

剥,降低新生儿不良事件发生^[9]。郑维平^[10]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^[1]。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^[2]。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 ± 3.34) 岁;孕次 2~5 次,平均 (3.62 ± 0.56) 次;孕周 37~41 周,平均 (39.08 ± 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 ± 3.65) 岁;孕次 1~6 次,平均 (3.43 ± 1.01) 次;孕周 38~41 周,平均 (39.24 ± 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。

1.2 入组标准 (1)纳入标准:经超声诊断证实为前置胎盘,符合《前置胎盘的诊断与处理指南》^[3]诊断标准;单胎活产,娩出胎儿后,经子宫压迫、按摩、宫缩剂、子宫动脉局部缝扎或结扎仍存在活动性出血。(2)排除标准:子宫疾病、全身性疾病、妊娠期合并症及并发症;多胎妊娠、剖宫产史、凝血功能障碍。

1.3 治疗方法

1.3.1 8 字组 采用“8”字缝合法治疗,可吸收微乔线(1 号)从子宫浆膜面进针,于浆膜面出针,每针跨度 2 cm,间距 1 cm,子宫不收缩、胎盘剥离及出血区域,实施间断“8”字缝合;如果前置胎盘为中央型,出血源自宫颈管,膀胱下推后同一方法缝合。之后宫腔以纱布堵塞,至宫腔无间隙。

1.3.2 TACS 组 接受 TACS 术治疗,拖出子宫至腹腔外,子宫下段前后壁以双手压迫,进一步向下推膀胱,显露子宫下段,下段切口约 2~3 cm 处,子宫左侧阔韧带为进针点,从子宫后方绕过,右侧阔韧带为出针点,子宫颈前结扎;若仍存在活动性出血,同一方法再次缝扎,明确无出血,闭合子宫切口,常规行宫颈扩张。

1.4 观察指标 (1)比较两组手术时间、缩宫素用量、术中及术后 1 d 出血量。出血量以称重法、容积法计算。(2)比较两组术后 2 h 血氧饱和度、血压、脉搏。(3)比较两组并发症(晚期产后出血、子宫复旧不全、切口感染)发生情况。子宫复旧不全:术后 42 d 复查,妊娠期间增大子宫分娩后未顺利收缩;晚期产后出血:产褥期出现大量子宫出血(失血量>500 ml)。(4)比较两组子宫切除率。

1.5 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件分析处理数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术临床指标比较 两组缩宫素用量对比无显著差异(*P*>0.05);TACS 组手术时间较 8 字组短,术中及术后 1 d 出血量较 8 字组少(*P*<0.05)。见表 1。

表 1 两组手术临床指标比较($\bar{x} \pm s$)						
组别	<i>n</i>	手术时间 (min)	缩宫素用量 (U)	术中出血量 (ml)	术后 1 d 出血量 (ml)	
TACS 组	34	31.24± 5.12	43.62± 8.72	308.27± 42.58	67.85± 17.22	
8 字组	34	82.59± 10.37	45.59± 9.15	528.74± 50.96	201.34± 24.67	
<i>t</i>		25.890	0.909	19.359	25.872	
<i>P</i>		<0.001	0.367	<0.001	<0.001	

2.2 两组血氧饱和度、血压、脉搏比较 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)。见表 2。

表 2 两组血氧饱和度、血压、脉搏比较($\bar{x} \pm s$)						
组别	<i>n</i>	血氧饱和度 (%)	收缩压 (mm Hg)	舒张压 (mm Hg)	脉搏 (次/min)	
TACS 组	34	94.52± 2.46	106.71± 10.24	78.85± 7.45	80.12± 4.38	
8 字组	34	90.67± 3.35	95.64± 8.96	70.69± 6.18	86.47± 5.54	
<i>t</i>		5.401	4.744	4.916	5.243	
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	

2.3 两组并发症发生情况、子宫切除率比较 TACS 组并发症发生率为 2.94%与 8 字组的 8.82%对比无显著差异(*P*>0.05);TACS 组子宫切除率为 0.00%,低于 8 字组的 17.65%(*P*<0.05)。见表 3。

表 3 两组并发症发生情况、子宫切除率比较[例(%)]						
组别	<i>n</i>	晚期产后 出血	切口感染	子宫复旧 不全	总发生率	子宫切除
TACS 组	34	0(0.00)	1(2.94)	0(0.00)	1(2.94)	0(0.00)
8 字组	34	1(2.94)	2(5.88)	0(0.00)	3(8.82)	6(17.65)
χ^2					0.266	4.570
<i>P</i>					0.606	0.033

3 讨论

剖宫产为终止前置胎盘妊娠的主要治疗手段,术中因胎盘附着在子宫下段,缺少足够平滑肌,剥离胎盘后无法有效收缩,故难以有效关闭血窦,易产生弥漫性渗血,严重者危及母婴生命安全,因此如何控制术中胎盘剥离面出血为临床关注重点。

针对剖宫产术中出血目前临床常以缩宫素、子宫动脉结扎、子宫切除术治疗,应用缩宫素虽能在一定程度上促进子宫收缩,但因胎盘剥离面为弥漫性向外出血,同时子宫血窦丰富,故单纯应用缩宫素难以达到理想止血效果;子宫动脉结扎仅能阻断部分血流,建立侧支循环后,仍可能发生再出血;而子宫切除术虽能彻底控制出血,但会造成卵巢早衰、生育功能丧失,严重影响育龄期女性心理、生理健康,因此选择一种有效、快速止血方法极为重要^[4]。本研究结果显示,TACS 组手术时间短于 8 字组,术中、术后 1 d 出血量少于 8 字组,术后 2 h 脉搏低于 8 字组,血氧饱和度、血压高于 8 字组,子宫切除率为 0.00%,低于 8 字组的 17.65%(*P*<0.05),可见与“8”字缝合法比较,应用 TACS 术治疗剖宫产术中胎盘剥离面出血有利于缩短手术时间,减少出血量,恢复生命体征,降低子宫切除风险。分析原因在于“8”字缝合法虽可阻断局部弓状动脉、放射动脉及出血部位,一定程度上减少剥离面出血,然而针对宫颈管出血,由于宫颈狭窄,宫腔缝合操作困难,故止血效果欠佳^[5]。TACS 术为新型止血方法,可机械性横向挤压子宫肌层,压迫子宫壁血管,从而促使开放血窦关闭,

减少血流,促进局部血栓形成,以抑制出血;且其控制出血后,能促进子宫收缩,以实现全面止血目的^[6]。另外有研究指出,剖宫产手术时间和前置胎盘孕妇出血量有明显关联性,手术时间越短,出血量越少^[7]。而 TACS 术操作简单,可减少手术时间,避免术中长时间操作而造成大量出血。因此应用 TACS 术可显著控制出血,避免子宫切除,保留孕妇生育能力。

综上所述,前置胎盘孕妇剖宫产术中胎盘剥离面出血接受 TACS 术治疗可快速有效止血,促进生命体征恢复,降低子宫切除率。

参考文献

[1]王国伟,董智力,李岩,等.卡前列素氨丁三醇注射液配合宫腔填塞碘仿纱布在前置胎盘产后出血中的临床应用[J].河北医药,2018,40

(8):1203-1206.
[2]李青,汪艳,王婧,等.宫颈子宫下段环形缝合术在前置胎盘剖宫产术中出血的临床应用[J].中国实用妇科与产科杂志,2017,33(7):734-737.
[3]中华医学会妇产科学分会产科学组.前置胎盘的诊断与处理指南(2020)[J].中华妇产科杂志,2020,55(1):3-8.
[4]刘薇,刘萍,王云霞.子宫下段横形环状压迫缝合术治疗前置胎盘剖宫产术中胎盘剥离面出血的效果分析[J].中国临床新医学,2019,12(12):1335-1338.
[5]程晓娥,李会芳.环形间断缝合术与 8 字缝合术对前置胎盘剖宫产出血的止血效果对比[J].中国计划生育学杂志,2016,24(8):555-557.
[6]张学伟.子宫下段横形环状压迫缝合术治疗前置胎盘剖宫产后出血的疗效分析[J].中国现代医药杂志,2018,20(1):56-58.
[7]丘艳琴,丘伟杰,邓晓霞.子宫下段横形环状压迫缝合术治疗剖宫产术中子宫下段出血的效果[J].中国现代药物应用,2019,13(5):46-47.

(收稿日期:2020-12-16)

一次性宫腔压迫球囊与 B-Lynch 缝合术治疗产后出血的止血效果分析

贾喜利

(河南省获嘉县人民医院妇产科 获嘉 453800)

摘要:目的:分析一次性宫腔压迫球囊与 B-Lynch 缝合术治疗产后出血的止血效果。方法:回顾性分析 2016 年 1 月~2019 年 12 月治疗的 98 例产后出血患者临床资料,依据治疗方法的不同分为观察组和对照组,各 49 例。观察组接受一次性宫腔压迫球囊治疗,对照组接受 B-Lynch 缝合术治疗。观察两组手术相关指标、止血效果及子宫切除率。结果:观察组手术操作时间短于对照组,术后 2 h 出血量、24 h 出血量及输血量少于对照组,止血有效率及术后 24 h 血红蛋白值高于对照组,子宫切除率低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:一次性宫腔压迫球囊用于产后出血治疗中具有止血效果确切、手术操作耗时短等优势,可减少出血量、输血量,降低子宫切除率。

关键词:产后出血;一次性宫腔压迫球囊;B-Lynch 缝合术;止血效果

中图分类号:R714.461

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.09.056

产后出血(Postpartum Hemorrhage, PPH)作为分娩期常见并发症,病情凶险且进展迅速,极易诱发多脏器功能衰竭及弥漫性血管内凝血,是导致产妇死亡的重要原因^[1]。宫缩乏力、凝血功能异常及胎盘因素等为 PPH 发生的危险因素,其中以宫缩乏力较为常见。目前 PPH 常规治疗方法包括应用催产素类药物及按摩子宫等,但止血效果并不理想^[2]。近年来一次性宫腔压迫球囊、B-Lynch 缝合术在 PPH 治疗中逐渐应用,但选取何种方法以达到高效、安全的止血效果尚无统一论^[3]。鉴于此,本研究分析一次性宫腔压迫球囊与 B-Lynch 缝合术治疗 PPH 的止血效果,为 PPH 治疗方案的选取提供参考。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2016 年 1 月~2019 年 12 月于我院治疗的 98 例 PPH 患者临床资料,依据治疗方法的不同分为观察组和对照组,各 49 例。观察组年龄 21~44 岁,平均年龄(30.12±2.85)岁;孕

次 1~4 次,平均孕次(2.38±0.41)次;孕周 37~41 周,平均孕周(39.82±0.51)周;经产妇 29 例,初产妇 20 例。对照组年龄 21~43 岁,平均年龄(30.07±2.89)岁;孕次 1~4 次,平均孕次(2.34±0.38)次;孕周 37~41 周,平均孕周(39.79±0.54)周;经产妇 27 例,初产妇 22 例。两组一般资料相比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 入选标准 (1)纳入标准:临床资料较为完善;均行剖宫产术,产后 2 h 内出血量>500 ml,经保守治疗止血效果不佳;能够耐受宫腔压迫球囊、B-Lynch 缝合术治疗。(2)排除标准:患有精神类疾病;肝、肾功能不全;合并血液系统疾病。

1.3 治疗方法 宫缩素 20 U 于胎儿娩出后常规注射,若子宫收缩欠佳,注射卡前列素氨丁三醇,经子宫按摩、药物加强宫缩后出血量>500 ml 且仍可见活动性出血量者实施手术治疗。对照组行 B-Lynch 缝合术,子宫拉至体外,选取 1 号微乔线,于子宫切