



•论 著•

凶险性前置胎盘行剖宫产术中大出血后实施双侧子宫动脉上行支结扎的临床效果研究

刘小花

(衡南县人民医院妇产科 湖南衡阳 421001)

摘要:目的:研究凶险性前置胎盘行剖宫产术中大出血后实施双侧子宫动脉上行支结扎的临床效果。方法:我院2015年10月~2017年10月,共摘取凶险性前置胎盘产妇1500例。按照产妇入院尾号奇偶数实行分组,将1500例产妇分为观察组和对照组,各750例。观察组实行早期双侧子宫动脉上行支结扎,对照组实行剖宫产术处理,对比观察组和对照组产妇临床相关指标(术中出血量、术后2h出血量、手术时间、月经复潮时间)、子宫切除情况。结果:观察组和对照组术中出血量、术后2h出血量、手术时间、月经复潮时间比较,前者明显少于后者,统计学意义存在, $P<0.05$ 。观察组子宫切除率6%,明显低于对照组子宫切除率11.33%,统计学意义突出, $P<0.05$ 。结论:凶险性前置胎盘产妇治疗中,通过早期结扎双侧子宫动脉上行支治疗,可达到较好临床效果,同时能减少术中出血量,控制子宫切除的几率,具有重要的临床应用价值、推广价值。

关键词:凶险性前置胎盘;剖宫产术后大出血;双侧子宫动脉结扎;临床效果

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 04-112-01

当前,我国剖宫产率不断增加,术后常出现大出血情况,出血原因受到较多因素影响,其中最主要的原因和前置胎盘有密切关联[1]。近年来,前置胎盘发生几率较高,若没有及时处理,会对产妇的生存质量造成威胁。临床方面多通过剖宫产处理,然而这种处理方式手术中出血量较多,止血效果并不理想[2]。故此,本次研究以近年来收治的1500例凶险性前置胎盘产妇作为研究对象,对比实行双侧子宫动脉上行支结扎、传统剖宫产术治疗的临床效果。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

结合产妇入院尾号奇偶数,将我院2015年10月~2017年10月摘取的1500例凶险性前置胎盘产妇,平均分为观察组、对照组。所有产妇均经伦理委员会批准[3],排除精神障碍者、不配合治疗者。观察组年龄收集范围22~40岁,平均年龄为(31.5±3.6)岁;孕周收集范围32~40周,平均孕周为(36.4±3.8)周。其中,初产妇、经产妇各412例、338例。对照组年龄收集范围25~39岁,平均年龄为(32.3±3.5)岁;孕周收集范围34~37年,平均孕周为(35.5±3.7)周。包括初产妇、经产妇各410例、340例。两组产妇的临床相关数据,均采用统计学软件SPSS19.0统计学软件分析,不存在统计学的意义, $P>0.05$ 。

1.2 方法

1.2.1 对照组在新生儿出生后,在产妇宫体、静脉,分别注射20U的缩宫素(生产厂家:天津生物化学制药有限公司;国药准字:H12020482)。然后,经适宜力度按摩宫体,将胎盘植入部分实行有效修剪。以8字形将出血位置缝合,对于止血效果不佳者,可通过结扎子宫动脉上行支/髂内动脉方式处理。

1.2.2 观察组充分显露子宫阔韧带没有血管位置,然后明确子宫动脉上行支搏动情况,经大号圆针穿过子宫肌层。再由后—前,穿过子宫阔韧带没有血管部位,出针后实行打结处理。将双侧子宫动脉上行支结扎,防止对输尿管构成损伤。操作过程,应避免穿透腹膜层,避免出现感染情况。最后,经8字形缝合出血部分。针对止血效果不理想者,采用宫腔填纱布方式处理。如果仍旧无法达到较好的止血,可选择将子宫切除。

1.3 观察指标

观察两组凶险性前置胎盘产妇临床相关指标(术中出血量、术后2h出血量、手术时间、月经复潮时间)、子宫切除情况。

1.4 统计学处理

本次研究的所有临床数据,均经统计学软件SPSS19.0实行处理,计数资料通过n表达,使用±、%,表示均数差、率,以t和 χ^2 实行临床统计学检验。观察组和对照组间的数据对比为: $P<0.05$,说明两组产妇实行对比,存在统计学的意义。

2. 结果

2.1 两组子宫切除情况的对比

观察组子宫切除率为6%(45/750),对照组子宫切除率为11.33%(85/750),存在统计学的意义, $P<0.05$, $\chi^2=13.4756$ 。

2.2 两组临床相关指标的对比

两组术中出血量、术后2h出血量、手术时间、月经复潮时间实行对比,统计学意义存在, $P<0.05$,如下表。

表1 两组临床相关指标的对比[n=750 ($\bar{x} \pm s$)]

组别	术中出血	术后2h出	手术时间	月经复潮
----	------	-------	------	------

	量(ml)	血量 (ml)	(min)	时间 (月)
观察组	520.5±208.2	55.9±3.5	52.7±13.1	6.6±3.9
对照组	800.3±423.1	63.9±4.9	70.1±16.9	8.1±4.3
t	16.2498	36.3836	22.2852	7.0763
P值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3. 讨论

凶险性前置胎盘,即为瘢痕子宫合并前置胎盘,诊断的主要项目为:瘢痕子宫、前置胎盘[4]。这一病症产生胎盘植入的风险较高,临床方面在诊断时需结合产妇临床症状、体征辅助检查。当前,我国实行剖宫产的产妇越来越多,导致凶险性前置胎盘发病率不断增长。剖宫产所致子宫瘢痕产妇,四周子宫内层受损情况比较严重,所以切口愈合速度较慢。再次妊娠,受精卵着床中正常结构不佳,容易产生蜕膜血管、胎盘血管缺乏、胎盘面积增大等状况[5]。胎盘向上迁移时,子宫瘢痕会加大手术的难度,出现胎盘前置增高、植入增高情况。凶险性前置胎盘,多通过剖宫产处理,这种处理方式产妇在术中、术后的出血量均较多。为此,本次研究在凶险性前置胎盘治疗中,经双侧子宫动脉上行支结扎治疗,这一治疗方法可有效控制产妇的术中、术后出血量。主要为子宫肌层处于缺血状态,可达到子宫收缩情况,确保止血效果。经双侧子宫动脉上行支结扎处理,术野更加清晰,剥离面的处理更具针对性,所以能很好的解决出血问题[6]。同时,双侧子宫动脉上行支结扎后,可经血液凝固止血、子宫肌层收缩压迫止血,不会对产妇机体构成不良影响。

本次研究结果显示,观察组术中出血量、术后2h出血量、手术时间、月经复潮时间,均明显优于对照组,存在对比差异, $P<0.05$ 。两组子宫切除率比较,统计学意义存在, $P<0.05$ 。可见,双侧子宫动脉上行支结扎,在凶险性前置胎盘治疗中应用,可很好的控制产妇术中、术后出血量,减少手术时间。此外,还能降低产妇的子宫切除率。

总而言之,凶险性前置胎盘产妇,实施双侧子宫动脉上行支结扎,临床效果较佳,可促使产妇及早康复,具有临床应用和推广的价值。

参考文献:

- [1]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.
- [2]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.
- [3]蒋天,王艳丽,韩新巍等.腹主动脉球囊封堵术治疗子宫动脉栓塞术在凶险性前置胎盘并胎盘植入剖宫产中的应用[J].中华介入放射学电子杂志, 2017, 5(3):149-152.
- [4]王振辉.截断性子宫动脉上行支结扎加宫颈提拉式缝合在前置胎盘剖宫产术中宫颈管顽固性出血的应用[J].医学临床研究, 2017, 34(2):395-397.
- [5]章建军,黄真碧.子宫下段前后壁贯穿缝合联合宫内球囊压迫及子宫动脉上行支结扎治疗前置胎盘剖宫产术中大出血的效果分析[J].中国生化药物杂志, 2017, 37(9):391-392.
- [6]郭琼.子宫动脉下行支结扎联合子宫下段压迫缝合术在凶险性前置胎盘所致产后出血中的应用[J].实用临床医药杂志, 2017, 21(3):85-88.