

单腔水囊压迫止血用于产后出血的临床观察

肖卫荣

(江西省丰城市妇幼保健院 丰城 331100)

关键词: 产后出血; 单腔水囊; 止血

中图分类号: R 714.461

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.050

产后出血是指胎儿娩出后 24 h 内出血量超过 500 mL, 为分娩期严重并发症及孕产妇死亡的主要原因^[1-2]。及时而有效的治疗方法可以减少出血, 从而保留子宫, 有利于产妇的身心健康。因此探讨一种安全、简捷、有效的止血方法成为产科医师关注的热点。我院 2009~2011 年采用单腔水囊压迫止血治疗产后大出血, 收到满意效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 7 月~2011 年 2 月在我院住院分娩 3 126 例, 发生产后出血共计 47 例, 其中 36 例采用单腔水囊压迫止血, 年龄为 20~38 岁, 平均 29 岁; 初产妇 14 例, 经产妇 22 例; 孕周为 35~42 周; 阴道分娩 7 例, 占 19.4%, 剖宫产 29 例, 占 80.6%; 出血原因为前置胎盘 8 例, 胎盘早剥 2 例, 巨大儿 7 例, 胎盘粘连 2 例, 子宫收缩乏力 17 例。36 例患者出血量为 500~2 000 mL。

1.2 放置水囊指征 胎儿娩出后, 经缩宫素、卡孕栓及按摩子宫、局部出血点缝扎等方法处理后效果不好, 仍不能控制出血, 当出血量达到 500 mL 或有大出血倾向时即采用单腔水囊压迫止血。

1.3 水囊放置方法 阴道分娩的产妇取膀胱截石位, 常规消毒外阴、阴道, 将单腔水囊送入宫腔底部, 注入无菌生理盐水 200~350 mL, 水囊导尿管的另一端连接引流袋, 观察宫腔出血情况。剖宫产术中水囊的放置方法不同之处: 从子宫切口处放置水囊, 用卵圆钳夹持导尿管, 从宫颈管至阴道送出, 由台下助手连接引流袋和注水, 见无出血后缝合子宫切口, 术中注意避免缝到水囊, 术后观察出血量。

1.4 一般治疗 放置水囊后严密观察患者生命体征、宫底高度、子宫出血情况。术后常规给予广谱抗生素 3~5 d 预防感染, 并于缩宫素静脉点滴, 同时注

意保持外阴清洁。

2 结果

36 例产后出血患者放置水囊期间出血量为 20~60 mL。水囊 24 h 后取出, 取水囊前同时静脉点滴缩宫素及备好血, 取出水囊后均无明显阴道出血, 止血有效率达 100%。患者平均住院天数 4~8 d, 住院期间生命体征平稳, 子宫收缩良好, 阴道出血少。产后 42 d 随访, 子宫复旧好。

3 讨论

胎儿娩出后 24 h 内阴道出血量超过 500 mL, 称为产后出血, 80% 发生在产后 2 h 内, 产后出血是分娩期严重并发症, 是孕产妇死亡的主要原因。产后出血的发生率占分娩总数的 2%~3%, 由于测量和收集血量的主观原因, 实际发生率更高。产后出血的常规处理方法为按摩子宫、缩宫素及前列腺制剂的应用、宫腔填塞纱布, 上述方法无效时可开腹行子宫动脉上行支结扎术或双侧髂内动脉结扎术, 成功率仅为 42%^[3], 或开腹行 B-Lynch 缝合术, 但都操作复杂, 在紧急情况下会耽误抢救时间。近年来开展的髂内动脉或子宫动脉栓塞术, 虽然是一种成功率高、不良反应小的止血方法, 但其操作技术要求高, 费用也高, 很难在基层医院推广应用。当上述方法均无效时, 切除子宫是挽救产妇生命的唯一方法。虽然保住了生命, 但切除子宫不仅破坏了盆腔的解剖结构, 造成孕龄妇女永久性器官缺失, 而且切除子宫还影响卵巢的血液供应和内分泌功能, 继而出现卵巢早衰, 导致患者冠心病的发生率增高、围绝经期综合征和骨质疏松症的提早出现, 严重影响患者身心健康。因此, 对于生育年龄的妇女保留子宫尤为重要。

我院自 2009 年 7 月~2011 年 2 月使用单腔水囊压迫止血联合人工破膜应用于第一产程, 临床效果显著, 明显缩短产程, 加速产程进展, 降低剖宫产率, 对母婴无不良影响, 安全有效, 简便易行, 值得推广。

参考文献

[1] 乐杰. 妇产科学[M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 182-183

(收稿日期: 2012-09-11)

口, 引起反射性子宫收缩, 加速产程进展^[4]。早期人工破膜有利于观察羊水性状, 及早发现胎儿宫内异常, 尽早处理, 正常情况下胎膜多在宫口近开全时自然破裂, 但此时很多产妇已出现不同程度的羊水异常, 胎儿可能出现宫内窘迫, 因此早期人工破膜可降低新生儿窒息率。综上所述, 笔者认为安定静

二次剖宫产术子宫下段横切口位置的探讨

王美虹

(江西省抚州市临川区第二人民医院 抚州 344000)

关键词:二次剖宫产术;瘢痕;子宫下段横切口

中图分类号:R 719.8

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.051

目前,由于剖宫产手术操作技术的提高、麻醉方法的改进、抗生素的应用以及围生医学、优生学等方面的影响,使剖宫产广泛用于产科临床,成为处理高危妊娠、难产的重要手段之一。剖宫产已代替了困难的阴道产术,在一定程度上降低了孕产妇及围产儿死亡率。由于种种原因,剖宫产术后再次妊娠,因其为瘢痕子宫,前置胎盘、胎盘粘连、植入及子宫破裂的危险性增加,故往往需要行二次剖宫产。为提高手术的安全性和减少术中损伤,笔者对二次剖宫产子宫下段横切口的位置进行了探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院 2011 年 1~12 月收住院第一次为子宫下段横切口剖宫产后再孕患者 85 例,随机分为研究组 45 例、对照组 40 例。两组年龄 22~35 岁,平均(24±4.2)岁,距离上次剖宫产时间 2~5 年,孕周 38²~42³ 周,平均(39±2.7)周。两组在年龄、孕周、手术指征等方面比较差异无显著性($P>0.05$)。

1.2 方法 两组患者均采用腰硬联合麻醉,术前准备相同。对照组采用传统手术方法:自子宫下段横切口原瘢痕处或原瘢痕稍上 0.5 cm 左右处切开。研究组采用改良手术方法:自子宫下段横切口原瘢痕上 2.5 cm 左右处切开。手术医生均为有熟练操作经验者。

1.3 观察指标 包括手术时间、术中出血量、术后肛门排气时间、切口愈合情况、术后住院时间。

囊压迫止血,无 1 例再次发生大出血,止血有效率 100%,无 1 例患者切除子宫及产妇死亡。宫腔水囊压迫止血是通过导管注水使水囊逐渐增大对子宫腔产生一定的压力和机械性刺激,压迫宫腔创面,而且水的流动性可使宫腔各点压力均匀,促使子宫收缩而止血。其止血的理论依据有:(1)导尿管球囊注液后,囊内压力超过子宫血管压力,迫使接近球囊的子宫壁血管闭锁,实现物理止血;(2)如凝血机制正常,则进而促进化学止血,局部血栓形成,出血停止^[4];(3)水囊具有可塑性,水囊可改变其形状以充分填满宫腔,且水囊的弹性可致子宫的正常收缩

2 结果

研究组手术时间、术中出血量、术后排气时间与对照组比较,差异有显著性($P<0.05$)。见表 1。所有患者切口均二期甲级愈合。

表 1 两组手术效果及术后情况比较 ($\bar{X}\pm S$)

组别	n	手术时间(min)	术中出血量(mL)	术后排气时间(h)	术后住院时间(d)
研究组	45	35.5±3.5	200.0±50.0	24.0±5.0	7.0±0.5
对照组	40	42.0±10.0	300.0±100.0	35.5±12.5	7.5±0.5

3 讨论

近年来,随着医疗水平及麻醉技术的提高,剖宫产率也逐年上升,我国已远高于世界卫生组织所提倡的不应超过 15%^[1],使二次剖宫产率也相应上升。传统手术方法由于子宫下段原瘢痕处组织比较薄弱,且缺乏弹性,在瘢痕处钝性分离子宫肌层不易把握切口方向,且在娩出胎儿时很容易损伤膀胱及造成严重的撕裂伤,使术中出血量多,手术时间延长,增加了手术感染率,术后补液、输血、大量应用抗生素,增加了患者的经济负担。我院对二次剖宫产子宫下段横切口的位置进行了改良,临床观察结果表明其具有以下优点:(1)减少术后子宫切口愈合的时间。(2)减少了撕裂伤所致的术中出血。(3)手术时间短,减少了感染机会。(4)在常规应用抗生素后即可痊愈出院,大大降低了患者的医疗费用。

参考文献

[1]赵爱莲,张艳萍,从玉英.产科剖宫产率上升原因分析[J].当代医学,2009,15(7):34-35

(收稿日期:2012-11-16)

不受影响。

综上所述,宫腔水囊压迫止血与其他止血方法比较,能有效及时控制出血,操作简单,取材方便,技术要求低,注水速度快,可有效减少出血量,并且无内出血的隐患,值得临床推广使用。

参考文献

[1]乐杰.妇产科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2011.205
[2]饶珊.卡孕栓联合缩宫素预防产后出血临床观察[J].实用中西医结合临床,2012,12(2):69-70
[3]王红霞,罗克妹,孔翠花,等.水囊压迫与纱布填塞治疗剖宫产术中大出血疗效比较[J].中国实用妇科与产科杂志,2008,24(2):139
[4]夏恩兰,陈芳.子宫球囊压迫止血的临床应用[J].中国妇产科杂志,2002,37(3):185-186

(收稿日期:2012-02-24)