切口血肿 B 超图象



图 4 腹壁下血肿 B 超图象

除以上 B 超改变外,术后持续低热往往是其重要临床表现,与其它组比较见表 3。

由于炎症吸收较慢,本组病例虽经积极治疗,1 周后复查,仍有 12 例子宫切口呈混合性肿块、宫腔积液 5 例。术后第 4 周复查,宫腔积液全部消失,剩下 9 例子宫切口仍有混合性肿块存在,但范围有所缩小。2 例合并腹壁下血肿者吸收更慢,术后 6 周复查仍未恢复正常。本组无 1 例发生晚期大出血或子宫切除。

### 3. 讨 论

术后感染是剖宫产的主要并发症,临床不易早期诊断,由于术后发热的原因,经临床体检和实验室化验难以确诊。从表 3 可见,术后发热以感染组及复旧不良组多见,与正常组比较有显著性差异( $P < 0.005$ ),故对术后原因不明的发热患者,应在腹部伤口拆线后及早做 B 超检查,早期明确诊断及治疗。

根据子宫切口的 B 超图象,高秉兰等分为 3 种类型,Ⅰ~Ⅲ型伤口愈合良好,Ⅳ型为愈合不良<sup>[1]</sup>。本文正常组及复旧不良组的子宫切口回声与高氏Ⅰ~Ⅲ型相符,均表现为切口处光滑或稍隆起的低回声区,内见强光点及短光带回声(肠线反射)。随着肠线的溶解和吸收,术后第 3~4 周强光点基本消失。当子宫切口局部感染坏死或出血后,形成大小不等的液性暗区,其周边回声增强,并向外明显突起。从表 3 可见,这种混合性肿块在感染组多见,与其它两组比较有显著性差异。这种声像图改变在诊断上意义较大,与王健报道相符<sup>[2]</sup>。Bronn 比较盆腔 CT 和 B 超在诊断子宫切口感染的准确性,认为前者似乎不可靠<sup>[3]</sup>,而 B 超却有其独到之处。对于剖宫产术后持续低热而 B 超见子宫切口呈混合性肿块者,应考虑为子宫切口感染。

子宫复旧不良的超声特点为:①子宫增大:由于

子宫收缩功能受影响,测量子宫各径线值均较同期正常者大 2 个标准差,与蔡文等报道相符<sup>[4]</sup>。②子宫内膜分离、宫腔见液性暗区。从表 3 可见本组宫腔积液占 82%。与其它组比较有显著性差异( $P < 0.005$ )。应用消炎药及宫缩剂治疗后,宫腔积液随之减少或消失。

剖宫产术后 B 超检查时,膀胱必须适度充盈,否则子宫切口显示不清,影响诊断准确性。Hoskins 报道,临床用可吸收的 U 形钉缝合子宫切口,术后 B 超能更清晰地观察到子宫切口的愈合情况<sup>[5]</sup>。

剖宫产术后的 B 超监测,具有准确性高、无损性、可重复检查等优点,可早期发现子宫切口感染、子宫复旧不良及复壁下血肿等情况,经过积极治疗,可避免败血症和晚期产后大出血等严重并发症,在临床上具有广泛的应用价值。

### 参 考 文 献

- 1 高秉兰,王彩琴. 剖宫产术后的 B 型超声监测. 武汉医学杂志,1988,12(2): 75
- 2 王 健,郑维国. B 超诊断剖宫产术后子宫切口坏死出血 3 例. 第四军医大学学报,1989,10(1): 66
- 3 刘建欣摘. CT 对产后感染的诊断价值(英). 国外医学外科分册,1991,5: 291
- 4 蔡 文,孔秋英,杨永忠. B 型超声对正常产褥初期子宫复旧的观察. 中华超声影像学杂志,1995,4(1): 28
- 5 Hoskins IA, Ordorica SA, Frieden FJ, et al. Performance of cesarean section using absorbable staples. Surg Gynecol Obstet, 1991, 172(2): 108

(1995-03-04 收稿 1995-07-02 修回)

## ANALYSIS OF 75 CASES OF POST-CESAREANS BY B-ULTRASONIC MONITORING

Liang Runcai Kong Qiuying Wang Zilian

(Department of Obstetrics and Gynecology, The First Affiliated Hospital,  
Sun Yat-Sen University of Medical Sciences, Guangzhou, 510080)

An appropriate analysis was done on 75 post-cesareans by B-ultrasonic monitoring, which revealed hydrops of uterine cavity occupied 82% of sub-involution of uterus group (SIU), volume of the uterus was larger than the normal group (NOR); mixed mass of the lower portion of uterus occupied 84% and post-cesarean fever was 89% in uterine incisional infection and inferior epigastric haematoma group (IIEH). Dynamic observations indicated that involution of uterus in NOR group was fastest, SIU came the next and IIEH was the slowest. This points out that B-mode ultrasonography should be performed as early as possible for the patient of post-cesarean fever of unknown cause, early diagnosis and proper treatment can prevent serious consequences like post partum haemorrhage and septicemia.

**Subject headings** cesarean section; uterus/ultrasonography; puerperal infection

\*\*\*\*\*

(上接第 57 页)

## EVALUATION ON EB VIRUS ANTIBODIES FOR EARLY DIAGNOSIS OF NASOPHARYNGEAL CARCINOMA

Huang Tengbo<sup>1</sup> Li Jinglian<sup>2</sup> Chen Delin<sup>1</sup>  
Ling Qinan<sup>2</sup> Huang Huiming<sup>1</sup> Huang Qihong<sup>2</sup>

(1 Cancer Center, Sun Yat-Sen University of Medical Sciences,  
Guangzhou, 510060 2 Sihui Cancer Institute, Guangdong)

54 425 healthy persons aged 30~59 were observed prospectively from 1986 to 1992 in NPC high area Sihui and Guangzhou, Guangdong. EB virus antibodies were studied in relation to clinical, nasofibrosopic and pathological examinations to evaluate the significance of the EB virus antibodies in the early diagnosis of nasopharyngeal carcinoma. The result showed that detection of three items-IgA/VCA, IgA/EA and EDAb could be of practical significance. If any one of the three following conditions is present, i. e. 1. IgA/VCA titer  $\geq 1:80$  or EDAb  $\geq 50\%$  2. Dual positiveness in three items 3. Anyone of the three items keeps going up, these population should be regarded as the high risk population of NPC and examined by nasofibroscopy and pathology. In this way, detective rate of the cases at T0 and T1 stages can be greatly raised.

**Subject headings** nasopharyngeal neoplasms/diagnosis; Epstein-Barr virus/immunology; antibodies, virus/analysis