

一例瘢痕子宫孕妇完全性子宫破裂的护理

曾 慧

重庆医科大学附属第二医院产科 重庆 400000

【摘要】：总结：例瘢痕子宫孕妇完全性子宫破裂的护理经验，**护理重点：**子宫破裂的识别、医护人员的配合、紧急剖宫产的准备、新生儿的抢救、产妇术后伤口的护理及各种并发症的预防：产后出血、感染、血栓形成；予以母乳喂养指导及心理护理。经过医护人员紧急的配合、精心的治疗和护理，新生儿顺利转入儿童医院进一步治疗，产妇术后未出现并发症，掌握了人工挤奶的方法，双侧乳房乳汁分泌通畅，住院期间心理状态良好，于术后第六天痊愈出院。出院后第 3 天及第 7 天电话随访，产妇未诉不适。

【关键词】：瘢痕子宫；孕妇；完全性子宫破裂；护理

Nursing of complete uterine rupture in a pregnant woman with scar uterus

Hui Zeng

Department of Obstetrics, The Second Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400000

Abstract: To summarize the nursing experience of a pregnant woman with complete uterine rupture with scar uterus. The nursing focus is: identification of uterine rupture, cooperation of medical staff, preparation of emergency cesarean section, rescue of newborn, nursing of wound after childbirth and gynecology and prevention of various complications: postpartum bleeding, infection, thrombosis; Provide breastfeeding guidance and psychological care. After the emergency cooperation, careful treatment and nursing of the medical staff, the newborn was transferred to the children's hospital for further treatment. There were no complications after obstetrics and gynecology, and the method of artificial milking was mastered. The bilateral breast milk secretion was smooth. On the 3rd and 7th day after discharge, there were no complaints of discomfort.

Keywords: Scar uterus; Pregnant women; Complete uterine rupture; Nursing

子宫破裂指在妊娠晚期或分娩期子宫体部或子宫下段发生破裂，是直接危及产妇及胎儿生命的严重并发症^[1]。随着剖宫产率的上升、剖宫产后再次妊娠阴道试产（Trial of labor after cesarean, TOLAC）的推广及妇科手术的快速发展，近年来子宫破裂的发病率在全球范围内呈上升趋势。目前我国完全性子宫破裂的发病率为 1.2/10 000~3.0/10 000^[2-4]，整体维持在低水平，但完全性子宫破裂导致的严重不良妊娠结局仍需高度警惕。我科于 2020 年 09 月 10 日收治 1 例瘢痕子宫完全性子宫破裂的孕妇，通过医护的紧急配合，成功的在全身麻醉下行急诊剖腹取胎术+子宫修补术，新生儿安全转入儿童医院救治，通过精心的护理产妇于术后第六天顺利出院，报告如下。

1 病例资料

产妇 26 岁，2020 年 09 月 10 日因“停经 30 周+1 天，腹痛 6 天，加重半天”由重庆市江北区中医院平车推入我科。曾于 2018 年于我院因“臀位”行剖宫产 1 次，该孩子现体健。此次妊娠于丰都县人民医院建档，定期产检，孕期产检无异常。于 2020 年 09 月 04 日孕妇无明显诱因出现下腹部疼痛，程度较轻，可忍受，无阴道流血流液，孕妇未予以重视，未行特殊治疗。2020 年 09 月 10 日上午无明显诱因出现下腹部

剧烈疼痛，瘢痕处尤甚，遂至重庆市江北区中医院就诊。2020 年 09 月 10 日外院彩超提示羊水指数 0mm。立即转入我院行进一步治疗，急诊平车推入我科，责任护士立即通知主治医师床旁查看孕妇，立即遵医嘱行床旁心电监护、持续低流量吸氧、持续胎心监护，体温 36.7℃，心率 86 次/分，呼吸 20 次/分，血压 115/68mmHg，孕妇表情痛苦、神志清晰，自诉腹痛明显，无头晕、视物模糊、无心悸，无恶心、呕吐。查体：腹部膨隆，小于孕周，可见一陈旧性纵行手术瘢痕，瘢痕处触痛极为明显，拒按，阴查宫口未开，质软，位中。院外彩超提示：羊水指数 0mm，我院急诊床旁彩超提示：盆腔腔偏左侧见一人形胎儿，可见胎心搏动，其右侧见一增大的子宫样回声，子宫下段见不规则回声区。提示：子宫破裂？孕妇既往剖宫产诊断明确，瘢痕处触痛明显，结合床旁急诊彩超，考虑诊断子宫破裂。胎心监护提示：胎心 50-60bpm，有反复延长减速，考虑诊断：1.子宫破裂；2.G2P1 30+1 周孕；3.瘢痕子宫；4.胎儿窘迫。立即完善术前相关检查，立即联系手术室准备急诊手术，医生与孕妇及家属沟通后同意手术，遵医嘱完善术前准备，接入手术室。在全身麻醉下行急诊剖腹取胎术+子宫修补术。于 09 月 10 日 18 时 15 分手术开始，术中见：腹腔大量积血，约 1000mL，迅速清理积

血后见子宫前壁有一横长约5cm,纵长约3cm“倒T形”破口,胎儿暴露于腹腔,于18时17分以ROA位顺利娩出一活女婴,出生后积极抢救,由儿童医院医务人员接入儿童医院新生儿科进一步治疗。术后逐层关腹,皮肤行间断褥式缝合,需拆线。术程顺利,术中出血约1200mL(包括腹腔内出血1000mL),自体回输血液248mL,术中尿色清亮。术中留置胃管、腹腔引流管,术后予以缩宫素静滴、马来酸麦角新碱肌肉注射促进子宫收缩,予以益保世灵、头孢唑啉钠静滴抗感染治疗,双下肢肢体气压治疗预防下肢静脉血栓形成,因母婴分离行人工挤奶指导。于09月11日拔出胃管、09月12日拔除腹腔引流管,产妇术后未发生出血及感染等并发症,于术后第六天顺利出院。

2 护理

2.1 术前护理

术前尽早识别子宫破裂征象,及时处理,挽救母婴生命。子宫破裂发生通常是渐进的,多数由先兆子宫破裂进展为子宫破裂。胎儿窘迫是最常见的临床表现,大多数子宫破裂有胎心异常。子宫破裂的临床表现还包括:电子胎心监护(EFM)异常、宫缩间歇仍有严重腹痛、阴道异常出血、血尿、宫缩消失、孕妇心动过速、低血压、晕厥或休克、胎先露异常、腹部轮廓改变等^[1]。孕妇平车推入病区,护士询问病史,孕妇为瘢痕子宫,有剧烈腹痛,表情痛苦,大汗淋漓,腹部拒按,疼痛无间歇期,怀疑子宫破裂,立即通知主治医生查看孕妇,遵医嘱立即行床旁心电图监护、持续低流量吸氧、持续胎心监护、建立双侧静脉通路,并同时行血常规、凝血象、病毒指标、心电图及术前合血。医生查体:腹部膨隆,小于孕周,可见一陈旧性纵行手术瘢痕,瘢痕处触痛极为明显,拒按,胎心监护示:胎心50~60bpm,立即行床旁彩超提示子宫破裂,立即完善术前准备,安抚孕妇及家属,签署手术同意书,联系手术室急诊手术,孕妇在医生护士陪同下推入手术室。

2.2 术后观察及护理

2.2.1 术后常规护理。

产妇于09月10日20时50分由手术室平车推回病房,遵医嘱持续心电图监护、持续低流量吸氧6小时、去枕平卧位6小时、禁食禁饮,经鼻留置胃管、静脉留置针、腹腔引流管及留置尿管固定妥善、通畅,检查骶尾部皮肤完好、无压红,监测生命体征、记录出入量、预防并发症的发生。

2.2.2 伤口护理。

产妇因“子宫破裂”于2020年09月10日在全身麻醉下行急诊剖腹取胎术+子宫修补术。术中以DG线间断缝合子宫破口,逐层关腹,皮肤行间断褥式缝合,需拆线。术后回病

房后伤口压沙袋6小时,防止伤口渗血渗液。8小时后予以光子治疗仪(红光)照射腹部伤口10分钟,每天3次,促进伤口愈合,照射过程中注意眼睛不要直视光子治疗仪发出的光线。于09月11日术后第一天撕开腹部伤口处敷料,腹部伤口无渗血渗液、伤口周围稍红肿、无硬结,予以5%聚维酮碘消毒腹部伤口3遍、待干,予以纳米银医用抗菌敷料覆盖伤口。分别于术后第三天、术后第六天更换腹部伤口处纳米银医用抗菌敷料,伤口无红肿、无渗血、渗液,于术后第六天出院,于术后第9~10天回医院拆线,伤口愈合良好。

2.2.3 并发症预防。

瘢痕子宫再次手术容易引发众多并发症,分近期并发症和远期并发症,近期并发症依次为:产后出血、感染、羊水栓塞、器官损伤、血栓形成等;远期并发症主要包括子宫内膜异位症、盆腔粘连、切口憩室、切口妊娠、前置胎盘、子宫破裂等。

(1) 产后出血。产后出血(Postpartum hemorrhage, PPH)指胎儿娩出后24小时内,阴道分娩者出血量≥500ml,剖宫产者≥1000ml。是分娩严重并发症,是我国孕产妇死亡的首要原因。国内外文献报道产后出血的发病率为5%~10%,但由于临床上估计的产后出血量往往比实际出血量低,因此产后出血的实际发病率更高。子宫收缩乏力、胎盘因素、软产道裂伤及凝血功能障碍是产后出血的主要原因。这些原因可共存、相互影响或互为因果。子宫收缩乏力(Uterine atony)是产后出血最常见的原因。为预防产后出血,我们采取如下的一些措施。①监测生命体征:产妇返回病房时记录神志、脉搏、呼吸、血压、氧饱和度、子宫宫底质地、高度及阴道流血情况等。之后分别于15分钟、30分钟、60分钟、90分钟、120分钟、4小时、6小时、每班接班后和交班前1小时内记录一次,此外还需每小时巡视,根据情况,若出血增多,缩短巡视观察时间。②按摩子宫宫底,观察宫底质地、宫底高度及阴道流血情况,每次记录生命体征时都需要按摩子宫宫底了解具体情况,若出现子宫轮廓不清、质地软、宫底位置升高、阴道流血增多应及时通知医生处理。产妇术后返回病房时宫底质硬、平脐、阴道流血少,之后宫底位置逐渐下降,于术后第六天出院时,宫底质硬、脐下两指、阴道流血少,产后术后未出现产后出血。

(2) 感染。产褥感染(Puerperal infection)指分娩及产褥期生殖道受病原体侵袭,引起局部或全身感染,其发病率约6%。发热、疼痛、异常恶露,为产褥感染三大主要症状。产褥早期发热的最常见原因是脱水,但在2~3日低热后突然出现高热,应考虑感染可能。由于感染部位、程度、扩散范围不同,其临床表现也不同。依感染发生部位,分为会阴、

阴道、宫颈、腹部伤口、子宫切口局部感染，急性子宫内膜炎，急性盆腔结缔组织炎、腹膜炎、血栓性静脉炎，脓毒血症等。

3 小结

瘢痕子宫孕妇应高度警惕子宫破裂的发生。改善母儿结局的关键在于预测子宫破裂风险及早期识别子宫破裂征象。值得注意的是，子宫破裂症状具有不典型性及非特异性，

难以完全预测^[2]，需向瘢痕子宫再次妊娠的孕妇做好风险告知。此例产妇在医务人员的帮助下通过对子宫破裂的早期识别，及时进行了急诊手术，保障了母婴的安全，新生儿转入儿童医院进一步治疗。通过实施伤口护理、术后并发症的预防、母乳喂养指导、心理护理等措施让其得到生理及心理上的护理，让产妇获得了安全感及信任感，更好的配合医护人员的治疗及护理。

参考文献:

- [1] 谢幸,孔北华,段涛.妇产科学[M].9版.北京:人民卫生出版社,2018:212-213.
- [2] 伍绍文,何电,张为远.完全性子宫破裂 28 例临床分析[J].中国实用妇科与产科杂志,2018,34(10):1134-1138.
- [3] 单可记,王名芳,许汪斌,等.妊娠期完全性子宫破裂 105 例临床分析[J].实用妇产科杂志,2019,35(10):769-774.
- [4] 冯玲,王少帅.瘢痕子宫再次妊娠剖宫产手术时机及并发症[J].中国实用妇科与产科杂志,2019,35(02):145-147.