

B-Lynch 缝合术在产后出血中的应用

许芬芬 祁慧娇

(浙江省温州市中西医结合医院 温州 325000)

摘要:目的:探讨 B-Lynch 缝合术在处理产后出血中的可行性及应用价值。方法:分析 1999 年 8 月~2005 年 9 月间,产后出血经保守治疗无效行髂内动脉结扎或子宫切除术 43 例为对照组,行 B-Lynch 缝合术 21 例为治疗组。结果:治疗组手术时间(35.23±11.23)min,明显短于对照组(121.25±27.20)min($P < 0.01$);治疗组术中出血量(101.56±34.24)mL,显著少于对照组(211.41±49.56)mL($P < 0.01$);对照组中 7 例行髂内动脉结扎术,其中 3 例无效改为子宫切除术,1 例子官次全切除术后仍出血不止而再次手术切除残留宫颈+盆腔塞纱。全部病例止血成功。结论:运用 B-Lynch 缝合术应用于产后出血具有止血快、简便、易于操作、疗效确切、手术时间短、安全性大且保留了子宫的优点。

关键词:产后出血;B-Lynch 缝合术;临床应用

中图分类号:R 713.4

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2006)02-0027-02

产后出血是产科常见的严重并发症,是导致产妇死亡的主要原因。特别是重度产后出血,当保守治疗无效危及产妇生命时,传统上以双髂内动脉结扎术或次全子宫切除术甚至全子宫切除术为最终止血手段。前者手术难度较大,技术要求高、风险大,且有效率只有 42%^[1];后者虽可达到止血目的,但是以器官的丧失为代价。我院自 2004 年 2 月以来采用 B-Lynch 缝合术救治产后出血病人取得满意疗效,避免了子宫切除。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 资料来源 我院于 1999 年 8 月~2005 年 9 月期间,因各种原因产后出血经保守治疗无效行髂内动脉结扎术或子宫切除术患者 43 例,其中髂内动脉结扎 7 例,有 3 例行髂内动脉结扎术后无效改行子宫切除术;行 B-Lynch 缝合术 21 例。前者相对集中在 1999 年 8 月至 2003 年之间为对照组,后者集中在 2004 年以后为治疗组。2 组基本资料见表 1、表 2。

表 1 2 组基本资料 ($\bar{X} \pm S$)

组别	年龄/岁	孕周	出血量/mL	分娩方式			例
				经阴道	剖宫产	产后出血晚期产后出血	
对照组	26.4±6.6	38.4±9.3	2 131.5±542.5	28	15	42	1
治疗组	25.9±5.1	38.8±10.4	2 480.12±677.4	6	15	21	0
<i>P</i>	>0.05	>0.05	>0.05				

表 2 2 组出血原因

组别	子宫收缩乏力	前置胎盘	胎盘早剥	胎盘植入	羊水栓塞	子宫破裂	剖宫产子宫下段血管破裂	例
对照组	31	1	3	2*	2	2	1	
治疗组	18	2 [△]	1	0	0	0	0	

注:* 胎盘部份植入;△其中 1 例前置胎盘合并部份胎盘植入。

1.2 方法

1.2.1 对照组 按常规术式行髂内动脉结扎术或子宫切除术。

1.2.2 治疗组 全麻卧位,经腹在子宫下段做横切口,如剖宫产术后出血,切开原切口,将子宫由腹腔内取出,清除宫腔积血后用 1 号可吸收线,穿刺子宫切口距右侧 3cm 的右下缘 3cm,由外向内垂直进针,依次穿透子宫下段肌层和蜕膜层。同根线于宫腔内从对应的切口上缘距侧方约 4cm 穿刺出针,依次穿过子宫蜕膜层、肌层和浆膜层,将缝线拉至宫底加压于宫底距右侧宫角约 3~4cm 部位,于该处垂直绕过宫底至后壁右侧子宫骶韧带的上方,在与前壁相同部位进针,自右向左,由外向内斜行进针并依次穿透子宫浆膜层、肌层和蜕膜

层,在对应的左侧子宫骶韧带的上方水平出针。同理,继续左半部的缝合。缝线最后在子宫切口左侧 3cm 的切口下半部相应部位穿出。在双手加压的协助下缓慢渐牵拉该缝线,拉紧缝线的首尾部后打结,使子宫呈纵向压缩状。止血后缝合关闭子宫切口。观察子宫色泽,由灰暗转为红润,出血渐止,生命体征平衡,方可关腹。

1.3 疗效评定标准 以实施 B-Lynch 缝合术结束后计时,进行疗效评定。(1)有效:阴道流血速度≤50mL/h,子宫渐收缩变硬,生命体征平稳,尿量正常。(2)无效:阴道流血速度>50mL/h,子宫收缩,生命体征恶化,尿量<30mL/h 或无尿。

1.4 统计学处理 按统一设计表格进行病例资料统计,采用 *t* 检验。

2 结果

2.1 术中情况 2 组手术时间、术中出血量比较见表 3。

表 3 2 组术中情况比较 ($\bar{X} \pm S$)

	治疗组		对照组		<i>P</i>
手术时间/min	35.23±11.23	121.25±27.20			<0.01
术中出血量/mL*	101.56±34.24	211.41±49.56			<0.01

注:* 不包括采用该技术时的已出血量。

2.2 效果及预后 治疗组 21 例经 B-Lynch 缝合术治疗后均有效,术后无并发症,无 1 例因血液循环不良或术后再出血而剖腹探查或切除子宫。术中及术后共有 16 例接受了输血治疗,输血量在 400~1 200mL,输血量的多少和有无与采用该技术时的已出血量呈正相关。术后宫体按期复旧;随访时间最长 20 个月,最短 2 个月,均有正常月经来潮,月经恢复时间为术后 2~13 个月,无痛经,B 超检查子宫回声均匀,轮廓清楚。其中 1 例已再次分娩,母婴健康;1 例术后 8 个月早孕人流。对照组 43 例,行髂内动脉结扎 7 例,其中 3 例行髂内动脉结扎术无效改行子宫切除术;其它分别行子宫次全切除或全子宫切除,其中 1 例子官次全切除术后仍出血不止而再次手术切除残留宫颈+盆腔塞纱,均止血成功。

3 讨论

根据全国孕产妇死亡监测协作组报道,1985~1995 年孕产死亡原因首位的是产科出血^[2]。多年来,医务人员在防治产后出血中进行了大量的研究:药物治疗、宫腔纱条填塞、髂内动脉结扎、动脉导管栓塞等都是有效治疗方法。但以上多种

保妇康栓和裸花紫珠栓治疗念珠菌性阴道炎的疗效对比观察

陈端端 陈惠芳

(广东省佛山市顺德区妇幼保健院 佛山 528300)

摘要:目的:评价 2 种中药栓剂保妇康栓和裸花紫珠栓治疗念珠菌性阴道炎的临床疗效。方法:108 例念珠菌性阴道炎患者随机分为保妇康栓组和裸花紫珠栓组,每组 54 例。保妇康栓组每日顿服伊曲康唑 200mg,连服 7d,同时将保妇康栓 1 粒置入阴道深部,用药 7d 为 1 个疗程。裸花紫珠栓组每日顿服伊曲康唑 200mg,连服 7d,同时将裸花紫珠栓 1 粒置入阴道深部,用药 7d 为 1 个疗程。2 组每月用 1 个疗程,连用 2 个月经周期后到门诊妇科复查,观察 2 组治疗前后症状变化。结果:保妇康栓组痊愈率及总有效率分别为 85.1%及 96.3%,裸花紫珠栓组痊愈率及总有效率分别为 66.7%及 85.2%,2 组痊愈率及总有效率有显著性差异($\chi^2=5.07, P<0.05; \chi^2=3.98, P<0.05$)。结论:在抗真菌药物伊曲康唑的基础上,联合应用保妇康栓治疗念珠菌性阴道炎,疗效满意,安全可靠。

关键词:念珠菌性阴道炎;中西医结合疗法;保妇康栓;裸花紫珠栓;伊曲康唑;对比研究

中图分类号:R 711.31

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2006)02-0028-02

目前念珠菌阴道炎的治疗重点是以抗真菌药物直接消灭病原菌为主,主张局部与全身用药相结合^[1]。一般而言,局部用药多以栓剂为主,保妇康栓和裸花紫珠栓为常用的中药栓剂^[2]。我们在抗真菌药物伊曲康唑的基础上,联合应用保妇康栓和裸花紫珠栓治疗念珠菌性阴道炎,旨在评价 2 种中药栓剂的临床效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 病例选择 选择 2003 年 8 月~2004 年 10 月我院妇科门诊收治的念珠菌性阴道炎患者 108 例,均为已婚或未婚有性生活史妇女,年龄 20~51 岁,病程 6 个月~5 年,平均(3.5±1.9)年,治疗前未用过其它药物。随机分为保妇康栓组和裸花紫珠栓组,每组 54 例。2 组年龄、病程无显著性差异,具有可比性($P>0.05$)。

止血措施中,有些手术难度大、设备条件和技术要求高、风险大,许多医师尚未能掌握,因此不能在临床实际工作中很好推广和运用。重度产后出血,是产科危急重症,传统上为挽救生命最终行子宫切除,使产妇以器官丧失为代价,并且由此引起一系列生理上的变化,影响患者的生活质量。因此如何因地制宜,选择一种快速、简便、有效、适当的止血方法,一直是广大妇产科医生所关注的。B-Lynch 缝合术系由英国 Milito Keynes 医院报道^[3]的一种新的外科手术控制产后出血的缝合方法,即在子宫前后壁缝线加压子宫,使子宫呈纵向压缩态势,交织于肌纤维间的子宫壁间血管被有效挤压,血窦被关闭,出血迅速停止。从我院 21 例的临床应用和观察资料表明,B-Lynch 缝合术操作简便、易行、手术时间明显较对照组短(表 1)。这对于争分夺秒的抢救是至关重要的;且安全,止血效果迅速、可靠、持久,可有效控制出血,避免切除子宫和席汉综合征后遗症等不良结局的发生。医用可吸收线缝合子宫,不会造成术后肠管嵌顿和异物残留等并发症;对月经恢复无影响。因此,B-Lynch 的临床应用为治疗产后出血,特别是严重宫缩乏力性出血,增添了一个行之有效的方法。尤其在基层医院,易于掌握及临床推广应用。

产后出血应用 B-Lynch 缝合术适应症选择:(1) 子宫收缩乏力性出血的产妇,经缩宫术和止血药物、局部缝合、按摩子宫、结扎子宫动、静脉血管等综合处理无效,而术者双手前后用力挤压子宫体时可使出血明显减少。(2) 前置胎盘,尤其

1.2 病例诊断标准^[4] (1) 临床表现:外阴瘙痒,阴道黏膜充血、糜烂,白带呈白色凝乳状或豆腐渣样。(2) 实验室检查:阴道分泌物湿片镜检见念珠菌芽生孢子及假菌丝,阴道 pH<3,阴道分泌物清洁度 IV 度。

1.3 病例排除标准 妊娠或哺乳期妇女,肝、肾功能损害或有严重系统疾病患者,应用免疫抑制药患者,糖尿病患者,对此类药物过敏者。

1.4 给药方法 所有患者每日晚餐后口服伊曲康唑(斯皮仁诺片,西安杨森制药有限公司生产)200mg,连服 7d。保妇康栓组:在每次月经干净第 2 天开始,每晚临睡前洗净外阴及阴道内分泌物,将保妇康栓(海南碧凯药业有限公司生产)1 粒置入阴道深部,用药 7d 为 1 个疗程。裸花紫珠栓组:同法给予裸花紫珠栓(海南中元制药有限公司生产),常规冲洗阴

合并部份胎盘植入的产妇,经前述方法处理后仍在明显的出血倾向时,为避免出血过多和保留生育功能,应尽早尽快实施该术。我们的体会是,应用越早,止血效果越好,可避免失血性休克、输血并发症、甚至产妇死亡等严重不良结局的发生。特别是在剖宫产时发现宫缩乏力性子宫出血量达 800ml 以上时就可采用这种外科缝合术。

开展该项缝合术的注意点:(1) 子宫后壁缝合时的进出针部位要与子宫下段前壁的切口部位同在一水平,而且要穿透全层,以保证拉线用力均匀,使子宫前后壁的受力均衡,而且不易撕脱;贯穿子宫切口的缝线一定要距离切缘 2~3cm,以免该处组织被缝线切割断。(2) 缝合完毕,拉线均匀、适度,拉线打结松紧度以打结后缝线可被提起并能容纳 1 指为宜。避免拉线过紧,影响血液供应,导致该术失败。(3) 缝合结束后必须观察 15min 左右,必要时延长观察时间,观察的内容包括:子宫的颜色、阴道流血量、尿量和生命体征等。

参考文献

[1] Hansch E, chitkara U, Mc Alpine J, et al. Pelvic arterial embolization for control of obstetric hemorrhage: a five - year experience[J]. Am J Obstet Gynecol, 1999,18(6): 1 454
[2] 全国孕产妇死亡监测协作组. 全国孕产妇死亡监测结果分析[J]. 中华妇产科杂志, 1999, 34(11): 647
[3] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 801~ 802

(收稿日期: 2005-11-13)