

于增强镇痛效果,缩短患者清醒时间,减少丙泊酚用量,临床应用安全有效。本研究结果显示,与对照组相比,观察组 T1 时 HR 水平较高,麻醉起效时间、呼之睁眼时间、意识恢复时间较短,丙泊酚用量较少,VAS 评分、不良反应发生率较低,与上述研究结果较为相似。由此可见,宫腔镜电切术中采用丙泊酚、地佐辛复合麻醉效果优于单独丙泊酚麻醉,能够避免血流动力学大幅度波动,缩短麻醉起效时间,加快患者术后恢复,提升术后镇痛效果,减少丙泊酚用量,降低相关不良反应。

综上所述,丙泊酚、地佐辛复合麻醉更加安全可靠,能够稳定宫腔镜电切术患者血流动力学,减少丙泊酚用量,加快患者术后恢复,患者术后疼痛轻微且不良反应少。

参考文献

[1]黄文杰,胡继红.宫腔镜电切术应用右美托咪定联合七氟烷吸入麻醉的效果观察[J].中国医院用药评价与分析,2018,18(6):771-773.

[2]陈阳村,雷剑,李军.羟考酮复合丙泊酚用于宫腔镜子宫肌瘤切除术中疼痛管理的有效性和安全性[J].河北医药,2019,41(21):3210-3213,3218.  
[3]汪燕,詹莎莎.右美托咪定及丙泊酚联合地佐辛用于宫腔镜手术麻醉的效果观察[J].中国医院用药评价与分析,2017,17(1):39-41.  
[4]高建新,易理生.地佐辛与凯纷用于宫腔镜手术的镇痛效果的比较[J].中国医师杂志,2017,19(1):141-143.  
[5]黄群,刘静,毛姗姗,等.右美托咪定静脉泵注联合七氟醚吸入麻醉在宫腔镜电切术中的麻醉效果[J].中国医药导报,2018,15(34):106-109.  
[6]宋琳,蒋茹,黄咏磊,等.瑞芬太尼和丙泊酚经验性剂量的组合优化用于宫腔镜手术麻醉的探讨[J].实用医院临床杂志,2019,16(6):89-92.  
[7]杨玉.丙泊酚、地佐辛联合地塞米松在宫腔镜手术患者中的镇痛效果[J].医学临床研究,2019,36(3):539-541.  
[8]修欢欢,张涛,李颖源,等.地佐辛联合地塞米松预先给药对宫腔镜手术患者苏醒质量及术后镇痛效果的影响[J].广东医学,2018,39(1):13-16.  
[9]王加仑,李建,林凤颜,等.预先注射地佐辛联合地塞米松在宫腔镜手术中的应用及对患者术后的镇痛效果[J].实用药物与临床,2019,22(4):401-404.  
[10]马涛,白文娟.宫腔镜下子宫肌瘤电切术患者地佐辛复合丙泊酚麻醉的应用分析[J].山西医药杂志,2017,46(18):2223-2225.

(收稿日期:2020-06-20)

不同胎盘位置的胎盘早剥对母婴结局的影响分析

王丹

(河南省郑州市第九人民医院妇产科 郑州 450000)

**摘要:**目的:探讨不同胎盘位置的胎盘早剥对母婴结局的影响。方法:回顾性分析妇产科 2015 年 2 月~2020 年 10 月收治的 30 例胎盘早剥产妇临床资料,将 15 例胎盘早剥位置为子宫后壁的产妇归为对照组,将 15 例胎盘早剥位置为子宫前壁的产妇归为观察组。两组产妇均行剖宫产。对比两组产妇围术期指标、产后并发症发生情况、新生儿一般资料以及新生儿预后情况。结果:与对照组相比,观察组产妇产后出血量及术中输血量均较少,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。两组产后并发症发生率及新生儿预后比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。两组新生儿体重及 Apgar 评分对比,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论:胎盘早剥位置为子宫后壁的产妇产后出血量及术中输血量较多,产后并发症发生率略高,且新生儿预后略差,不利于母婴预后,应引起临床足够重视。

**关键词:**胎盘早剥;子宫后壁;子宫前壁;母婴结局

中图分类号:R714.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.09.054

胎盘早剥为妊娠晚期严重并发症,常发生于妊娠 20 周后以及分娩期,临床表现为阴道出血、腹痛、子宫张力增高、子宫压痛等,若不及时输血或终止妊娠可能造成产妇休克、胎儿窘迫、新生儿窒息甚至死亡,严重影响母婴结局<sup>[1-2]</sup>。胎盘早剥临床上以子宫前壁胎盘较为常见,而由于子宫后壁胎盘早剥的临床症状并不显著,常因延误就诊及误诊等导致母婴结局不良。因此不同位置的胎盘早剥可能与母婴结局具有紧密联系。本研究旨在探讨不同胎盘位置的胎盘早剥对母婴结局的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析我院妇产科 2015 年 2 月~2020 年 10 月收治的 30 例胎盘早剥产妇临床资料,依据胎盘附着位置不同分为对照组与观察组。

对照组年龄 26~37 岁,平均年龄(31.42±2.58)岁;分娩孕周 32~39 周,平均分娩孕周(34.92±1.03)周;诱因:妊娠期高血压 10 例,胎膜早破 3 例,外伤 2 例。观察组年龄 25~36 岁,平均年龄(31.28±2.69)岁;分娩孕周 32~39 周,平均分娩孕周(34.96±1.01)周;诱因:妊娠期高血压 10 例,胎膜早破 3 例,外伤 2 例。两组年龄、分娩孕周及胎盘早剥诱因等一般资料对比,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可对比性。

1.2 入选标准 (1)纳入标准:符合《妇产科学》<sup>[3]</sup>中胎盘早剥相关诊断标准;分娩孕周为孕 32 周及以上;为首次妊娠产妇;术中判断胎盘早剥位置为子宫后壁或子宫前壁;临床资料及产后随访资料完整无缺失。(2)排除标准:多胎妊娠产妇;合并全身免疫系

统与精神系统功能异常产妇;合并心、肝、肺、肾等重要脏器功能障碍;合并凝血功能障碍;合并恶性肿瘤。

1.3 研究方法 术前检查及手术确认胎盘早剥位置为子宫后壁产妇归为对照组,术前检查及手术确认胎盘早剥位置为子宫前壁产妇归为观察组。两组产妇入院后均立即予以胎盘早剥常规处理,处于休克状态患者予以补液、输血,纠正休克症状;确诊产妇立即行剖宫产手术。两组产妇产后均予以子宫收缩剂并按摩子宫避免出血;重症者还予以输注悬浮红细胞、纤维蛋白原、冰冻血浆、抗纤溶剂等治疗。

1.4 观察指标 记录并对比两组产妇围术期指标、产后并发症发生情况、新生儿一般资料以及新生儿预后情况。(1)围术期指标包括产前出血量与术中输血量;(2)产妇产后并发症包括产后出血、弥散性血管内凝血(Disseminated Intravascular Coagulation, DIC)、子宫胎盘卒中;(3)新生儿一般资料包括新生儿体质量、新生儿 Apgar 评分<sup>[4]</sup>,其中 Apgar 评分总分为 10 分,8~10 分为正常新生儿,4~7 分新生儿存在轻度窒息,3 分及以下存在重度窒息;(4)新生儿预后情况包括胎儿窘迫、新生儿窒息、新生儿死亡。

1.5 统计学方法 应用 SPSS20.0 统计学软件分析处理数据,以( $\bar{x} \pm s$ )表示计量资料,组间用独立样本  $t$  检验,计数资料用率表示,采用  $\chi^2$  检验, $P<0.05$  为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇围术期指标对比 与对照组相比,观察组产妇产后出血量及术中输血量均较少,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 1。

| 表 1 两组产妇围术期指标对比(ml, $\bar{x} \pm s$ ) |          |                |               |  |
|---------------------------------------|----------|----------------|---------------|--|
| 组别                                    | <i>n</i> | 产后出血量          | 术中输血量         |  |
| 对照组                                   | 15       | 827.43± 224.36 | 112.38± 62.37 |  |
| 观察组                                   | 15       | 416.28± 124.62 | 68.57± 31.18  |  |
| <i>t</i>                              |          | 6.205          | 2.433         |  |
| <i>P</i>                              |          | 0.000          | 0.022         |  |

2.2 两组产妇产后并发症对比 两组产妇产后并发症发生率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。见表 2。

| 表 2 两组产妇产后并发症对比[例(%)] |          |          |         |         |          |
|-----------------------|----------|----------|---------|---------|----------|
| 组别                    | <i>n</i> | 产后出血     | DIC     | 子宫胎盘卒中  | 总发生      |
| 对照组                   | 15       | 3(20.00) | 1(6.67) | 0(0.00) | 4(26.67) |
| 观察组                   | 15       | 1(6.67)  | 0(0.00) | 0(0.00) | 1(6.67)  |
| $\chi^2$              |          |          |         |         | 0.960    |
| <i>P</i>              |          |          |         |         | 0.317    |

2.3 两组新生儿一般资料对比 两组新生儿体质量及 Apgar 评分对比,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

见表 3。

| 表 3 两组新生儿一般资料对比( $\bar{x} \pm s$ ) |          |           |        |                 |
|------------------------------------|----------|-----------|--------|-----------------|
| 组别                                 | <i>n</i> | 新生儿体质量(g) |        | 新生儿 Apgar 评分(分) |
| 对照组                                | 15       | 2 153.86± | 602.43 | 6.48± 1.25      |
| 观察组                                | 15       | 2 048.74± | 576.29 | 6.61± 1.17      |
| <i>t</i>                           |          | 0.488     |        | 0.294           |
| <i>P</i>                           |          | 0.629     |        | 0.771           |

2.4 两组新生儿预后情况对比 两组新生儿预后情况比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。见表 4。

| 表 4 两组新生儿预后情况对比[例(%)] |          |          |          |         |          |
|-----------------------|----------|----------|----------|---------|----------|
| 组别                    | <i>n</i> | 新生儿窒息    | 胎儿窘迫     | 新生儿死亡   | 总发生      |
| 对照组                   | 15       | 3(20.00) | 4(26.67) | 0(0.00) | 7(46.67) |
| 观察组                   | 15       | 1(6.67)  | 2(13.33) | 0(0.00) | 3(20.00) |
| $\chi^2$              |          |          |          |         | 1.350    |
| <i>P</i>              |          |          |          |         | 0.245    |

3 讨论

胎盘早剥是妊娠晚期严重并发症,若处理不及时可危及母婴生命,但目前临床对于胎盘早剥的发病机制尚不明确。相关研究称,子宫前壁胎盘产妇发生胎盘早剥概率较高,且临床诊断较容易,而子宫后壁胎盘产妇发生胎盘早剥具有临床症状不典型性,需引起临床足够重视<sup>[5]</sup>。

本研究结果显示,与对照组相比,观察组产妇产后出血量及术中输血量均较少,产后并发症发生率略低;对比两组新生儿体质量及 Apgar 评分无明显差异;与对照组相比,观察组新生儿预后情况较好,不良事件发生率略低,表明胎盘早剥位置为子宫后壁产妇产后出血量较多,产后并发症发生率略高,且新生儿预后略差,不利于母婴预后。分析其原因在于,对照组产妇产后出血量较多可能与子宫后壁胎盘早剥隐匿性较高有关,由于子宫后壁胎盘早剥临床诊断较为困难,不易引起孕妇察觉,导致其接受剖宫产术时机可能延迟,引起产后出血较多<sup>[6]</sup>。此外由于胎盘早剥早期临床表现不典型,不易明确诊断,伴随病情发展可导致胎儿营养供给及供氧减少,影响新生儿出生体质量,还可引起新生儿早产甚至死亡等不良结局<sup>[7]</sup>。子宫前壁胎盘早剥由于临床症状典型,通过超声学等影像学检查即可发现,因此可做到早诊断、早治疗,避免不良母婴结局;而子宫后壁胎盘早剥由于隐匿性较高,一般发现时已产生较为严重并发症,导致不良母婴结局<sup>[8]</sup>。因此,妇产科临床工作中应对于合并胎盘剥离诸多危险因素的产妇加强重视,嘱咐其定期进行产检,若产妇出现腹痛、阴道出血等症状时应及时就医,避免延误治疗。且对于胎盘位于子宫后壁的产妇更应该加强重视,产检时密切关注胎心、胎动情况,以便第一时间发现胎盘早

剥,降低新生儿不良事件发生<sup>[9]</sup>。郑维平<sup>[10]</sup>研究结果显示,子宫后壁胎盘早剥产妇母婴并发症发生率高于子宫前壁胎盘早剥产妇,此结论与本研究结果一致。

综上所述,胎盘早剥位置为子宫后壁产妇产后出血量较多,产后并发症发生率略高,且新生儿预后略差,不利于母婴预后,应引起临床足够重视。但由于本研究纳入样本量有限及术后随访时间等导致研究结果存在一定局限性,未来还需进一步扩大样本量并延长随访时间以研究远期疗效保证研究结论准确性。

参考文献

[1]胡静,向文娟,马舒宁.重度子痫前期合并胎盘早剥的临床特征及对母婴影响研究[J].检验医学与临床,2016,13(4):527-529.  
[2]周新娥,程薇,高岚,等.胎盘附着位置对胎盘早剥妊娠结局的影响

[J].西部医学,2017,29(10):1441-1444.  
[3]谢幸,苟文丽.妇产科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.131-133.  
[4]余彦亮,张谨慎,杨传忠,等.影响 1min Apgar 评分 0~1 分新生儿的围产期因素及复苏后结局分析[J].中国新生儿科杂志,2015,30(5):331-334.  
[5]石彦,孙医学,阮吟,等.超声检查在 48 例胎盘早剥临床诊断中的应用研究[J].中华全科医学,2014,12(9):1458-1460.  
[6]孟秋霞,苏静,刘赛超.多普勒超声检测不同类型胎盘早剥的影像特点及诊断价值探究[J].重庆医学,2020,49(8):1297-1301.  
[7]张爱兰,郑莉萍.胎盘早期剥离发病时间与母婴结局关系的探讨[J].浙江临床医学,2002,4(2):117.  
[8]贾世珍,李健.胎盘早剥严重程度与处理时限对母婴妊娠结局的影响[J].中国妇幼保健,2018,33(6):1260-1263.  
[9]郝静,李彦军.胎盘早剥的诊断及不同类型胎盘早剥的母婴结局[J].临床和实验医学杂志,2016,15(13):1323-1326.  
[10]郑维平.胎盘附着位置对胎盘早剥母婴结局的影响[J].中国妇幼保健研究,2018,29(9):1161-1164.

(收稿日期: 2021-01-12)

不同缝合术在前置胎盘剥离出血中的应用

任建华

(河南省南乐县妇幼保健院 南乐 457400)

**摘要:**目的:探讨子宫下段横形环状压迫缝合术、“8”字缝合法在前置胎盘孕妇剖宫产术中胎盘剥离面出血中的应用价值。方法:选择 2018 年 5 月~2020 年 5 月收治的 68 例前置胎盘剖宫产术中胎盘剥离面出血孕妇为研究对象,根据治疗方式不同分为 8 字组和 TACS 组,各 34 例。8 字组接受“8”字缝合法治疗,TACS 组采用子宫下段横形环状压迫缝合术治疗。比较两组手术时间、缩宫素用量、术中出血量、术后 1 d 出血量、并发症发生情况、子宫切除率及术后 2 h 血氧饱和度、血压、脉搏。结果:两组缩宫素用量、并发症发生率比较无显著差异 ( $P>0.05$ ),TACS 组手术时间短于 8 字组,术中及术后 1 d 出血量少于 8 字组,子宫切除率为 0.00%,低于 8 字组的 17.65% ( $P<0.05$ );术后 2 h TACS 组血氧饱和度、收缩压、舒张压较 8 字组高,脉搏较 8 字组低 ( $P<0.05$ )。结论:相较于“8”字缝合法,应用于子宫下段横形环状压迫缝合术治疗前置胎盘孕妇剖宫产术中胎盘剥离面出血可缩短手术时间,促进生命体征恢复,减少出血量,降低子宫切除风险。

**关键词:**前置胎盘;胎盘剥离面出血;子宫下段横形环状压迫缝合术;“8”字缝合法

中图分类号:R719.8

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.09.055

前置胎盘为产科常见并发症,多发于经产妇,与辅助生殖、剖宫产、生育年龄等因素有关,相关报道指出,我国前置胎盘发生率为 0.24%~1.57%,且近年来呈上升趋势<sup>[1]</sup>。因前置胎盘孕妇胎盘剥离面收缩差,血窦闭合困难,且植入面积大、子宫壁薄、胎盘穿透,故剖宫产中止血困难,严重危害产妇及围生儿生命安全。“8”字缝合法为既往胎盘剥离面出血常用治疗手段,虽能一定程度减少出血,但缝合后大多数产妇仍伴有持续出血,故止血效果欠佳。因此,寻求一种安全有效的止血措施,降低出血量,避免子宫切除显得尤为重要。随临床研究不断深入,有学者提出应用子宫下段横形环状压迫缝合术(TACS)治疗胎盘剥离面出血,并取得理想效果<sup>[2]</sup>。本研究选择我院剖宫产术中胎盘剥离面出血孕妇为研究对

象,分析 TACS 术的应用价值。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选择 2018 年 5 月~2020 年 5 月我院收治的 68 例前置胎盘剖宫产术中胎盘剥离面出血孕妇,根据治疗方式不同分为 8 字组和 TACS 组,各 34 例。8 字组年龄 23~37 岁,平均  $(30.15\pm 3.34)$  岁;孕次 2~5 次,平均  $(3.62\pm 0.56)$  次;孕周 37~41 周,平均  $(39.08\pm 0.86)$  周;前置胎盘类型:23 例中央型,3 例部分型,8 例边缘型。TACS 组年龄 22~38 岁,平均  $(29.78\pm 3.65)$  岁;孕次 1~6 次,平均  $(3.43\pm 1.01)$  次;孕周 38~41 周,平均  $(39.24\pm 0.52)$  周;前置胎盘类型:25 例中央型,2 例部分型,7 例边缘型。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ),具有可比性。