

剖宫产术后并发症 83 例临床分析

扈 聪 张利群^③ 孙玉秀^① 史青杨^② 吉林大学第一医院生殖中心 130022

中国图书分类号 R719.8 文献标识码 B 文章编号 1001-4411 (2012) 01-0043-03

【摘要】 目的: 从剖宫产术后并发症的多样性揭示经剖宫产分娩的弊端, 探讨剖宫产术后并发症的影响因素及防治方法。方法: 对吉林大学第一医院 2006~2010 年产妇分娩情况及产后并发症情况进行回顾性分析。结果: 剖宫产率明显高于自然分娩率, 剖宫产术后近期并发症的发生率明显高于自然分娩组。结论: 剖宫产率有逐年升高的趋势, 导致剖宫产术后并发症的发生明显增多。应尽量避免无指征剖宫产, 以降低剖宫产率及由此产生的术后并发症。

【关键词】 剖宫产 并发症 产后出血 产褥感染 羊水栓塞

剖宫产术系指妊娠满 28 周者经腹壁切开子宫娩出胎儿的手术。因其旨在挽救胎儿及产妇生命, 故一般认为只要对胎儿、产妇有利即为手术适应证, 手术禁忌证相对较窄。近年来随着手术、麻醉、输血、抗感染技术的日益进步, 人们观念的变化及医疗行为中诸多社会因素的介入, 使得剖宫产率有逐年升高的趋势^[1]。该文收集吉林大学第一医院 2006~2010 年剖宫产与自然分娩结果及产后近期并发症进行研究分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2006~2010 年吉林大学第一医院妇产科住院产妇 1 726 例 (包括该院 1 515 例及外院后转至的 211 例), 其中发生剖宫产术后近期并发症 83 例, 年龄 19~42 岁, 平均 (26±3.2) 岁; 孕 28⁺¹~42⁺⁶ 周, 初产妇 68 例, 经产妇 15 例; 以产后出血为主要表现 56 例, 产褥期感染 25 例, 术中并发脏器损伤 1 例, 发生羊水栓塞 1 例。选取同期该院收治的自然分娩后发生并发症 11 例为对照组。

1.2 统计学方法 应用 SPSS 13.0 软件, 采用 ANOVA 方法及 t 检验、卡方检验行统计学分析, P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2006~2010 年剖宫产率的变化趋势 2006~2010 年该院行剖宫产及自然分娩数分别占分娩总数的 86.5% 和 13.5%, 其各年份分布构成见表 1。

表 1 2006~2010 年剖宫产及自然分娩的分布构成

组别	2006 年		2007 年		2008 年		2009 年		2010 年	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
剖宫产组	223	86.1	264	85.2	303	86.1	339	85.4	364	89.2
自然分娩组	36	13.9	46	14.8	49	13.9	58	14.6	44	10.8
总计	259		310		352		397		408	

① 吉林大学第一医院妇产科
② 吉林大学第一医院产前诊断中心
③ 通讯作者

2.2 2006~2010 年剖宫产指征的变化趋势 社会因素所占手术指征的比例有逐年增高趋势, 已由 2006 年的 16.6% 上升至 2010 年的 31.9%。

2.3 两组产妇产后近期并发症的发生率及构成 产后的近期并发症主要表现在产后出血、产褥期感染、手术损伤及羊水栓塞等。见表 2、图 1、图 2。

表 2 两组产妇产后近期并发症的构成 (n (%))

组别	n	产后出血	产褥感染	手术损伤	羊水栓塞
剖宫产组	83	56(67.5)	25(30.2)	1(1.1)	1(1.1)
自然分娩组	11	8(72.7)	3(27.3)	-	-
总计	94	64(68.1)	28(29.7)	1(1.1)	1(1.1)

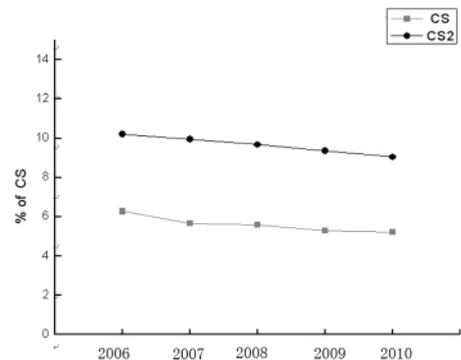


图 1 有指征剖宫产与无指征剖宫产术后近期并发症发生率

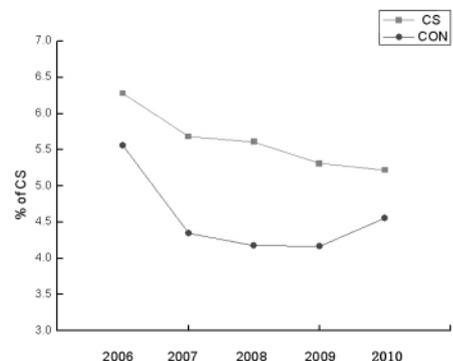


图 2 无指征剖宫产与自然分娩组产后近期并发症发生率

2.4 剖宫产术后产后出血的原因构成 该研究中剖宫产术后产后出血 56 例,其手术指征依次为胎盘因素(前置胎盘、胎盘早剥等)、社会因素及胎儿因素(胎儿宫内窘迫、IUGR、巨大儿等)。导致产后出血的原因包括:宫缩乏力 33 例,胎盘因素 18 例,手术损伤 2 例,其他因素 3 例。其他因素 3 例均为妊娠合并血液系统疾病,妊娠特有的血液生理学改变,可导致妊娠晚期血小板减少等血液系统异常,因阴道试产时间较长,产后出血不易控制,为预防产后出血的发生,此种情况多采用剖宫产分娩,故该研究不讨论因血液系统异常所致的产后出血。

2.5 剖宫产术后产褥感染的构成比及高危因素 该组资料中剖宫产术后产褥感染 25 例,其中腹壁切口感染 18 例,子宫切口感染导致愈合不良乃至裂开 6 例(3 例因子宫切口感染裂开导致子宫出血,经抗感染、促宫缩等对症治疗无效切除子宫),血栓性静脉炎发生者 1 例。

3 讨论

3.1 剖宫产率及指征的变化趋势 就该文研究数据显示,自 2006~2010 年吉林大学第一医院剖宫产率波动于 85.2%~89.2%,均高于世界卫生组织(WHO)在 20 世纪 80 年代初提出剖宫产率不超过 15% 的目标^[2]。以社会因素等无指征剖宫产及剖宫产术后瘢痕子宫为手术指征者有逐年上升趋势,以胎位异常、骨盆因素等难产因素为手术指征的剖宫产率较前有下降趋势,且剖宫产术后发生产后出血者有 18% 以社会因素为手术指征,占产后出血者手术指征第 2 位。其主要原因在于现代独生子女不愿承受顺产的疼痛,计划生育的普遍开展以及我国传统思想观念的束缚,不经试产盲目选择剖宫产,从而导致剖宫产率的显著上升,但亦不排除因该医院为三级甲等医院,患者以城市高教育、高收入及乡镇疑难患者群体为主,患者群具有偏倚性。剖宫产作为一种手术方式,不仅具备手术本身的危险性,同时因产妇自身特殊的生理状态和解剖特点,一旦发生并发症即有着严重的后果。因此,作为产科工作者,严格掌握剖宫产手术指征,降低剖宫产率,是我们当务之急的任务。

3.2 剖宫产术后近期并发症的构成 产后的近期并发症主要表现在产后出血、产褥期感染、手术损伤及羊水栓塞等。无论剖宫产或自然分娩,产后近期并发症均以产后出血及产褥感染为主要表现,由于剖宫产手术的特殊性,比自然分娩者更有可能发生手术损伤或羊水栓塞。该文统计表明有指征剖宫产组术后近期并发症的发生率明显高于无指征剖宫产组,无指征剖宫产组术后近期并发症明显高于自然分娩组($P < 0.05$)。故如存在剖宫产手术指征,需及时行剖宫产终止妊娠,而在无明显手术指征时应极力提倡自然分娩,以减少或避免产后近期并发症的发生。在剖宫产的诸多手术指征中社会因素有逐年升高的趋势,而社会因素已成为剖宫产术后发生产后出血的手术指征的主要构成。如社会因素等无指征剖宫产能得到控制,可能在一定程度上能减少剖宫产术后并发症的发生。

3.3 产后出血的发病原因及预防措施 产后出血的发病原因

以子宫收缩乏力居首位,胎盘因素次之,再者为子宫切口撕裂及血管破裂出血。如手术严格执行无菌操作,手术时机得当,操作技术娴熟,抗生素应用得当此种情况少有发生。当子宫肌纤维过度伸张、受损,结缔组织相对增多,交感神经系统兴奋,抑制子宫对催产素敏感性而影响子宫收缩时,子宫肌纤维处于迟缓状态,致使胎盘娩出时间延长,血窦不能及时关闭,从而导致第三产程出血量增加^[3]。故为避免剖宫产术中子宫收缩乏力,应加强孕产妇保健,严格掌握剖宫产手术时机及阴道试产指征;术前预防性应用抗生素,防止产生宫内感染,影响子宫收缩;术前应充分评估手术难度及盆腔粘连情况,给予有效促宫缩、对症治疗。对于术前应用了抑制宫缩的药物者,一旦决定行剖宫产分娩终止妊娠,应立即停止使用抑制宫缩药物^[4]。据 Tuzovic 等报道^[5],胎盘因素导致的产后出血与孕产次、刮宫史、剖宫产史、胎盘附着部位有关。由于多次流产、产褥感染等可损伤子宫内膜,引起炎症或萎缩性病变,使子宫蜕膜血管缺陷,子宫下段蜕膜形成不好,特别是蜕膜海绵层缺乏可导致受精卵着床时绒毛附着异常,使产后出血发生率增加。因而加强孕前健康教育,做好计划生育宣教工作,减少计划外怀孕,避免多次人工流产,是降低胎盘因素造成产后出血的关键。子宫切口撕裂及血管破裂出血的发生多与试产时间过长、术者手术技巧密切相关。该组资料中 1 例患者因剖宫产术后发热 12 天从下级医院转入该院,中度贫血,超声示子宫旁一巨大混杂回声光团,压迫肾盂、输尿管,行剖腹探查术见左侧阔韧带血肿,清除血肿后患者痊愈出院。

3.4 剖宫产术后产褥感染的危险因素及预防措施 有文献报道^[6]生殖道感染是导致剖宫产术后感染的主要因素,其中尤以发生胎膜早破者为主。另外,产妇全身因素如高龄、贫血、水肿、肥胖、营养不良、低蛋白血症或合并糖尿病、甲状腺功能低下、慢性泌尿系统感染等也为产褥期感染的危险因素。在临床工作中医生无法对患者群进行选择,但治疗过程中应严格掌握操作技巧,尽量避免多次导尿或肛查,术前规范性预防应用抗生素,尤其对于肥胖、伴有基础疾病或感染、经产妇、发生胎膜早破、术前贫血者应引起相当的重视。

综上所述,由于手术方式的改进,麻醉及抗生素应用水平的提高,使剖宫产的安全性大大提高;多数孕产妇及家属对经阴道分娩认识不足,盲目认为剖宫产对母婴较阴道分娩安全,产妇痛苦少,孩子聪明,加之许多孕妇由于惧怕产程中的疼痛,担心阴道分娩失败后再行剖宫产增加痛苦以及顾虑胎儿在分娩过程中出问题而强烈要求以剖宫产终止妊娠等社会因素的参与;同时,医生面对医疗纠纷的压力,也不得不迁就患者过度诊断,导致剖宫产率的增加。因此,减少无医学指征的剖宫产,需要医生、孕妇、家属及全社会的共同努力,应重视剖宫产率上升的弊端,提倡自然分娩。

4 参考文献

- 1 王晓东,王世阔.关于剖宫产的分析与思考(J).实用妇产科杂志,2005,10(5):633
- 2 黄醒华.剖宫产的现状与展望(J).中国实用妇科与产科杂志,

- 2000, 16 (5): 3
- 3 Myles TD, Gooch J, Santolaya J. Obesity as an independent risk factor for infectious morbidity in patients who undergo cesarean delivery (J). *Obstet Gynecol*, 2002, 100 (5): 959
- 4 Smaill F. Antibiotic prophylaxis for cesarean section (Cochrane review) (J). *Cochrane Database Syst Rev*, 2000: 2
- 5 Tuzovic L, Djelmis J, Ilijic M. Obstetric risk factors associated with placenta previa development: Case to control study (J). *Croat Med J*, 2003, 44: 728
- 6 Chelmon D, Ruehli MS, Huang E. Prophylactic use of antibiotics for non-laboring patients undergoing cesarean delivery with intact membranes: a meta analysis (J). *Am J Obstet Gynecol*, 2001, 184 (4): 656

(2011-05-11 收稿) (编校 徐 强)

早发型重度子痫前期期待治疗探讨

曾晓明 郑九生 江西省妇幼保健院产科 (江西 南昌) 330006

中国图书分类号 R714.24+6 文献标识码 A 文章编号 1001-4411 (2012) 01-0045-03

【摘要】 目的: 探讨早发型重度子痫前期对围生期母婴预后的影响及保守治疗的适宜时间。方法: 对 161 例早发型重度子痫前期病例进行分析, 根据其发病孕周分为 3 组, 即 A 组 (孕周 < 28 周), B 组 (28 孕周 ≤ 孕周 < 32 孕周), C 组 (32 孕周 ≤ 孕周 < 34 孕周)。观察发病情况、病情特点及母婴并发症。结果: 早发型重度子痫前期 3 组患者并发症发生率无统计学意义; 发病孕周越早, 胎儿窘迫、新生儿死亡率及围生儿死亡率越高, 3 组间差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 各组患者的分娩方式均以剖宫产为主。结论: 早发型重度子痫前期有较高的母婴并发症, 在期待治疗过程中, 应严密监护母婴情况, 适时终止妊娠, 终止妊娠方式首选剖宫产。

【关键词】 早发型重度子痫前期 并发症 新生儿窒息 围产儿死亡

重度子痫前期是孕产妇及围产儿死亡的重要原因, 更多的学者将发病于孕 34 周前的子痫称为早发型子痫前期。此文通过对江西省妇幼保健院 161 例早发型重度子痫前期患者胎儿预后情况进行回顾性分析, 以进一步探讨其对围生期胎儿预后的影响, 寻求最佳的终止妊娠时机和方式。

1 资料与方法

1.1 资料 2003 年 1 月 ~ 2008 年 1 月, 江西省妇幼保健院共收治早发型重度子痫前期重度患者 161 例, 年龄 20 ~ 33 岁, 初产妇 123 例, 经产妇 38 例。根据患者发病孕周分成 3 组, 即 A 组, 孕周 < 28 周, 32 例 (其中双胞胎 5 例); B 组, 孕周 28 ~ 32 周, 59 例 (其中双胞胎 6 例); C 组, 孕周 32 ~ 34 周, 70 例 (其中双胞胎 3 例)。所有的病例均符合乐杰主编的全国高等学校教材《妇产科学》第 7 版标准。

1.2 方法

1.2.1 一般处理 入院后注意休息、镇静, 给予优质高蛋白饮食, 补充钙剂和维生素; 对全身水肿者适当限制摄盐量。

1.2.2 胎儿监护 ①血常规、尿常规、生生化全项和凝血检查每 5 天 1 次; ②眼底检查每周 1 次; ③每周 1 次 B 超检测胎儿双顶径、股骨长度、胎盘成熟度、羊水量、S/D 值及孕妇有无腹腔积液; ④孕 33 周后每周 2 次胎心监护; ⑤胎动计数。

1.2.3 药物治疗 ①解痉: 使用中、小剂量硫酸镁静脉点滴解痉, 每日总量 10 ~ 15 g, 用 3 ~ 5 天酌情减量或停用, 用药过程中监测血清镁离子的浓度。②降压: 首选硝苯地平控释片或拉贝洛尔维持血压 140 ~ 150/90 ~ 100 mmHg, 直至分娩。血压控制不满意者, 短期应用酚妥拉明 10 ~ 20 mg 缓慢静脉滴注。③扩容和利尿: 低蛋白血症且水肿明显者, 给予白蛋白

10 g/d, 连用 3 天; 少尿或心率明显增快者静推呋塞米 20 mg。

④从第 1 次入院时开始使用地塞米松促胎儿肺成熟。

1.3 观察指标 母体方面, 观察各组患者并发症的发生情况: 包括抽搐、脑血管意外、心力衰竭、肾功能损害、肝功能损害、肺水肿、视网膜剥离、低蛋白血症、腹水、血小板下降、HELLP 综合征、弥散性血管内凝血 (DIC)、胎盘早剥及产后出血。围生儿方面则观察胎儿窘迫、新生儿窒息、胎死宫内、新生儿死亡及围产儿死亡情况。

1.4 终止妊娠的指征及方式 尽量期待孕周达 34 ~ 35 周, 如孕 34 周前患者病情加重, 出现严重的并发症或合并症, 血压控制失败, 胎心监护呈现胎心基线变异消失、反复晚期减速或重度变异减速, B 超检查显示脐动脉舒张末期反流或缺失等均应及时终止妊娠。对于病情重且宫颈不成熟者, 剖宫产是首选分娩方式。

161 例患者中行剖宫产者 133 例。

1.5 统计学处理 所有数据均采用 SPSS 13.0 统计软件进行处理, 对不同组别计量资料采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 孕妇的并发症发生情况 161 例患者中有 58 例 (36.02%) 并发 1 个或多个脏器损害, 心力衰竭 4 例 (2.48%)、子痫 2 例 (1.24%)、胎盘早剥 16 例 (9.93%)、HELLP 综合征 5 例 (3.10%)、视网膜剥离 7 例 (4.34%)、产后出血 10 例 (6.21%) 及腹水 7 例 (4.34%), 其中胎盘早剥发生率最高, 其次是产后出血。A 组发生并发症的有 13 例 (40.62%), B 组 22 例 (35.59%), C 组 23 例 (32.85%)。3