妇产科临床中急症子宫切除术的临床分析与研究

彭金菊

利川市民族妇幼保健院 湖北 利川 445400

【摘　要】：目的：探讨急症子宫切除术中不同术式对患者围手术期恢复及术后并发症的影响。方法：选取 2023 年 1 月至 2025 年 12 月在本院接受急症子宫切除术的 90 例患者为研究对象，按手术方式分为观察组（行髂内动脉结扎联合子宫切除术，45 例）与对照组（行常规经腹子宫切除术，45 例）。比较两组围手术期相关指标及术后并发症发生情况。结果：观察组术中出血量少于对照组，手术时间、术后排气时间、术后住院时间均短于对照组（P<0.05）；观察组术后并发症总发生率低于对照组（P<0.05）。结论：髂内动脉结扎联合子宫切除术应用于妇产科急症救治中效果确切，可缩短手术操作时长，减少术中出血量，促进患者术后胃肠功能恢复，降低并发症发生率。

【关键词】：急症子宫切除术；髂内动脉结扎；围手术期指标；术后并发症

DOI:10.12417/2705-098X.26.20.080

危及女性生命安全的妇科急危重症病例中，难以控制的子宫出血具备极高的致死风险，也是临床救治工作中最为棘手的症状类型。产后子宫收缩乏力、异常胎盘植入以及妊娠期子宫破裂等多种病理状况，都会造成短时间内的大量失血。保守止血方案无法有效遏制出血症状时，急症子宫切除手术就成为终止失血、挽救患者生命的终极救治方式。此类急症病例普遍存在病情突发、进展速度快、救治时间有限的临床特征，手术全程面临极高的大出血风险，术后各类不良并发症的发生概率也处于较高水平[1]。快速高效的止血干预、合理控制手术时长、减少术中血液流失以及降低术后并发症发生率，是现阶段妇科急症临床救治工作中亟待完善的核心方向。髂内动脉结扎技术能够针对性阻断盆腔主要供血通路，快速减轻术中创面渗血问题，为子宫切除的精细化操作创造清晰稳定的手术视野，为提升急症救治效果提供重要的技术支撑[2]。基于此，本文旨在探讨急症子宫切除术中不同术式对患者围手术期恢复及术后并发症的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 1 月至 2025 年 12 月在本院接受急症子宫切除术的 90 例患者，按手术方式分为观察组与对照组各 45 例。观察组年龄 23~44 岁，平均（32.45±5.67）岁。对照组年龄 24~45 岁，平均（33.12±5.23）岁。两组一般资料比较（P>0.05），具有可比性。纳入患者符合急症子宫切除术手术指征。排除标准：合并严重心肝肾等重要脏器功能障碍，凝血功能异常及恶性肿瘤晚期患者。

1.2 方法

对照组常规经腹子宫切除术治疗，手术入路统一选取下腹部正中纵行切口，逐层切开腹壁皮肤、皮下组织、腹直肌及腹膜组织，充分暴露盆腔手术视野。术中对盆腔浅表出血点进行初步止血处理后，严格遵循妇科标准手术流程，依次离断子宫相关韧带、结扎子宫动静脉血管，完整剥离并切除子宫组织。病灶切除完成后，对盆腔腹膜创面进行连续缝合，清理腹腔内残留积液与积血，确认无活动性出血后，逐层缝合腹壁各层组织，完成手术操作。

观察组患者的手术操作在常规子宫切除术式的基础上增加双侧髂内动脉结扎操作，腹壁切口开放与盆腔暴露步骤与对照组保持一致。盆腔组织充分显露后，先精准分离双侧髂内动脉周围疏松结缔组织，清晰暴露动脉走行轨迹，采用专用结扎线对血管进行稳妥结扎，阻断盆腔主要供血通路。血管结扎操作完成且确认结扎稳妥后，再开展后续子宫切除的系列操作，全程手术解剖层次与基础术式保持统一。

患者术中均接受持续生命体征监护，动态监测血压、心率、血氧饱和度等核心指标，根据术中失血情况与机体循环状态，实时调整补液速度与补液总量，有效维持机体循环功能稳定，术中失血量过多的患者可酌情输注异体血液纠正贫血状态。患者术后统一采用广谱抗生素开展预防性抗感染治疗，定时监测腹部切口愈合状态，细致观察阴道流血量、流血性状等恢复指标，及时处理术后出现的异常症状。

1.3 观察指标

（1）围手术期相关指标：包括手术时间、术中出血量、术后排气时间、术后住院时间。

（2）术后并发症发生情况：包括切口感染、泌尿系统感染、下肢深静脉血栓、肠粘连。

1.4 统计学方法

采用 SPSS26.0 软件进行统计分析。围手术期相关指标以（$\bar{x}\pm s$）表示，用 t 检验；并发症发生率以率（%）表示，用 χ^2 检验。P＜0.05，则差异显著。

2 结果

2.1 两组围手术期相关指标比较

观察组手术时间、术中出血量、术后排气时间及术后住院时间均优于对照组（P<0.05）。见表 1。

表 1 围手术期相关指标比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	45	45	—	—
手术时间(min)	78.56±12.34	85.42±13.67	2.500	0.014
术中出血量(mL)	986.54±156.78	1085.32±172.45	2.843	0.006
术后排气时间(h)	24.56±4.23	27.18±4.56	2.826	0.006
术后住院时间(d)	8.12±1.35	8.96±1.52	2.772	0.007

2.2 两组术后并发症发生情况比较

观察组并发症总发生率低于对照组（P＜0.05）。见表 2。

表 2 并发症发生情况比较［例（%）］

组别	观察组	对照组	X^2 值	P 值
例数	45	45	—	—
切口感染	1(2.22)	3(6.67)	—	—
泌尿系统感染	1(2.22)	2(4.44)	—	—
下肢深静脉血栓	0(0.00)	1(2.22)	—	—
肠粘连	0(0.00)	2(4.44)	—	—
总发生	2(4.44)	8(17.78)	4.050	0.044

3 讨论

在临床需行急症子宫切除术的妇产科患者中，产后大出血是实施该手术的首要病因，胎盘植入、外伤性子宫破裂为次要致病因素。临床常规保守干预手段，包含子宫局部按摩、宫缩类药物静脉给药、宫腔纱布填塞等对症止血方案，无法有效控制顽固性宫缩乏力引发的产后大出血时，手术切除子宫就成为阻断失血、保全患者生命的核心救治手段[3]。胎盘植入发病的核心病理机制为胚胎绒毛组织侵入子宫肌层内部，胎盘剥离创面会形成大面积弥散性出血，常规缝合止血方式难以彻底封堵出血点位，保守治疗失败概率极高。外力损伤或分娩异常引发的子宫破裂，往往伴随快速进展的腹腔内大出血，病情恶化速度极快，临床救治需要在极短时间内完成止血操作。这类急症妇科疾病普遍存在出血速度快、病情进展不可预估的临床特点，对临床手术操作熟练度与急症应急处置能力有着极高要求[4]。处于急症出血状态的患者，身体多进入失血性休克代偿阶段，机体对麻醉耐受能力显著下降，过长的手术操作时长会持续加重机体创伤，直接提升各类术后并发症的发病概率，对患者预后恢复造成不利影响。

经腹子宫切除术是妇科临床应用多年的经典术式，凭借成熟的操作流程广泛应用于各类子宫切除手术。术者通过下腹部正中切口逐层开放腹腔后，按照临床标准化操作流程，依次处理子宫圆韧带、盆腔附件及子宫主干血管，最终完成子宫完整切除。该手术方式操作流程普及度高，术中对特殊精密器械的依赖程度较低，基层医疗机构同样具备开展条件。急症救治场景下的盆腔组织会呈现明显充血水肿状态，组织质地脆弱且脆性增加，直接对子宫主干血管进行钳夹离断，极易引发难以控制的广泛性创面渗血，进一步拖延整体手术进程。髂内动脉结扎技术可针对性解决盆腔术中渗血难题，通过阻断盆腔核心供血通路，促使盆腔侧支循环快速代偿供血，大幅降低术野弥漫性出血的发生程度[5]。清晰干净的手术视野，能够让术者平稳完成子宫血管结扎与宫旁组织剥离等精细操作，有效提升术中操作的精准度与规范性。该联合操作模式对术者的盆腔解剖认知水平有着较高要求，术中需精准识别髂内动脉的走行层次，规避毗邻的髂静脉、输尿管等重要组织发生医源性损伤，保障手术整体安全性。

本文研究显示，观察组手术时间短于对照组，术中出血量少于对照组，术后排气时间早于对照组，术后住院时间短于对照组（P<0.05）。该组手术干预模式能够从多维度优化急症子宫切除患者的手术治疗效果，对术中操作与术后机体恢复均产生积极正向作用。盆腔主干血管血流通路可通过髂内动脉结扎操作得到有效阻断，大幅减少手术操作区域的弥漫性渗血问题，彻底改善术中术野模糊、积血干扰操作的不良手术环境。清晰的手术视野能够让术中各项解剖分离、血管结扎、组织离断操作严格按照盆腔正常解剖层次有序推进，规避盲目操作带来的时间损耗，有效压缩整体手术时长。术中出血量的精准控制，能够大幅降低临床异体血输注的应用概率，从根源减少输血相关的各类机体不良反应。稳定的术中出血控制效果可减轻手术创伤对机体循环系统的应激刺激，维持术中及术后早期机体血流动力学的平稳状态[6]。机体受创应激程度的降低、术中出血量的减少以及手术时长的优化，能够为术后胃肠道功能的快速修复创造良好生理条件，助力患者尽早恢复自主排气进食，有效缩短术后康复周期与临床住院时长，提升整体救治与康复效率。

观察组术后并发症总发生率（4.44%）低于对照组（17.78%）（P<0.05）。这一临床数据变化能够证实，在急症子宫切除手术中联合应用髂内动脉结扎技术，可切实降低各类术后不良症状的发生概率，大幅提升急症手术的安全性。手术全程操作时长的有效缩减与术中失血的精准控制，能够显著弱化手术创伤给机体带来的应激损伤，机体免疫功能不会因过度应激反应出现明显抑制，术后创面及盆腔组织的感染发病概率可得到有效

管控。髂内动脉结扎操作能够改变盆腔原有血流分布状态，创面位置的持续性渗血问题可得到有效遏制，盆腔内部积血、积液淤积的情况显著减少。手术创面能够保持干燥整洁的愈合环境，盆腔局部血肿的形成概率大幅下降，从生理层面规避血肿继发感染、腹腔组织粘连等常见术后问题。手术进程的优化缩短了腹腔脏器与外界空气、手术器械的接触时长，腹腔内部肠道组织受到的机械性刺激与环境干扰显著降低[7]。肠道蠕动功能可以在术后短时间内逐步恢复，肠道功能紊乱引发的各类并发症得以减少，从多方面提升患者术后整体康复质量，为急症手术患者的预后恢复提供有力保障。

综上所述，在妇产科急症救治中应用髂内动脉结扎联合子宫切除术，能够显著缩短手术时间，减少术中出血，加快术后恢复，使并发症发生风险降低，临床应用价值较高。

参考文献：

[1] 沈鑫,李虹,刘晓英.产科急症子宫切除术 21 例临床分析[J].中国妇幼保健,2022,37(8):1371-1374.

[2] 赵雅倩,何银芳.难治性产后出血子宫切除术的病因及危险因素分析[J].临床医学进展,2022,12(3):2281-2289.

[3] 胡佳宁,张锦文,刘晓瑞,等.难治性产后出血导致子宫切除的危险因素分析[J].上海交通大学学报(医学版),2022,42(4):409-414.

[4] 陈楠,马晓汇,张心荷,等.达芬奇机器人手术系统辅助子宫切除术的安全性评价[J].机器人外科学杂志(中英文),2026,7(2):206-211.

[5] 石动菊,王宁,霍会婵.不同手术方式的子宫切除术对患者术后恢复及并发症的影响[J].生物医学工程学进展,2026,47(3):204-208.

[6] 张晓静,方月兰,胡军武,等.Vnotes 入路筋膜外全子宫切除术治疗绝经后宫颈 HSIL 的疗效和安全性分析[J].中华医学杂志,2026,106(28):2995-2998.

[7] 杜忠蕾,王晓娟,管春彦,等.4K 腹腔镜与开腹手术治疗复杂全子宫切除术的疗效与安全性比较[J].机器人外科学杂志(中英文),2026,7(8):1412-1417.