

晚期产后出血的介入治疗

· 介入放射学 ·

冯玲, 闻良珍

【摘要】 目的:探讨介入治疗在晚期产后出血中的应用价值。**方法:**总结了 1985 年 1 月 1 日~2002 年 6 月 30 日本院住院治疗的 120 例晚期产后出血病例,其中 29 例进行介入治疗。**结果:**29 例介入治疗者,27 例彻底止血,2 例因子宫切口严重感染、裂开而行全子宫切除术。**结论:**介入治疗应用于晚期产后出血具有止血快,疗效确切,手术时间短,并发症少的优点。

【关键词】 产后出血;放射学,介入性;治疗

【中图分类号】 R815; R714.46⁺1 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2003)08-0592-03

Interventional radiology in late postpartum hemorrhage FENG Ling, WEN Liang-zhen, Department of Obstetrics and Gynecology, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, P. R. China

【Abstracts】 Objective: To investigate the effectiveness of interventional radiology in treating late postpartum hemorrhage. **Methods:** 120 cases with late postpartum hemorrhage hospitalized in Tongji hospital from Jan 1, 1985 to Jun 30, 2002 were enrolled in this study, among which 29 cases were treated with interventional radiology. **Results:** In 27 of 29 cases the bleeding had ceased completely, while 2 cases had hysterectomy because of the severe infection of uterine incision. **Conclusion:** With very short procedure time and few complications, interventional radiology is proved to be a very effective treatment for severe postpartum hemorrhage.

【Key words】 Postpartum hemorrhage; Radiology, interventional; Therapy

晚期产后出血是指分娩 24h 后,在产褥期内发生的大量子宫出血或异常阴道出血。特点是出血突然、凶猛,严重者常危及患者生命。其发生率为 0.3%~7.0%^[1,2],虽较一般产后出血少见,但近年随剖宫产率的上升,术后发生晚期出血的报道日益增多,应引起重视。晚期产后出血的治疗通常采用清宫术、子宫动脉结扎术、髂内动脉结扎术、子宫切除术及经皮髂内动脉造影栓塞术^[3]。

自 1985 年以来我院共收治 120 例晚期产后出血,对其中 29 例施行介入治疗,皆取得满意效果。本文对 120 例晚期产后出血进行临床分析,介绍髂内动脉栓塞的方法、效果及并发症,着重讨论其治疗的临床价值并提出预防措施。

材料与方法

搜集 1985 年 1 月 1 日~2002 年 6 月 30 日我院收治晚期产后出血 120 例,65 例在本院分娩(其中 8 例系剖宫产术后),55 例由外院转来(其中 16 例剖宫产术后,3 例用产钳助产)。初产妇 97 例,流产后复孕者 56 例,占 46.67%,经产妇 23 例。17 年来我院共分娩 45 118 例,晚期产后出血率 0.27%。

晚期产后出血的原因:本组主要病因为胎盘和/或胎膜残留、子宫内膜炎和/或蜕膜炎、子宫切口感染、裂开、子宫复旧不良等(表 1)。120 例病例由于原因不同,而导致出血量及出血时间各异(表 2)。患者均经抗炎、止血及加强子宫收缩治疗,17 例子宫复旧不良、子宫内膜炎者经治疗而愈;66 例行清宫术;29 例介入治疗;7 例全宫切除(其中 2 例栓塞失败者);2 例阴道伤

口缝合术,2 例行髂内动脉结扎术(表 3)。

表 1 120 例晚期产后出血原因与分娩方式的关系

出血原因	分娩方式(例)		合计	百分比(%)
	阴道分娩	剖宫产		
胎盘、胎膜残留	52	1	53	44.17
子宫内膜炎、蜕膜炎	35	4	39	32.50
子宫切口感染、裂开	0	15	15	12.50
子宫复旧不良	3	4	7	5.83
阴道伤口裂开或漏缝	5	0	5	4.17
胎盘植入	1	0	1	0.83
合计	96	24	120	100

表 2 出血原因与出血量、出血时间的关系

出血原因	例数	出血量(ml)	出血时间(d)
胎盘、胎膜残留	53	500~800	6~78
子宫内膜炎、蜕膜炎	39	500	3~25
子宫切口感染、裂开	15	800~4800	1~27
子宫复旧不良	7	600~700	10~20
阴道伤口裂开或漏缝	5	400~500	5~9
胎盘植入	1	750	3

表 3 120 例晚期产后出血的治疗

治疗方法	分娩方式(例)		合计	百分比(%)
	阴道分娩	剖宫产		
清宫术	64 [▲]	2	66	53.66
介入治疗	17 [▲]	12 [△]	29	23.58
保守治疗	11	6	17	13.82
全子宫切除术	1	6 [△]	7	5.69
阴道伤口缝合术	2	0	2	1.63
髂内动脉结扎术	2	0	2	1.63
合计	95 [▲]	26 [△]	123	100

▲ 1 例清宫术后复发出血行介入治疗;△ 2 例介入治疗后反复出血(系切口裂开)行全宫切除,故总例数多 3 例。

作者单位:430030 武汉,华中科技大学同济医学院附属同济医院妇产科

作者简介:冯玲(1963~),女,湖北黄陂人,副教授,副主任医师,硕士,主要从事高危妊娠、优生优育工作。

介入治疗方法:常规消毒双侧腹股沟区,以 Seldinger 技术完成股动脉置管。髂内动脉的同侧超选择插管采用成袢技术,避免了两侧股动脉穿刺。选择性插管前先作子宫动脉造影,了解出血情况。随即换入 Cobra 导管,分别作两侧髂内动脉造影和超选择性插管。栓塞材料为明胶海绵颗粒(2mm×2mm)和条块(2mm×10mm),部分患者采用明胶海绵与闭塞弹簧圈(Cook 公司产品)并用,尤其是产后大出血患者,单用明胶海绵栓塞难以控制且可防止持久出血。

结 果

疗效与预后:29 例栓塞成功后阴道出血即被控制,其中 26 例于栓塞术后 7d 左右出血完全停止。1 例由于反复大出血,50d 内栓塞 3 次成功,2 例系剖宫产术后切口严重感染至切口裂开,于栓塞术后 10~12d 行全子宫切除术。

产后出血的 DSA 表现:29 例行介入治疗的晚期产后出血患者 DSA 造影发现出血动脉均为子宫动脉,一侧或双侧(图 1)。早期均表现为子宫动脉增粗、扭曲和由于增大的子宫所致子宫动脉走向变异。在动脉晚期及静脉期 DSA 有 2 种类型:①宫腔内弥漫性出血,无明显大的动脉血管断裂征,常见于子宫复旧不良、内膜炎、蜕膜炎等(图 2);②明显的局灶性出血,表明局部血管断裂,多见于剖宫产引起的晚期产后出血,栓塞后出血征象消失(图 3)。

介入治疗的并发症:本组病例中未发生严重并发症。但全部病例均有一过性栓塞后臀部缺血性疼痛,持续 2~3d,经服止痛药后缓解。2 例下肢麻木,6d 后自愈。

讨 论

1. 晚期产后出血的原因

晚期产后出血的重要原因是胎盘和/或胎膜残留,占 44.17%,低于文献报道的 66.66%^[2],原因在于近年剖宫产有世界性增高的趋势^[4],而剖宫产术后发生胎盘残留很少见。胎盘和/或胎膜残留可致晚期产后出血多在产后 6~78d,出血量 500~800ml,仅次于子宫切口感染、裂开;处在第二位的是子宫内膜炎和/或蜕膜炎,于产后 3~25d 出血,量约 500ml,此与胎

盘过大、多胎妊娠、羊水过多、前置胎盘、子宫内膜炎等因素有关。本研究子宫切口感染裂开占 12.50%,原因是手术切口位置选择不当,过高或过低;切缘对合不佳;止血不完善;缝合过紧过密;瘢痕子宫;宫口开全剖宫产,胎头下降很低,易发生切口纵形撕裂;盲目缝扎止血;剔除肌瘤止血不彻底等。虽然其发生率仅为 0.15%^[5],但因出血凶猛,常是导致晚期产后大出血休克的主要诱因。

2. 髂内动脉栓塞止血机制及临床价值

晚期产后出血因出血凶猛且突然,故在临床上必须引起足够的重视。按照去除病因、迅速止血、补充血容量等处理后多可奏效,但仍有部分患者无法止血,传统上为挽救生命最终需行双髂内动脉结扎术或次全子宫切除术甚至全子宫切除术。前者手术难度较大,技术要求高、风险大,且有效率只有 42%^[6];后者虽可达到止血的目的但是以器官丧失为代价,并且由此引起一系列生理、心理上的变化,影响患者的生活质量。因此,迫切需要寻找一种既可有效止血又能保留子宫的治疗方法,而介入治疗技术的出现使之成为可能。

髂内动脉是盆腔器官的主要供血动脉,经动脉造影能精确显示,髂内动脉前后两大分支即壁支和脏支,脏支为盆腔器官的主要供血动脉,壁支分为髂腰动脉、骶动脉和臀上动脉。导管前端插入髂内动脉前干即出血区注入栓塞剂,可使一侧或双侧动脉分支即出血区注入栓塞剂,达到立即且持久止血。而栓塞区的毛细血管仍保持开放,通过毛细血管与其周围侧支血管相通,使盆腔器官保持正常功能^[7]。使用闭塞弹簧圈栓塞时,弹簧圈很难经导丝通过成袢的导管,我们采用高压注射器注入法,可将弹簧圈成功地从导管内释放出去。

产后出血介入治疗的适应证极为广泛,根据我们的经验,对于保守治疗无效的各种类型产后出血采用介入治疗均可取得理想的效果。本研究介入治疗 29 例,除其中 2 例因子宫切口严重感染、裂开行全宫切除,其余 27 例均得到立即和永久性止血效果。

介入治疗与手术治疗晚期产后出血有无法比拟的优势。首先,只需局麻且手术操作时间短,这对于抢救是至关重要的;其次,具有立竿见影的止血效果,且保留了子宫及其功能。虽

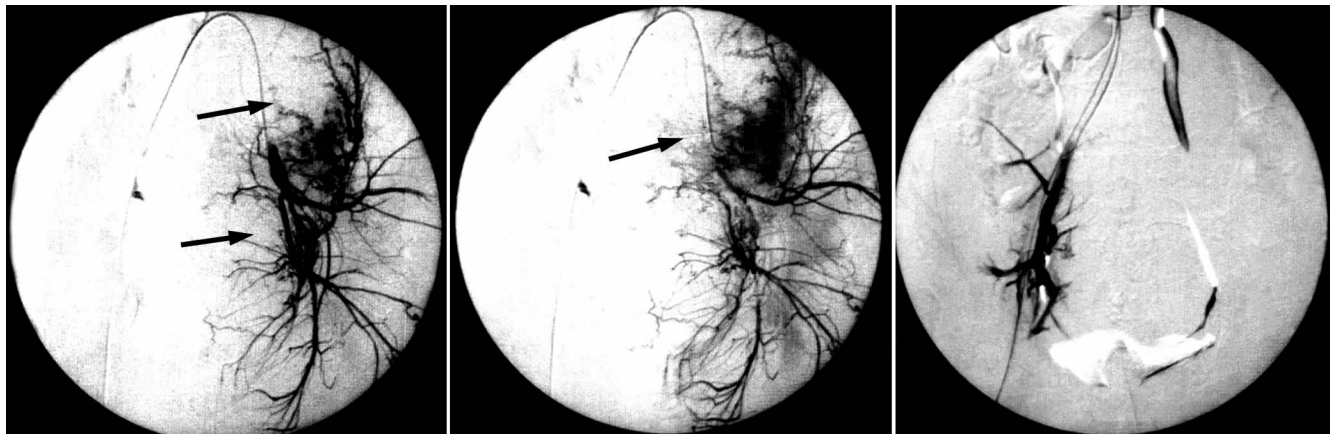


图 1 晚期产后出血 DSA 造影,出血均为子宫动脉(箭)。 图 2 宫腔内弥漫性出血,无明显动脉血管断裂征(箭)。

图 3 栓塞后出血征象消失。

然早在 1979 年国外已将介入技术成功地应用于产后出血的治疗^[8]。但由于该技术对设备条件和医师技术水平要求较高,以至于近几十年来产后出血的介入治疗仅见散在报道,每年仍有众多妇女由于产后出血而被切除子宫丧失生育功能甚至生命。因此,加快介入治疗应用于晚期产后出血的推广尤为重要。

栓塞的并发症是坐骨神经受损,这与髂内动脉的某些分支与脊髓前动脉的吻合支有关,超选择插管是避免上述并发症的关键^[7]。其次是要避免栓塞物注入过量而造成返流。

陈春林等^[9]认为,介入治疗应用于重度产后出血的治疗在临床上已取得肯定的疗效,但介入治疗术中 X 线照射的安全性及卫生防护问题不容忽视。应保护好卵巢及甲状腺,建议将常规的 DSA 造影条件 3 帧/秒调整为 1 帧/秒,同时尽量减少透视时间及 DSA 次数,并在颈部放置铅护颈以保护甲状腺。

总之,髂内动脉栓塞在产科急性大出血止血中占有重要地位,是一种安全、可靠、简便,易被患者接受而有效的止血方法。

参考文献:

[1] 蔡汉钟. 晚期产后出血的防治[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 1993, 9(4): 203-204.

- [2] 迟淑雯, 戴甫华, 白自明, 等. 30 例晚期产后大出血临床分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 1994, 10(3): 155-156.
- [3] 何福仙, 钟刚, 郑红兵, 等. 晚期产后出血 85 例临床病理分析[J]. 同济医科大学报, 1997, 26(6): 466-469.
- [4] 郑平, 黄醒华, 王淑珍. 35 年剖宫产率及适应证的变化[J]. 中华妇产科杂志, 1996, 31(3): 42.
- [5] 庄依亮. 剖宫产术后晚期出血的类型及临床表现[J]. 实用妇产科杂志, 2001, 17(3): 126-127.
- [6] Hansch E, Chitkara U, Mc Alpine J, et al. Pelvic arterial embolization for control of obstetric hemorrhage: a fire-year experience[J]. Am J Obstet Gynecol, 1999, 18(6): 1454.
- [7] 胡国栋, 郭俊渊, 黄志程, 等. 经导管栓塞治疗危及生命的盆腔大出血[J]. 临床放射学杂志, 1992, 11(2): 89-91.
- [8] Palacios JM. Surgical training in selective pelvic arterial ligation or use of embolization only[J]. Am J Obstet Gynecol, 2000, 182(1): 252.
- [9] 陈春林, 李小毛, 李国梁, 等. 介入治疗在重度产后出血中的应用[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2001, 17(2): 84.

(2002-10-21 收稿 2003-02-28 修回)

• 病例报道 •

右下肢多发性神经鞘瘤一例

周志强, 郑玉兰, 叶崇云

【中图分类号】R814; R738.1 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2003)08-0594-01

病例资料 患者, 女, 17 岁。因右侧大腿及足底包块、疼痛 1 个月入院。体检: 右大腿后侧可触及 6cm×12cm 包块, 其内踝后侧还可触及长条状包块, 其边界不清楚, 质地较硬, 活动度较差, 无明显搏动, 直腿抬高试验阴性, 右下肢肌力减退, 无其他阳性体征。

CT 检查: 右侧自股骨小转子后方到足底跖趾关节处, 沿后侧肌肉间隙内可见纵行走向的长管状稍低密度块影, 最粗处大小约 5.0cm×5.7cm, 密度均匀, CT 值 18~21HU, 包块完整, 边界清晰(图 1、2)。CT 诊断: 右下肢多发性神经纤维瘤。

手术见肿块沿右侧坐骨神经、腓神经及分支生长, 自梨状肌出口至第二趾基底部, 主干最粗处大小约 5.0~5.7cm, 其分支如米粒大小, 呈串珠状, 表面光滑, 其组织呈白色。CT 引导下经皮穿刺活检, 肿块内由大量成团的梭形细胞及散在少量的圆形细胞和梭形纤维母细胞组成。

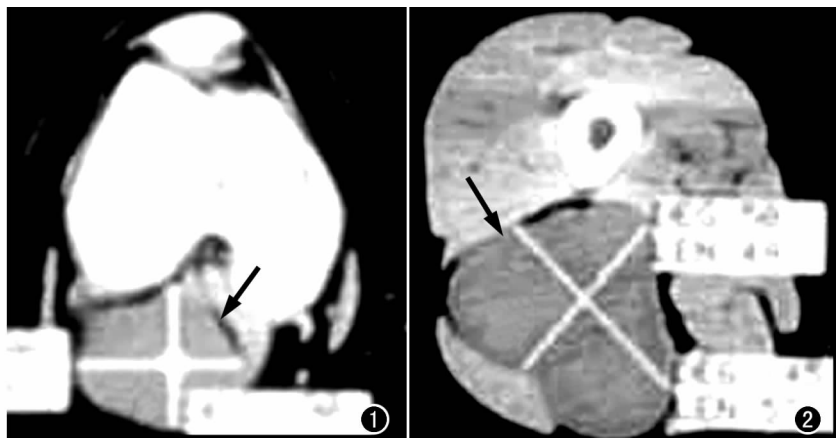


图 1 右侧股骨下端后方肌间隙内 3.5cm×4.0cm 大小的低密度影, 边界清晰(箭)。图 2 右侧股骨上段后方肌间隙内 5.0cm×5.7cm 大小的低密度影, 边界清晰(箭)。

病理诊断: 右下肢多发性神经鞘瘤。

讨论 神经鞘瘤亦称雪旺细胞瘤, 它是起于周围神经髓鞘雪旺细胞的良性肿瘤, 任何年龄均可发病, 一般无自觉症状,

生长缓慢, 可触及沿神经干走行的结节, 大小约 2cm×2cm。本病主要生长于周围神经的大神经干。CT 可显示病灶的大小、范围及清晰的边界, 其密度均匀稍低于软组织。本例因多发且巨大较特殊。