

顺产后急性子宫内翻 1 例抢救体会

张剑英 肖江*

复旦大学附属中山医院青浦分院 上海青浦 201700

【关键词】产妇；子宫内翻；抢救

【中图分类号】R714.6

【文献标识码】A

【文章编号】1672-0415 (2018) 08-051-02

急性子宫内翻是产科一种罕见的并发症，常发生在第三产程或产后不久，其发生率低，Platt等（1981年）报道发生率为1：2400次经阴道分娩^[1]。国内报道子宫内翻病死率为15%~43%^[2]。2017年3月本院产科成功抢救1例急性子宫内翻的患者，经救治母婴康复出院。现将抢救过程报告如下。

1 临床资料

产妇20岁。LMP:2016.6.20, EDC:2017.3.27。停经14月有早孕反应，孕4月起自觉胎动至今。孕22+1w建卡产检，基础血压103/61mmHg，孕期正规产检，无异常。2017年3月30日凌晨出现不规律宫缩，胎监提示CST可疑，阴查宫颈评分6分，宫口扩张1cm，于9:10行人工破膜了解羊水情况，破膜2小时后宫缩欠佳于11:10静滴催产素加强宫缩。产程进展顺利14:40会阴侧切下顺娩一活女婴，体重3000g，评分10分。胎儿娩出后等待胎盘自娩。14:45胎盘娩出，发现子宫内翻，胎盘附着于宫底未剥离。立即开通两路静脉补液，心电监护，患者神清，血压、心率、呼吸平稳。即刻杜冷丁50mg肌注镇静，拟手法复位时胎盘自行剥离，复位困难，出血较多。立即请示上级医生及联系麻醉科，结合B超考虑完全性子宫内翻，产后至今阴道出血共计1000ml，主管副主任医师及麻醉住院总即刻来产房，共同评估病情后决定送入手术室拟全麻下行子宫内翻复位术。

紧急与家属谈话告知病情危重，需急诊全麻下行子宫内翻复位术，告知术中可能风险，手法复位失败，必要时切开子宫复位甚至行子宫切除术等。

同时完善术前准备，备血，绿色通道送入手术室。患者入手术室准备手术过程中，血压下降87/54mmHg，心率110次/分，面色苍白，痛苦面容，考虑创伤性休克。阴道流血1500ml，向家属谈话告危重，汇报科主任，汇报业务院长、产安办及妇保所。快速输注红细胞悬液4u，干冻血浆4u。

全麻状态下颈静脉穿刺置管，在全麻下产妇取膀胱截石位，常规消毒外阴铺巾，留置导尿，探查阴道：子宫底部完全翻出至宫颈口，经阴道徒手复位，无法还纳。15:40累计出血2000ml，立即决定改为开腹手术：行经腹子宫内翻复位术（备全子宫切除术）。再次家属谈话。开通三路静脉通道输血及补液。

开腹后术中探查：见子宫底部向宫腔内陷入，呈凹陷状，连同双侧宫角内陷，双侧输卵管、卵巢外观无异常。先行徒手还纳复位子宫困难，即予子宫下段至宫体纵型切口，逐步还纳复位；观察子宫色泽变红润，但收缩差，予宫缩剂加强促进子宫收缩；用双手托住并挤压子宫体，经加压后宫腔和子宫切口无活动性出血，并行B-Lynch子宫缝合术加强宫缩。再行观察20分钟，子宫收缩明显好转，再次予宫缩剂宫体及子宫下段注射加强宫缩，子宫伤口无渗血，色泽红，予盆

腔放置引流管一根，常规关腹。术中血压波动在80~124/40~81mmHg，心率波动在80~104次/分，血氧饱和度100%，术中出血300ml（胎儿娩出后至术毕阴道出血+腹部术中出血累计3000ml），术中补液900ml，输红细胞悬液8u，干冻血浆8u，纤维蛋白原4g，术毕留置导尿管，色清，量800ml。产妇苏醒平稳后转入ICU。监测血压104/71mmHg，心率76次/分左右，血氧饱和度正常。留置导尿管通畅，尿液清，腹腔引流管少许淡血性液体。按压宫底宫缩好，少量暗红色阴道流血，继续给予输血治疗，促宫缩、抗炎、保护胃粘膜、护肝等治疗，监测相关指标。产后第七天，痊愈出院。

2 讨论

2.1 产科急救子宫内翻是指子宫底部向宫腔内陷入，甚至自宫颈翻出的病变，这是一种分娩期少见而严重的并发症，多数发生在第3产程，如不及时处理，往往因休克、出血导致产妇在3~4h内死亡^[3]。在产房，有产妇待分娩时，产房必须有医生、助产士及新生儿医生在场。一旦发生子宫内翻等紧急情况，医生应作出正确判断，立即开通两路静脉通道，心电监护，观察生命体征，阴道出血情况。本例确诊急性子宫内翻，产房医生即刻启动危重孕产妇抢救方案，主管副主任医师主持多学科抢救小组迅速到位，汇报科主任，汇报业务院长、产安办及妇保所。深静脉穿刺，快速输血输液，纠正休克及失血。在产房阴道还纳失败；入手术室全麻后经阴道仍无法还纳，出血量达2000ml。为抢救生命果断行开腹手术经腹子宫前壁切开复位术+行B-Lynch子宫缝合术加强宫缩，防止再度内翻。积极抗感染治疗。

2.2 产后护理出现子宫内翻紧急情况时，助产士快速建立静脉通道，观察生命体征，阴道出血情况、尿量；与产妇及家属交谈，减轻焦虑紧张。术后观察子宫收缩、恶露、胃肠道症状，健康宣教，精心护理，防止再次出血及感染。产妇恢复迅速。

2.3 经验教训：子宫内翻多数由于第三产程处理不当（约占50%），其促成子宫内翻的因素有：助产者强拉附着于子宫底部的胎盘脐带的结果，此时如脐带坚韧不从胎盘上断裂，加上用力挤压松弛的子宫底就会发生子宫内翻。脐带过短或缠绕胎儿娩出过程中过度牵拉脐带也会造成子宫内翻。先天性子宫发育不良或产妇过度衰弱，在产程中因咳嗽或第二产程用力屏气，腹压升高，也会造成子宫内翻。产妇站立分娩因胎儿体重对胎盘脐带的牵拉作用而引起子宫内翻^[4]。产科应加强接生人员的训练，做好第3产程的处理，是预防子宫内翻的重要措施。胎儿娩出后不要用力挤压子宫底或牵拉脐带，在施行人工剥离胎盘时，也应避免牵动子宫壁。

3 小结

产后急性子宫内翻临床病例少见，一旦发生病死率极高。在诊断和治疗的过程中常合并严重的疼痛、出血、感染和休克等临床表现，所以积极地缓解疼痛，控制出血、感染和休克

* 通讯作者：肖江。

活腺苷酸环化酶,促使细胞内 cAMP 浓度升高,实现降低细胞内钙离子浓度,使子宫平滑肌松弛的效果^[6]。

本次研究结果显示,观察组治疗保胎成功28例,占90.00%显著高于对照组20例,占66.67%,差异有统计学意义($p < 0.05$);观察组患者宫缩抑制时间、延长孕周时间显著优于对照组,差异有统计学意义($p < 0.05$)。说明,相较于硫酸镁来说,盐酸利托君对于延长患者孕周,抑制宫缩的效果更明显。这可能是因为硫酸镁和盐酸利托君均可抑制子宫收缩的作用,而盐酸利托君还能改善胎盘的血液循环,利于胎儿成熟,起到阻止早产的作用。另外,观察组不良反应总发生率为6.67%与对照组不良反应13.33%比较无明显差异($p > 0.05$)。盐酸利托君对于心脏上 β_2 受体有激动作用可能导致患者心率加快,导致产生恶心、心慌等不良反应,但一般仅出现在用药初,随着用药的持续输注,减敏现象出现,因此不会造成严重的不良反应,安全性较高。

(上接第51页)

是进行子宫内翻治疗的前提。加强产科各种危重病例应急演练,多学科密切合作,快速有效抢救生命。通过系统围产保健,对有可能发生产后出血的高危人群进行一般转诊和紧急转诊,防止产后出血的发生,并做好抢救措施^[5]。

参考文献

[1] 张惜阴主编《实用妇产科学》北京:人民卫生出版社2003,452

(上接第52页)

生、发展和变化过程与脏腑的功能密切相关。耳穴埋豆是中医治疗的一种治疗方法,通过刺激耳廓神经,对患者的气血阴阳功能进行调和,疏通经络、达到治疗疾病的一种方法。神门穴具有镇静,安神,止痛,调整机体的作用。肛门穴具有清热利湿,止痛的作用。交感穴具有调节植物神经及血管的舒缩功能,对内脏器官有较强的解痉止痛作用。三穴相互配合具有清热利湿,缓急止痛的作用,从而针对性的缓解了混合痔术后患者伤口疼痛的症状,减轻患者的痛苦。西医对于混合痔术后患者常使用镇痛药物。镇痛药物长期服用药物,易产生药物依赖性,对人体具有毒副作用。耳穴埋豆的疗效已经得到实验多方面的证实,并在临床得到了广泛推广,说明了中医理论的合理性和准确性。耳穴埋豆对混合痔术后患

(上接第53页)

化酶)作用下转化为抗肿瘤活性药物,这就说明了卡培他滨具有在肿瘤内选择性激活途径的独特优势,特异性强,大大降低了抗肿瘤活性药物对全身正常组织的损害。

本研究结果显示,实验组的中位疾病进展时间优于对照组,而1年、2年生存率、中位生存期比较无差异,不良反应中最常见的是手足综合征,发生率为51.6%,手足综合征多数为I至II度。说明卡培他滨可以相应患者的无进展生存期进行延长,促进患者生活质量的提高。

综上所述,卡培他滨对晚期乳腺癌具有显著的维持治疗效

果,可以大大的降低不良反应的发生率,所以卡培他滨是适用于乳腺癌维持治疗的较为有效的方案之一,值得临床应用。

参考文献

[1] 陈朝红.硫酸镁联合盐酸利托君治疗未足月胎膜早破患者的临床效果[J].医疗装备,2018,31(3):111-112.

[2] 中华医学会妇产科学分会产科学组.早产的临床诊断与治疗指南(2014)[J].中国实用乡村医生杂志,2015,(12):9-11.

[3] 吕佩瑾,鲁永鲜.妇科疾病诊断与疗效标准[J].2006.

[4] 姚晓红.盐酸利托君注射液联合硫酸镁对早产胎膜早破的治疗效果分析[J].河南医学研究,2018,27(3):484-485.

[5] 黄波.联用硫酸镁与盐酸利托君治疗早产胎膜早破的临床效果探查[J].当代医药论丛,2017,15(24):109-110.

[6] 王丽琴.硫酸镁和盐酸利托君治疗早产胎膜早破的效果探究[J].中国保健营养,2017,27(31):288.

[2] 魏素花,急性子宫内翻1例分析[J]中国误诊学杂志,2008,8(13):3266

[3] 庄依亮李笑天主编《病理产科学》北京:人民卫生出版社,2003,675

[4] 庄依亮李笑天主编《病理产科学》北京:人民卫生出版社,2003,675

[5] 谢幸苟文丽主编《妇产科学》第8版北京人民卫生出版社,2013,215

者疗效效果优于对照组。耳穴埋豆操作简单,使用效果满意,作用明显,价格低廉,不良反应少,使用安全,患者易于接受。

参考文献

[1] 李浩,鹏程.中西医结合治疗混合痔127例分析[J].实用中西医结合临床,2014,14(1):50.

[2] 严丽,赵军超,周金凤.耳穴贴压缓解混合痔术后疼痛的效果观察[J].护理与康复,2012,11(2):186.

[3] 黄丽春.耳穴治疗学[M].北京:科学技术文献出版社,2005,1:2-3.

[4] 李仲康.临床疼痛治疗学[M].天津:天津技术出版社,1998,24(8):30.

[5] 戎艳莉,王坤,郑宝玲.混合痔术后疼痛中医护理体会[J].河北中医,2014,36(2):303.

果,可以大大的降低不良反应的发生率,所以卡培他滨是适用于乳腺癌维持治疗的较为有效的方案之一,值得临床应用。

参考文献

[1] 李海利,郭卫东,张惠洁,等.卡培他滨用于晚期乳腺癌维持治疗的临床疗效及安全性分析[J].中国处方药,2014,02(10):181-182.

[2] 高立冬,吴红卫.卡培他滨在晚期乳腺癌维持治疗中的临床观察[J].中国医药指南,2015,12(4):491-492.

[3] 庞葵.卡培他滨维持治疗晚期三阴性乳腺癌的临床观察[J].中国医药指南,2014,12(18):75-76.