

药还可改善患者血流动力学,主要原因与硫酸镁松弛骨骼肌、拉贝洛尔改善高血压导致的母体与胎盘血流动力学紊乱有关,且拉贝洛尔作用迅速,可短时间内改善患者 RI、Vsmax 水平。两组妊娠结局发现,研究组产后出血、新生儿窒息、胎儿宫内窘迫发生率低于对照组($P<0.05$),提示拉贝洛尔联合硫酸镁还可改善妊娠结局,SPE 患者血压上升导致胎盘血管痉挛,影响胎儿与母体安全,有效降压后可缓解痉挛,同时能提高宫内胎儿血流灌注,以改善母婴结局。

综上所述,对 SPE 患者实施拉贝洛尔联合硫酸镁治疗,可有效降低血压及尿蛋白水平,调节血流动力学,改善母婴妊娠结局。

参考文献

[1]黄婷.早发型和晚发型重度子痫前期临床指标的对比研究[J].中国

计划生育和妇产科,2017,9(8):27-30.
[2]许曼,李丽贤,廖义鸿.甲基多巴及拉贝洛尔联合硫酸镁对重度早发型子痫前期患者的疗效及安全性分析[J].中国生育健康杂志,2017,28(3):237-239.
[3]臧传欣.小剂量阿司匹林联合拉贝洛尔治疗重度妊娠期高血压疾病的疗效及对妊娠结局的影响[J].中国妇幼保健,2020,35(6):1010-1013.
[4]蔡晓扬,陈菁,徐颖,等.重度子痫前期发生多器官功能障碍的危险因素及预防对策[J].中国妇幼保健,2017,32(3):460-461.
[5]梁辉标,陈丽平.24 h 尿蛋白定量和血清白蛋白在早发型重度子痫前期预后评估的价值[J].中国妇幼健康研究,2017,28(5):541-544.
[6]陈桂林,曹永涛,秦新蕾.拉贝洛尔联合硫酸镁治疗对早发型重度子痫前期患者的疗效及对妊娠结局的影响[J].河北医药,2018,40(4):574-576,580.
[7]常春玲,孙鸿,林林,等.早发型重度子痫前期患者应用拉贝洛尔治疗对母婴结局以及 PT、Fg 等的影响[J].检验医学与临床,2017,14(1):94-97.

(收稿日期:2020-12-25)

子宫动脉上行支结扎联合球囊压迫治疗前置胎盘出血的效果

李小艳

(河南省新郑市中医院产科 新郑 451100)

摘要:目的:观察子宫动脉上行支结扎联合球囊压迫治疗前置胎盘出血的临床效果。方法:根据纳入及排除标准,选取 2018 年 11 月~2019 年 11 月收治的前置胎盘产妇 100 例为研究对象,随机分为对照组和观察组,各 50 例。对照组给予 COOK 球囊压迫联合剥离面“8”字缝合治疗,观察组给予子宫动脉上行支结扎联合球囊压迫治疗,比较两组产妇出血量、输血量、手术时间及母婴结局。结果:观察组手术时间、术中出血量、术后 2 h 出血量、术后 24 h 出血量及术中输血量均明显少于对照组($P<0.05$);观察术后切口感染发生率、住院时间均明显低于对照组($P<0.05$),但两组术后下肢静脉血栓发生率、新生儿 Apgar 评分比较无显著性差异($P>0.05$)。结论:子宫动脉上行支结扎联合球囊压迫治疗前置胎盘出血,止血效果显著,且手术时间短,患者术后并发症发生率低,恢复快。

关键词:前置胎盘;子宫动脉上行支结扎;球囊压迫;母婴结局

中图分类号:R714.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.09.043

前置胎盘(Placenta Previa, PP)为产科常见严重并发症,流行病学调查研究显示,国内随着二孩政策的开放、剖宫产率的升高,前置胎盘发病率逐年升高^[1-2]。临床实践表明,前置胎盘患者多合并胎盘植入,增加术中出血量,也是产后出血的主要因素,凶险性大,严重者可发生休克及不良母婴结局,如子宫切除、早产、新生儿窒息等^[3]。临床针对前置胎盘产后出血的方法较多,探讨安全、有效的治疗方法对保障母婴健康具有重要的临床意义。本研究以我院前置胎盘产妇为研究对象,旨在分析子宫动脉上行支结扎联合球囊压迫治疗前置胎盘出血的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2018 年 11 月~2019 年 11 月收治的前置胎盘产妇 100 例为研究对象。纳入标准:经影像学检查显示胎盘位置符合前置胎盘诊

断,胎盘位置低于胎先露部,附着于子宫下段,或胎盘下缘达到或已覆盖宫颈内口;妊娠 28 周以上;经剖宫产进行分娩;患者及家属知情本研究并签署知情同意书。排除标准:合并凝血功能障碍者;合并严重基础疾病者;伴有精神异常者。将 100 例研究对象随机分为对照组和观察组,各 50 例。对照组年龄 28~43 岁,平均年龄(32.77±3.45)岁;孕周 35~39 周,平均孕周(37.86±1.24)周;孕次 1~3 次,平均孕次(2.10±0.50)次。观察组年龄 29~42 岁,平均年龄(32.65±3.37)岁;孕周 35~39 周,平均孕周(37.92±1.37)周;孕次 1~3 次,平均孕次(2.14±0.60)次。两组患者年龄、孕周、孕次等一般资料均衡可比($P>0.05$)。

1.2 手术方法

1.2.1 对照组 给予 COOK 球囊压迫联合剥离面“8”字缝合治疗。于胎儿娩出后子宫肌注 250 μg 卡

前列素氨丁三醇注射液（国药准字 H20094183），静脉滴注 20 IU 缩宫素（国药准字 H10930232），对胎盘剥离面进行“8”字缝合，行宫颈内放置球囊的，沿宫颈口放于宫颈内口，注射生理盐水 50 ml；宫颈 - 阴道球囊则放置于宫颈外口，并注射生理盐水 50 ml。此外于宫腔内放置导尿管进行引流，术后 24 h 将球囊撤出。

1.2.2 观察组 给予子宫动脉上行支结扎联合球囊压迫治疗。胎儿娩出后子宫肌注 250 μg 卡前列素氨丁三醇，静脉滴注 20 IU 缩宫素，对胎盘剥离面进行“8”字缝合，按摩子宫，将球囊放置于子宫底部，经阴道将球囊双腔管送出，同时进行子宫动脉上行支结扎，于术后 12 h 内将球囊撤出。

1.3 观察指标 比较两组产妇出血量（术中出血量、术后 2 h 出血量、术后 24 h 出血量）、术中输血量、手术时间及母婴结局差异。出血量采用称重法、容积法进行综合计算。母婴结局包括术中、术后并发症，术后住院时间，新生儿 Apgar 评分等。

1.4 统计学方法 将获得的研究数据均录入 SPSS22.0 统计学软件进行分析，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 进行描述，进行独立样本的 *t* 检验和配对 *t* 检验，计数资料以 % 描述，进行 χ^2 检验和确切概率法计算，*P* < 0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术指标对比 观察组手术时间、术中出血量、术后 2 h 出血量、术后 24 h 出血量及术中输血量均明显少于对照组 (*P* < 0.05)。见表 1。

表 1 两组手术指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	手术时间 (min)	术中输 血量(ml)	术中出血量 (ml)	术后 2 h 出血量(ml)	术后 24 h 出血量(ml)
观察组	50	106.10± 12.33	500± 14	1 065± 82	360± 21	480± 18
对照组	50	152.47± 13.26	800± 15	1 856± 79	510± 19	670± 20
<i>t</i>		18.108	103.386	49.121	37.453	49.930
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组母婴结局对比 观察术后切口感染发生率、住院时间均明显低于对照组 (*P* < 0.05)，但两组术后下肢静脉血栓发生率、新生儿 Apgar 评分比较无显著性差异 (*P* > 0.05)。观察组总体母婴结局优于对照组 (*P* < 0.05)。见表 2。

表 2 两组母婴结局对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	下肢静脉血栓 [例(%)]	切口感染 [例(%)]	住院时间 (d)	新生儿 Apgar 评分(分)
观察组	50	0(0.00)	1(2.00)	4.57± 0.62	8.44± 0.59
对照组	50	2(4.00)	7(14.00)	7.14± 0.38	8.47± 0.72
χ^2/t		-	4.819	24.990	0.227
<i>P</i>		0.05	<0.05	<0.05	0.05

注：“-”表示进行确切概率法计算。

3 讨论

研究调查显示，前置胎盘的发生与诸多因素有关，如子宫内膜缺损后炎症反应、子宫肌层瘢痕形成、多次妊娠、流产史、高龄、辅助生殖技术史等，主要病理机制在于受精卵在有缺损的子宫内膜着床，导致间质蜕膜化不充分，无法形成有效的屏障阻止滋养细胞的浸润，加上缺乏良好的血液供应，胚胎绒毛呈浸润生长，继而形成前置胎盘^[4-6]。前置胎盘的主要危险在于会导致严重出血，不利于母婴结局，因此，及时给予有效的措施进行干预，对改善母婴结局具有重要的临床意义。

子宫动脉上行支结扎后可暂时中断子宫血流，通过缺氧刺激子宫平滑肌收缩压迫血窦进行有效止血，结扎后 1 h 左右子宫可建立侧支循环，促进术后子宫有效复旧。结扎部分在子宫切口稍下方 2 cm 左右，手术操作过程中会下推膀胱，确认触及子宫动脉搏动后再进行手术，不会损伤输尿管，临床安全性相对较高^[7]。有临床研究显示，子宫动脉上行支结扎术后 1 周左右，患者血管缝扎的可吸收线会变松，届时血管再通，子宫血运完全恢复正常，对日后的月经周期和再次妊娠不会产生影响^[8]。本研究结果显示，观察组手术时间、术中出血量、术后 2 h 出血量、术后 24 h 出血量及术中输血量均明显少于对照组 (*P* < 0.05)；观察组术后切口感染发生率、住院时间均明显低于对照组 (*P* < 0.05)，但两组患者术后下肢静脉血栓发生率、新生儿 Apgar 评分比较无显著性差异 (*P* > 0.05)；观察组总体母婴结局优于对照组 (*P* < 0.05)。

综上所述，子宫动脉上行支结扎联合球囊压迫治疗前置胎盘出血，止血效果显著，且手术时间短，患者术后并发症少，恢复快，临床价值显著。本研究不足之处在于未就前置胎盘的类型及严重程度进行分级比较，今后将做进一步深入探讨。

参考文献

[1]Fan DZ,MD,Wu S,et al.Prevalence of placenta previa among deliveries in Mainland China[J].Medicine,2016,95(40):1-7.
[2]李青,王志坚,余艳红,等.中国部分地区前置胎盘流行病学调查[J].中国实用妇科与产科杂志,2014,30(10):786-790.
[3]di Pasquo E,Ghi T,Cali G,et al.Intracervical lakes as sonographic marker of placenta accreta spectrum disorder in patients with placenta previa or low-lying placenta [J].Ultrasound in Obstetrics & Gynecology,2020,55(4):460-466.
[4]Jauniaux E,Hussein AM,Zosmer N,et al.A new methodologic approach for clinico-pathologic correlations in invasive placenta previa accreta [J].American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2020,222(4):379.e1-379.e11. (下转第 99 页)

2.2 两组 VAS 评分比较 术后 2 h、术后 4 h, 研究组 VAS 评分较对照组低 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组 VAS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	术后 2 h	术后 4 h
研究组	90	2.04± 0.41	1.84± 0.35
对照组	90	2.87± 0.45	2.32± 0.39
t		12.934	8.690
P		<0.001	<0.001

2.3 两组张口受限程度和创面肿胀程度比较 研究组张口受限程度和创面肿胀程度较对照组低 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组张口受限程度和创面肿胀程度比较 (mm, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	张口受限程度	创面肿胀程度
研究组	90	2.47± 0.71	12.74± 2.26
对照组	90	8.25± 1.34	16.98± 3.15
t		36.159	10.375
P		<0.001	<0.001

2.4 两组并发症发生率比较 研究组并发症发生率为 7.78%, 较对照组的 26.67% 低 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组并发症发生率比较 [例 (%)]

组别	n	邻牙松动	牙龈撕裂	断根	总发生
研究组	90	3 (3.33)	3 (3.33)	1 (1.11)	7 (7.78)
对照组	90	7 (7.78)	11 (12.22)	6 (6.67)	24 (26.67)
χ^2					11.262
P					0.001

3 讨论

目前, 临床针对复杂阻生牙主要采取手术拔除治疗, 但鉴于复杂阻生牙患处位置特殊, 拔除难度大, 临床应积极探讨一种最佳手术拔除方法, 减轻手术创伤, 降低并发症发生风险, 改善患者预后^[3-5]。凿骨劈冠拔除术为既往临床常用牙齿拔除方法, 角形切口虽可充分暴露拔牙创面, 分离组织瓣, 但切口较大, 会增加手术创伤, 引发术后疼痛, 增加术后张口度受限、创面肿胀风险。低速直机配合高速涡轮机微创拔牙法为新型拔牙方法, 与凿骨劈冠拔除术相比, 具有以下优势: (1) 磨除牙槽骨精准, 并具有最佳分割效果, 可减轻牙挺对周围软组织、神经的损伤, 利于减轻术后疼痛; (2) 手术过程中可通过自动喷水功能, 及时冲洗口腔内部血液, 为术者提供清晰术

野; (3) 高速涡轮机无菌冷却水为柱状针头部, 气体分散至两侧, 可冷却切割部位, 并能防止空气进入伤口, 降低气肿发生风险, 加快术后创口愈合; (4) 可有效控制切割方向、切割力度, 利于缩短手术时间, 减少患者手术不适感^[6-8]。本研究针对复杂阻生牙患者予以低速直机配合高速涡轮机微创拔牙法, 结果显示, 研究组总有效率为 92.22%, 较对照组的 75.56% 高, 术后 2 h、术后 4 h 研究组 VAS 评分较对照组低 ($P<0.05$), 表明该术式可提高临床效果, 且术后疼痛度低。同时, 本研究中研究组张口受限程度和创面肿胀程度较对照组低 ($P<0.05$), 进一步证实该方案具有临床应用价值。本研究结果还显示, 研究组并发症发生率为 7.78%, 较对照组的 26.67% 低 ($P<0.05$)。分析原因在于, 低速直机配合高速涡轮机微创拔牙法可降低根尖阻力, 降低牙根、牙槽骨对牙根脱位影响, 避免因分牙方向不准确等因素引发断根; 能降低对牙槽骨、牙龈黏膜损伤, 避免牙龈撕裂、邻牙松动。

综上所述, 复杂阻生牙采用低速直机配合高速涡轮机微创拔牙法, 可提高临床效果, 减轻术后疼痛度, 张口受限、创面肿胀程度低, 并具有安全性, 值得临床推广应用。

参考文献

[1] 费立龙. 微动力手机在复杂阻生齿拔除术中的应用[J]. 河北医药, 2018, 40(8): 1237-1239.
[2] 梁毅. 高速涡轮牙钻结合锤凿拔除复杂阻生牙临床观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2016, 37(8): 1026-1028.
[3] 欧江勇, 黄玉葵, 邓苑美. 高速涡轮牙钻结合锤凿拔除复杂阻生牙临床观察[J]. 中国医药科学, 2017, 7(20): 234-236.
[4] 开峰. 分析微创拔牙术治疗下颌复杂阻生牙的疗效[J]. 中国现代药物应用, 2018, 12(6): 87-88.
[5] 邹立东, 王智, 于森, 等. 牙椅慢速直机辅助拔除下颌复杂阻生智齿临床研究[J]. 中国实用口腔科杂志, 2017, 10(7): 427-431.
[6] 张郁, 安志彬. 低速涡轮机配合高速涡轮机在智齿拔除中的应用[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(6): 124-125.
[7] 王丽丽, 韩春艳. 低速直涡轮机配合高速涡轮机拔牙术治疗下颌复杂阻生智齿患者的临床研究[J]. 国际医药卫生导报, 2019, 25(8): 1279-1282.
[8] 袁会宁, 袁野. 低速直机配合高速涡轮机微创拔牙治疗复杂阻生牙效果观察[J]. 中国乡村医药, 2017, 24(8): 39-40.

(收稿日期: 2020-06-10)

(上接第 88 页)

[5] 曹殿玲. 前置胎盘产妇合并胎盘植入危险因素及对产妇与新生儿的影响[J]. 中国医学创新, 2019, 16(32): 51-54.
[6] 陈诚. 前置胎盘相关严重产后出血风险预警模型的构建与临床应用[D]. 重庆: 中国人民解放军陆军军医大学, 2019.

[7] 牟凤萍, 屈清华. 双侧子宫动脉上行支结扎在中央性前置胎盘剖宫产术中大出血的应用研究[J]. 中国计划生育和妇产科, 2017, 9(8): 31-34.
[8] 范晓红. 双侧子宫动脉上行支结扎术在中央性前置胎盘剖宫产术中大出血止血的效果[J]. 中国妇幼保健, 2017, 32(11): 2498-2499.

(收稿日期: 2020-06-10)