

泌尿生殖医学临床研究

DOI: 10.13406/j.cnki.cyxh.002045

产后严重盆腔感染转诊患者的临床分析

余美佳, 刘鹤莺, 严小丽, 王 丹, 常 青

(陆军军医大学第一附属医院妇产科, 重庆 400038)

【摘要】目的:分析由外院转至我院的产后严重盆腔感染患者的临床特点及诊治。**方法:**回顾性分析 2010 年 1 月至 2017 年 10 月陆军军医大学第一附属医院产科收治的 9 例产后重症盆腔感染转院患者的临床资料。**结果:**①9 例患者中 6 例孕妇在二级医院分娩, 3 例孕妇在当地乡镇卫生院分娩。3 例经阴道分娩, 剖宫产 6 例。6 例剖宫产中 2 例为择期剖宫产(1 例为瘢痕子宫, 1 例为社会因素), 中转剖宫产 4 例。②9 例患者产后均出现高热, 体温 38.9℃~41℃; 7 例患者伴下腹痛, 2 例无明显腹痛; 4 例患者出现剖宫产术后肠梗阻症状。1 例患者剖宫产术后第 11 天因感染性胸主动脉瘤破裂死亡。③8 例患者经静脉抗感染治疗、引流或清除感染灶后治愈出院。**结论:**不建议无指征的中孕引产及剖宫产手术。重视可疑感染性剖宫产患者术中术后治疗性引流的作用。产后体温升高、下腹痛及肠梗阻症状可能是严重盆腔感染的早期症状, 抗生素保守治疗无效时应积极手术治疗。

【关键词】产褥期; 盆腔感染; 转诊; 剖宫产**【中图分类号】**R714.6**【文献标志码】**A**【收稿日期】**2018-06-06

A clinical analysis of patients with severe pelvic infection in the postpartum period

Yu Meijia, Liu Heying, Yan Xiaoli, Wang Dan, Chang Qing

(Department of Gynecology and Obstetrics, the First Affiliated Hospital, Army Medical University)

【Abstract】Objective: To investigate the clinical features, diagnosis, and treatment of patients with severe pelvic infection referred to our hospital from other hospitals. **Methods:** A retrospective analysis was performed for the clinical data of 9 patients with severe pelvic infection during the postpartum period who were admitted to the First Affiliated Hospital of Army Medical University from January 2010 to October 2017. **Results:** Of all patients, 6 gave birth in a secondary hospital and 3 gave birth in a local health center; 3 adopted vaginal delivery, and 6 underwent cesarean section. Among the 6 patients who underwent cesarean section, 2 underwent elective cesarean section (among whom 1 had scarred uterus and 1 underwent cesarean section due to social factors) and 4 were converted to cesarean section due to failed vaginal delivery. All 9 patients had severe fever after delivery, with a body temperature of 38.9℃~41℃; of all patients, 7 had lower abdominal pain and 2 had no obvious abdominal pain; 4 patients had intestinal obstruction after cesarean section. One patient died of the rupture of infectious thoracic aortic aneurysm on day 11 after cesarean section, and the other 8 patients were cured and discharged after intravenous anti-infective therapy, drainage, or removal of the foci of infection. **Conclusions:** Induction of labor in midtrimester pregnancy and cesarean section without indications are not recommended. The role of drainage during and after surgery should be taken seriously in patients who undergo cesarean section and are suspected of infection. Increased body temperature after delivery, lower abdominal pain, and intestinal obstruction symptoms may be early symptoms of severe pelvic infection, and surgical treatment should be given if conservative treatment with antibiotics achieves no response.

【Key words】puerperium; pelvic infection; referral; cesarean section

产科重症感染常见于严重的产褥感染, 在低成本抗生素应用数年后, 它仍是导致孕产妇死亡的四大原因之一。2014 年 WHO 全球孕产妇死亡分析报告显示 1/10 孕产妇死亡由感染导致^[1]。临床上, 医师

们很重视抗生素应用, 却常常忽略在加强抗感染的同时仍需要适时掌握手术干预指征, 通过多学科讨论和高级工作人员的早期参与来改善患者预后。若感染处理不当, 可导致弥漫性腹膜炎、脓毒血症、脓毒性休克等严重并发症, 给患者带来极大痛苦甚至威胁其生命。本研究通过系统性回顾分析近 7 年院外转诊至我院救治的 9 例产后重症盆腔感染患者的临床资料, 探讨其原因、如何防范及合理治疗, 总结经验教训。

作者介绍: 余美佳, Email: 646904476@qq.com.

研究方向: 围产医学, 妇科肿瘤

通信作者: 常 青, Email: cq199@126.com。

优先出版: <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20190329.1124.002.html>

(2019-04-01)

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2010 年 1 月至 2017 年 10 月陆军军医大学第一附属医院产科住院部收治的 9 例产后重症盆腔感染患者的临床资料。患者年龄 24~37 岁,平均 27.2 岁。

1.2 方法

回顾性分析 9 例患者的孕期及分娩情况、临床表现及诊治。重症盆腔感染的人选标准参照文献^[2-3]。住院治疗的标准为^[4]:①可能手术者;②病情严重,伴高热或消化道症状;③盆腔脓肿形成。所有患者住院均签署知情同意书。

1.2.1 治疗方法 ①抗生素治疗:入院后患者行体温监测、血常规、C-反应蛋白、降钙素原测定及血/分泌物培养,依据患者感染的临床症状、各项感染指标、培养药敏结果来选用相应的抗生素,需要抗生素升级或抗生素降阶梯治疗时由药剂科指导更换或调整,同时补液等对症支持治疗。②手术治疗:感染部位引流或感染灶的手术清创。

1.2.2 随访 9 例患者的随访时间为 5~60 个月,随访方式为产后 42 d 第 1 次门诊随访。后期采用电话随访,重点随访患者月经复潮情况。

2 结果

2.1 孕期及分娩情况

分娩孕周为 20~41 周。6 例孕妇在二级医院分娩,3 例孕妇在当地乡镇卫生院分娩。经阴道分娩 3 例,剖宫产 6 例。6

例剖宫产中阴道试产后中转剖宫产 4 例;2 例为择期剖宫产。见表 1。

2.2 临床表现

产后严重盆腔感染 9 例患者中,有 3 例(例 2、例 3 和例 4)患者产后体温正常,但术后 8~15 d 出现发热,体温最高达 39.9 ℃;其余 6 例分别于术后第 1~4 天出现体温升高,最高达 41 ℃。顺产 2 例(例 2 和例 7)患者 B 超检查提示胎盘残留,2 例(例 5、例 8)患者超声检查提示子宫肌层回声欠均匀,3 例(例 1、例 4 和例 6)患者 CT 检查提示盆腔脓肿,1 例(例 3)患者 CT 提示腹直肌脓肿,1 例(例 9)患者 MRI 提示子宫周围及盆腔内多发脓肿。9 例患者中 7 例患者体温升高时伴下腹痛,其余 2 例腹部无明显压痛。4 例患者出现术后肠梗阻症状。9 例患者细菌培养 2 例为大肠埃希菌,1 例粪肠球菌,另外 6 例未培养出细菌。

2.3 治疗及预后

所有患者入院前均使用抗生素,均为三代头孢类抗生素。入院后,以血常规、C-反应蛋白、降钙素原结果、药敏结果以及药剂科会诊为依据选用抗生素抗感染,方案或维持原抗生素治疗,或抗生素升级治疗。药物种类包括三代头孢+奥硝唑、喹诺酮类、万古霉素及亚胺培南等。1 例患者(例 3)行开腹清创,2 例患者(例 2 和例 7)行宫腹腔镜检查及钳刮/电切术,2 例(例 6 和例 9)患者感染灶穿刺引流,4 例(例 1、例 4、例 5 及例 8)患者行宫腔引流和(或)腹部切口引流换药。1 例(例 1)患者转入我院治疗第 11 天因胸主动脉瘤破裂死亡,尸检结果考虑死因为感染性动脉瘤破裂。其余 8 例患者产后月经恢复,月经周期、经期及经量与孕前无明显变化。见表 2。

表 1 9 例重症盆腔感染患者孕期及分娩情况

病例	分娩孕周	胎膜早破	分娩医院	分娩方式	剖宫产原因
1	36	是	县妇幼保健院	剖宫产	绒毛膜羊膜炎
2	20	否	镇卫生院	阴道分娩(利凡诺)	
3	40	否	县人民医院	剖宫产	宫口开大 2 cm,无法忍受疼痛,要求剖宫产
4	7个月	否	县人民医院	阴道分娩	
5	38	否	县人民医院	剖宫产	要求剖宫产
6	39	否	县妇幼保健院	剖宫产	相对头盆不称
7	33	是	县人民医院	阴道分娩	
8	40	否	镇卫生院	剖宫产	瘢痕子宫
9	41	否	镇卫生院	剖宫产	宫口开全,家属认为孕妇疲劳,要求手术

表 2 9 例重症盆腔感染患者的临床表现、诊治及预后情况

病例	最高温度(℃)	腹痛	诊断距分娩时间(d)	影像学检查	院外治疗措施	我院治疗措施	我院治疗时间(d)	细菌培养	预后
1	40.0	有	1	CT:盆腔脓肿	抗感染 物理降温	腹部及宫腔引流	11	大肠埃希菌	死亡
2	39.1	无	8	B超:组织残留	抗感染 物理降温	宫腹腔镜下钳刮术	23	大肠埃希菌	痊愈
3	39.9	有	15	CT:腹直肌脓肿	抗感染	开腹清创	3	无细菌	痊愈
4	38.9	有	14	CT:盆腔脓肿	镇医院行清宫术后建议 转上级医院	腹部及宫腔引流	12	无细菌	痊愈
5	39.8	有	3	B超:子宫肌层回声欠均匀	抗感染	宫腔引流	25	无细菌	痊愈
6	39.8	有	2	CT:盆腔脓肿	抗感染、中药灌肠、剖腹 清脓	穿刺引流	9	无细菌	痊愈
7	41.0	无	4	B超:组织残留	抗感染	宫腹腔镜下胎盘残留 组织电切术	12	无细菌	痊愈
8	40.0	有	2	B超:子宫肌层回声欠均匀	抗感染 腹部切口清创换药	腹部切口引流+宫腔 引流	20	无细菌	痊愈
9	39.0	有	3	MRI:子宫周围及盆腔内多发脓肿	抗感染 退热	宫腔引流 穿刺引流	12	粪肠球菌	痊愈

3 讨论

阴道条件致病菌在胎膜早破、胎盘胎膜残留、产科宫腔手术操作、剖宫产手术等情况下极易发生产褥感染,一旦治疗不及时,病原菌沿开放的血窦可迁延至全身各个脏器,大大增加治疗的难度及患者的危险程度。

在分析院外转诊的 9 例重症盆腔感染患者的资料发现:2 例患者为中孕无母体或胎儿因素的要求引产,3 例患者为要求剖宫产(1 例宫口开大 2⁺ cm 因无法忍受疼痛强烈要求手术终止妊娠,1 例宫口开全因家属自觉孕妇疲倦要求手术终止妊娠,1 例为患者直接要求手术终止妊娠)。《中华人民共和国母婴保健法》第 18 条指出:胎儿患严重遗传性疾病或有严重缺陷的;因患严重疾病,继续妊娠可能危及孕妇生命安全或者严重危害孕妇健康为终止妊娠的情形,不支持无指征的引产。2015 年 WHO 发表关于剖宫产的声明中仍认为没有证据证明对不符合指征的孕妇实施剖宫产可使母婴受益^[5]。这说明基层医生对患者终止妊娠指征把握不严。医务工作者需提高自身理论知识和助产急救技能,加强与患者及家属的沟通,严格把握终止妊娠的指征。

剖宫产手术后发生感染的概率为阴道分娩患者的 5~20 倍^[6]。本文 2/3 院外转诊患者为剖宫产术后,在分析院外治疗过程时课题组发现:基层医院对感染的治疗仍停留在抗生素的使用及物理降温层面,未积极采取手术干预、多学科联合诊治、高级工作人数的早期参与等方式,导致患者病情未控治疗难度增加。这说明对产科感染的综合处理能力不足。产科感染方面的处理措施常有^[7]:术中对宫腔、胎盘胎膜、脐带以及新生儿耳、咽拭子等部位进行分泌物细菌培养及药物敏感试验;留取胎盘胎膜、脐带送病理组织学检查;宫腔及盆腔放置引流管充分引流;术后使用足量抗生素抗感染、加强宫缩促进子宫复旧及强有力地对症支持治疗等。对比患者在我院及院外的治疗,课题组发现除加强抗感染治疗外,更重视感染病灶的引流治疗。腹腔感染最主要的方法是病灶清除和彻底通畅引流,引流作为手术治疗的重要部分可以帮助控制病灶及治愈疾病^[8]。引流是治疗感染的有力外科手段,但常被产科医师忽略。因此,产科医师在感染的治疗中也应重视治疗性引流的作用。

除了积极的治疗感染外,早期识别和诊断也同样重要。本组 9 例患者最高体温均在 38.9℃ 以上,7 例患者伴有腹痛症状,4 例患者并发产后肠梗阻。炎症介质的释放可引起胃肠道运动功能障碍,肠壁充血水肿,肠管气体和液体潴留,肠管广泛粘连,加重肠道梗阻^[9],但多数患者经保守治疗可治愈。因此在产妇出现高热、腹痛、肠梗阻等临床表现时应高度警惕盆腔感染,需严密观察患者病情变化,动态监测血常规、C-反应蛋白及降钙素原,及时去除病因。一般积极治疗 48~72 h 后患者症状会好转,体温呈下降趋势。一旦合并盆腔脓肿时,保守治疗的成功率会下降,Chappell^[4]报道盆腔感染合并脓肿形成时经积极治疗 48 h 后,临床感染症状无好转时应考虑手术或引流。

综上所述,不建议无指征的中孕引产及剖宫产手术。重视可疑感染性剖宫产患者术中术后治疗性引流的作用。产后体温升高、下腹痛及肠梗阻症状可能是严重盆腔感染的早期症状,采用抗菌药物保守治疗不能形成良好的治疗效果时,需积极进行感染部位引流或清创。

参 考 文 献

- [1] Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis[J]. Lancet Glob Health, 2014, 2(6): e323-333.
- [2] Abehsera-Davo D, Panal-Cusati M, Sanchez-Pastor M, et al. Results following an action protocol in patients with severe pelvic inflammatory disease[J]. Ginecol Obstet Mex, 2013, 81(6): 304-309.
- [3] Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015[J]. MMWR Recomm, 2015, 64(3): 78-82.
- [4] Chappell CA. Pathogenesis, diagnosis, and management of severe pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess[J]. Clinical Obstetrics & Gynecology, 2012, 55(4): 893-903.
- [5] WHO. WHO statement on caesarean section rates[R]. Geneva: World Health Organization, 2015: 1.
- [6] WHO. WHO recommendations for the prevention and treatment of maternal peripartum infections[R]. Geneva: World Health Organization, 2015: 6.
- [7] 刘兴会, 何 镭. 剖宫产腹部切口感染的防治[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2012, 28(6): 412-414.
- [8] 李玉民, 毛 杰. 腹腔引流在外科感染防治中的合理应用[J]. 中国实用外科杂志, 2016, 36(2): 143-146.
- [9] Pujahari AK. Decision making in bowel obstruction: a review[J]. J Clin Diagn Res, 2016, 10(11): PE7-12.

(责任编辑:张辉洁)