

doi:10.3969/j.issn.1000-9760.2013.02.024

# 剖宫产术后难治性晚期产后出血 1 例

田丽娟 王福玲

(济宁医学院附属医院, 山东 济宁 272029)

**关键词** 剖宫产术; 难治性晚期产后出血

**中图分类号**: R714.46 **文献标志码**: B **文章编号**: 1000-9760(2013)04-001-

近年来随着剖宫产率的居高不下, 剖宫产术后大出血逐步成为晚期产后出血的主要原因。晚期产后出血通常发生在分娩 24h 后, 反复出现阴道流血, 出血量可多可少, 持续或间断; 亦可表现为急骤大量流血, 同时有凝血块排出, 且常因失血过多导致严重贫血或失血性休克。若经保守治疗后无效, 应诊断为难治性晚期产后出血。依据其出血原因不同, 其治疗方案也不完全相同, 现就剖宫产术后难治性产后出血 1 例分析难治性晚期产后出血的病因、检查及治疗, 探讨子宫动脉栓塞术治疗产科出血作用。

## 1 材料与方法

### 1.1 临床资料

患者, 女, 25 岁, 因剖宫产术后 17d, 间歇性阴道大量流血 4d 于 2012 年 10 月 24 日转至我院。入院时生命体征平稳, 自诉 17 天前宫口开全后于外院行剖宫产术, 术后 8d 无异常, 术后 13d 开始出现阴道大量流血, 伴血块, 出血量不详, 当地医院给予促进子宫收缩、输血、抗生素等对症治疗, 病情稳定, 术后 17d 再次出现阴道大量流血, 再次给予输血治疗并急转至我院。入院查体: 体温 37.1℃, 脉搏 84 次/min, 呼吸 20 次/min, 血压 100/70mmHg, 一般情况可, 心肺听诊未闻及明显异常, 阴道检查: 外阴发育正常, 阴道通畅, 内见少量积血块, 无活动性出血, 子宫增大, 收缩可, 无压痛, 双附件区未及异常。超声提示子宫体积明显增大, 宫腔内见数个斑点样强回声区, 剖宫产刀口处见范围约 3.9×2.8cm 不规则强回声区, 边界欠清, 内回声欠均; 血常规提示 HGB72g/L。急诊以 1) 晚期产后出血; 2) 失血性贫血收入院。

### 1.2 诊断与治疗

入院后给予开放静脉通路, 输液补充血容量, 缩宫素促进子宫收缩, 抗生素抗感染治疗, 严密监测患者生命体征。入院后第 3 天再次出现阴道大量流血, 色鲜红, 有大血块, 出血约 300ml, 给予按摩子宫、缩宫素促进子宫收缩治疗、输血滤白悬浮红细胞 2 单位及血浆 370ml 治疗。

患者术后 13d 出现阴道大量流血, 给予输血等保守治疗后, 仍反复出现阴道大量流血, 诊断为难治性晚期产后出血。为查找病因行妇科 B 超检查提示宫体下段接近宫颈内口处右侧壁囊性回声, 子宫前壁下段肌层不均质厚, 宫腔及

宫颈管内异常回声, 腹腔少量积液, 考虑子宫切口假性动脉瘤形成, 为确诊进一步行介入放射技术。在导管室行子宫动脉造影术加栓塞治疗, 造影见双侧子宫动脉迂曲紊乱, 血管增多, 实质期右侧子宫动脉远端可见造影剂异常溢出, 呈片团状异常染色区, 可以确定假性动脉瘤导致难治性晚期产后出血。

在子宫动脉造影术下, 通过蛇管分别超选双侧子宫动脉, 左侧子宫动脉推注适量明胶海绵颗粒, 右侧子宫动脉植入 35-5-5 微弹簧圈 2 枚, 并明胶海绵条栓塞右侧子宫动脉主干。造影复查双侧子宫动脉闭塞, 异常染色消失, 手术顺利。术后病情稳定, 子宫复旧好, 恶露少, 无异味, 术后 5d 病人出院。

## 2 讨论

### 2.1 剖宫产术后难治性晚期产后发生出血的病因

剖宫产术后难治性晚期产后出血常见原因有子宫复旧不良、感染、胎盘残留、子宫切口假性动脉瘤等<sup>[1]</sup>。本例患者系剖宫产术后 13d 开始出现阴道大量流血, 给予输血、缩宫素促进子宫收缩、抗生素治疗后病情稳定, 后又多次出现阴道大量流血, 行 B 超检查证实系子宫切口假性动脉瘤形成所造成的难治性晚期产后出血, 较少见, 但在明确病因后果断选取子宫动脉栓塞术, 止血效果好, 代替了子宫切除术。

### 2.2 剖宫产术后难治性晚期产后出血的检查方法

产后出血常用的检查方法: 1) B 超检查; 2) CT 或 MRI 检查; 3) 数字减影血管造影; 4) 子宫腔碘油 X 线造影; 5) 开腹检查等。本例患者诊断为难治性晚期产后出血, 为明确病因行 B 超检查, 提示假性动脉瘤形成, 后行数字减影血管造影, 证实为假性动脉瘤, 为难治性晚期产后出血找到病因, 同时为下一步治疗提供了可靠的诊断依据。因此为了明确病因, B 超是首选检查手段。

### 2.3 剖宫产术后难治性晚期产后出血的治疗

剖宫产术后难治性晚期产后出血的治疗有以下几种: 1) 清宫术是最常使用的方法, 根据 B 超结果排除切口感染或裂开, 应在 B 超下操作; 2) 子宫切除术是一种紧急止血的方法, 当切口严重感染并裂开, 或其他方法无法止血并危及到产妇的生命时才选用<sup>[2]</sup>, 但是选用这种方法要考虑到患

者的生育要求和内分泌功能。因子宫是一个生育器官,而且还具有重要的内分泌或分泌调节功能。切除子宫势必影响内分泌物功能及年轻有生育要求妇女的身体健康<sup>[3]</sup>;3) 子宫动脉栓塞用于难治性晚期产后出血的治疗,特别是假性动脉瘤形成造成的产后出血,已经成为一线治疗方法,其优点包括创伤小、高成功率、低复发率、住院时间短、保留子宫等,更重要的是治疗失败的患者仍可选择动脉结扎及子宫切除术等其他治疗方法<sup>[4-5]</sup>。

总之,治疗剖宫产术后难治性晚期产后出血,应根据病史和检查方法,找出出血的原因,选择正确的治疗方法,对于保守治疗不能有效止血的剖宫产术后难治性晚期产后出血均可以选择子宫动脉栓塞,保留患者的生育功能。难治性晚期产后出血重在预防,减少宫腔操作,降低剖宫产率。

#### 参考文献:

[1] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 217-

(上接第 150 页)断:1) 腹壁韧带样瘤:指具有局部侵袭能力的纤维母细胞或肌纤维母细胞性肿瘤。多发于女性,以育龄期女性多见。可能与妊娠和生育腹壁损伤等有关。多位于脂肪层下方,多与肌肉层相连接,呈实性低回声团块,内部回声不均匀,呈浸润性和膨胀性生长,界不清,血供多较丰富,与内膜异位结节图像相似,亦可有相似手术史,致本例误诊,需病理鉴别。2) 纤维肉瘤:超声表现为内部回声杂乱的混合性团块,血供较丰富,内部可见多个大小不等坏死无回声区。3) 脂肪瘤:多位于脂肪层,形态多规则,呈高回声或等回声结节,内可见线样高回声,内部血供稀疏。4) 神经鞘瘤:呈偏心性,有完整清晰的高回声包膜,两端可显示瘤体附近的神经与之相连。超声对腹壁子宫内膜异位结节虽无特异性,但是密切结合患者临床病史,可首先考虑子宫内膜异位症<sup>[4]</sup>。本文样本例数少,认为术后刀口处子宫内膜异位结节尚有一定特征,仍需增加样本数量,总结内膜异位结节图像特征,提高诊断水平。

219.

- [2] 杨秀琴. 晚期产后出血 26 例临床分析[J]. 基层医学论坛, 2009, 13(10): 872-873.
- [3] 张超, 刘欣燕, 范光升, 等. 中晚期妊娠胎盘植入患者的临床分析[J]. 中华妇产科杂志, 2008, 43(7): 506-509.
- [4] Yun SY, Lee DH, Cho KH, et al. Delayed postpartum hemorrhage resulting from uterine artery pseudoaneurysm rupture [J]. J Emerg Med, 2012, 42(1): e11-e14.
- [5] Bhatt A, Odujebi O, Bhatt S, et al. Uterine artery pseudoaneurysm rupture: a life-threatening presentation of vaginal bleeding[J]. Ann Emerg Med, 2010, 55(5): 460-463.

(收稿日期 2013-03-11)

综上所述,超声可依据肿块位置,边缘形态,内部回声,周边组织回声等声像图特点,密切结合临床病史,可做出正确诊断。

#### 参考文献:

- [1] 乐杰. 妇产科学 [M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 354.
- [2] Ideyi SC, Schein M, Niazi M, et al. Spontaneous endometriosis of the abdominal wall[J]. Dig Sur, 2003, 20(3): 246-248.
- [3] Simsir A, Thorner K, Waisman J, et al. Endometriosis in abdominal scars: a report of three cases diagnosed by fine-needle aspiration biopsy[J]. Am Surg, 2001, 67(10): 984-986.
- [4] Hensen JH, Van Breda, Vriesman AC, et al. Abdominal wall endometriosis: clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography[J]. AJR Am J Roentgenol, 2006, 186(3): 616-620.

(收稿日期 2013-01-11)

• 读者 • 作者 • 编者 •

## 本刊对作者署名的要求

论著作者署名一般不超过 6 人。署中每位作者应该是论文学术内容的构思者或设计者;实验数据的采集并能给予解释者;能对编辑部提出的审改意见进行修改者;能在学术界就论文内容进行答辩者。综述作者署名不超过 2 人。作者单位、邮政编码不同者应分别列出并予以标识,作者单位之间用“;”隔开。不够署名条件但对研究成果有所贡献者可放在“志谢”项中。论文如属课题或基金项目,须在文章首页脚注中注明“基金项目和编号”。

本刊编辑部