

# 探讨剖宫产术中出血的临床治疗措施

黄利萍

云南省祥云县妇幼保健计划生育服务中心 云南大理 672100

〔摘要〕目的 分析剖宫产术中出血的临床治疗措施和效果。方法 将我院收治的 90 例剖宫产术中出血患者纳入本次实验，入选病例均来自 2015 年 7 月至 2017 年 9 月，回顾分析患者的临床资料，根据止血方式分为实验组与对照组，实验组 52 例采用宫腔填塞纱条止血，对照组 38 例采用结扎子宫动脉方式止血，比较两组患者的止血效果。结果 实验组患者治疗总有效率为 98.1%，相比于对照组的 81.6% 更高 ( $P < 0.05$ )。相比于对照组患者，实验组患者手术时间、术中出血量、术后 24h 出血量更短，组间比较差异显著 ( $P < 0.05$ )。结论 对剖宫产术中出血患者给予宫腔填塞纱条止血可获得较好的止血效果，且操作简便，经济实用，填塞物留置时间短，具有显著的临床应用价值。

〔关键词〕剖宫产；术中出血；宫腔填塞纱条；止血效果

〔中图分类号〕R719.8 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2018) 03-0045-02

剖宫产目前已在妇产科中广泛应用，术中出血是剖宫产的一种常见并发症，若处理不及时将对产妇的生命安全造成直接的威胁，近年来随着剖宫产率的增加，术中出血的几率也在不断上升<sup>[1]</sup>，如何控制剖宫产术中出血是临床研究的一大热门话题，结扎子宫动脉、宫腔纱布填塞、背带式缝合、水囊压迫是治疗剖宫产术中出血的常用方法，本文对剖宫产术中出血不同止血方法的效果进行对比探讨，现将研究结果报告如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

将我院收治的 90 例剖宫产术中出血患者纳入本次实验，入选病例均来自 2015 年 7 月至 2017 年 9 月，回顾分析患者的临床资料，根据止血方式分为实验组与对照组，实验组 52 例采用宫腔填塞纱条止血，对照组 38 例采用结扎子宫动脉方式止血。实验组患者年龄 22—40 岁，平均 (28.9±3.5) 岁；孕周 35—40 周，平均 (37.9±2.6) 周；初产妇 34 例，经产妇 18 例。对照组患者年龄 21—39 岁，平均 (28.7±3.4) 岁；孕周 36—40 周，平均 (37.7±2.5) 周；初产妇 28 例，经产妇 10 例。上述患者均为使用缩宫素、热敷、按摩子宫与止血药物等方式无效者。经分析，实验组与对照组患者基线资料相比  $P > 0.05$ ，证实本次实验可行。

### 1.2 方法

实验组采取纱布填塞治疗，选取高压灭菌严格消毒的，长宽分别为 2.0 米和 20 厘米的 4 层纱布，将其浸入盐水湿润后挤干，之后把纱条一端置入宫腔，从一侧对角开始，向对侧呈“Z”字形顺序对宫腔进行填塞，直至子宫切口部位，并将纱条另一端送至宫颈口外 2 厘米处，按从下至上的顺序对宫颈和子宫下段进行填塞，直至子宫切口水平处，并把多余的纱条剪去，采取双 7 号丝线对两端进行缝合、连接，对子宫切口进行缝合处理，并注意不得将纱条缝合。

对照组采取结扎子宫动脉止血，手术者捂住子宫向一侧牵拉，使用圆针、1 号线缝合，紧靠子宫边缘相当于子宫内口水平或者稍微高处位置，触及到子宫动脉搏动后（主要选择子宫血管上行枝结扎），用针自子宫动脉内侧从前至后穿过子宫肌层，注意避免损伤血管，然后再从血管外侧无血管区

自后往前穿过并打结。缝合时需要缝如足够的子宫肌层，但不要透过蜕膜层，避免感染；检查避免阔韧带血肿，若单侧结扎无效，再行对侧子宫动脉结扎。

### 1.3 评价标准

1.3.1 比较实验组与对照组患者治疗效果。显效：患者在治疗后出血停止或显著缓解，子宫收缩较快，生命体征恢复正常；有效：患者治疗后出血现象有所改善，子宫渐渐收缩，生命体征平稳；无效：患者出血现象未见改善，子宫未收缩，生命体征不稳定。将显效率、有效率相加得出治疗总有效率<sup>[2]</sup>。

1.3.2 比较实验组与对照组患者手术时间、术中出血量、术后 24h 出血量。

### 1.4 统计学方法

对实验组与对照组患者的实验资料采取 SPSS19.0 软件进行处理，计量资料和计数资料分别使用标准差 ( $\bar{x} \pm s$ )、百分率 (%) 表示，并实施 t 值和  $\chi^2$  检验，若  $P < 0.05$  则两组差异具有显著性。

## 2 结果

### 2.1 实验组与对照组患者治疗效果对比

实验组患者治疗总有效率为 98.1%，相比于对照组的 81.6% 更高，统计学分析显示  $P < 0.05$ ，详见表 1。

表 1 实验组与对照组患者治疗效果对比 [n (%) ]

组别	例数	无效	有效	显效	总有效率
实验组	52	1 (1.9)	10 (17.2)	41 (78.8)	51 (98.1)
对照组	38	7 (18.4)	9 (23.7)	22 (57.9)	31 (81.6)
$\chi^2$					7.379
P					0.007

表 2 实验组与对照组患者手术时间、术中出血量、术后 24h 出血量比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	术后 24h 出血量 (ml)
实验组	52	114.5±25.9	928±83	72.3±20.7
对照组	38	225.7±34.8	1013±105	86.3±30.9
$\chi^2$		17.388	4.288	2.573
P		0.000	0.000	0.012

2.2 实验组与对照组患者手术时间、术中出血量、术后 24h 出血量比较

相比于对照组患者,实验组患者手术时间、术中出血量、术后 24h 出血量更短,组间比较  $P < 0.05$ ,详见表 2。

### 3 讨论

随着医学技术不断发展,剖宫产手术目前已十分成熟,在临床中得到广泛应用,我国剖宫产率已高达 40% 以上。剖宫产相比于自然分娩更利于减轻患者疼痛,避免难产等不良因素对分娩的影响,但剖宫产也存在一定的局限性,剖宫产的创伤性较大,可引起术中中大出血等诸多并发症,会威胁患者身心健康<sup>[2]</sup>。

传统处理术中中大出血的方法是给予缩宫素、止血药物与子宫按摩等,在出血难以控制的情况下不得不切除子宫,这对于女性而言往往造成身心上的巨大创伤。在上述方法无效的情况下,临床上多采用子宫动脉结扎、宫腔纱布填塞、球囊治疗剖宫产术中出血。子宫动脉来自髂内动脉分支,分为宫颈支与宫体支,相关研究指出,通过子宫动脉宫体支结扎可以在术中有效止血,并且术后能迅速建立侧支循环,避免子宫坏死,并且不影响子宫的正常功能<sup>[3]</sup>。当前针对宫腔纱布填塞止血还存在一定的争议,有人认为这种方法不符合子宫复旧生理,并且可能存在隐匿性出血或者并发严重感染。也有很多研究表明,宫腔纱布填塞对术中止血可起到一定的功效,并且方便、快捷<sup>[4]</sup>。与时兴的球囊止血相比,纱条成本更低,

更易于患者接受,而球囊则价格昂贵,增加患者的经济负担。本次实验表明,采用宫腔纱布填塞止血的实验组患者治疗总有效率为 98.1%,相比于子宫动脉结扎止血的对照组的 81.6% 更高 ( $P < 0.05$ )。实验组患者手术时间、术中出血量、术后 24h 出血量更短,组间比较差异显著 ( $P < 0.05$ )。本次实验类似于曾月娥<sup>[5]</sup>的实验结果。需要注意的是,宫腔填塞纱条的正确操作对于保证止血效果和防止并发症起着关键的作用,填塞时要确保纱条均匀填塞,不留空隙,严格消毒灭菌,注意填塞顺序,已置于阴道端的纱条严禁经宫颈抽回宫腔。

综上所述,对剖宫产术中出血患者给予宫腔填塞纱条止血可获得较好的止血效果,且操作简便,经济实用,填塞物留置时间短,具有显著的临床应用价值。

#### [参考文献]

- [1] 梅巧娣. 宫腔填塞纱条在剖宫产术中止血 84 例分析 [J]. 中外医疗, 2017, 36(14):66-68.
- [2] 张启欣. 子宫动脉上行支结扎与宫腔纱条填塞在前置胎盘剖宫产中的联合应用 [J]. 实用临床医药杂志, 2011, 15(21):94-95.
- [3] 张彩宇. 改良宫腔纱条填塞联合药物治疗前置胎盘剖宫产术中出血的临床研究 [J]. 中国医师进修杂志, 2011, 34(6):36-37.
- [4] 宋丽萍, 王慧青. 宫腔填塞纱条治疗 70 例剖宫产术中出血临床分析 [J]. 中国实用医药, 2012, 07(5):111-112.
- [5] 曾月娥. 宫腔纱条填塞治疗剖宫产术中出血 78 例的临床疗效 [J]. 临床和实验医学杂志, 2011, 10(14):1119.

(上接第 43 页)

折部位治愈时长 (37.5 ± 2.6) d, 关节功能恢复时长 (5.4 ± 1.2) w, 明显短于参照组 (48.7 ± 1.7) d, (8.8 ± 1.1) w。表明手术切开复位内固定在高龄骨质疏松性桡骨不稳定骨折病例中的应用效果,比手法复位外固定疗法更显著,具体表现如下。

高龄骨质疏松性骨折属于粉碎性骨质中的一种,临床对其施以手法复位外固定治疗,常常会引发创伤性的关节炎,且石膏长期外固定,对患者腕关节的活动会造成较大的影响,严重的会使得各个关节僵硬、纤维化,从而使骨质疏松更加严重。而对高龄骨质疏松性桡骨不稳定骨折病例施以手术切开复位内固定术,对于骨折部位起到较好的固定作用,同时还能促进患者关节解剖结构的恢复,特别是恢复桡骨的长度。当前,在临床医疗技术水平不断提升的大环境下,临床对桡

骨远端骨折患者治疗时,桡骨远端加压钢板锁定固定材料的应用较多,且临床疗效也较显著。

综上所述,为改善高龄骨质疏松性桡骨不稳定骨折患者病情,以手术切开复位内固定疗法为首选,此种方法可在提升临床治疗优良率的基础上,改善关节功能,建议推荐。

#### [参考文献]

- [1] 于俊. 手术治疗老年桡骨远端不稳定型骨折的疗效观察 [J]. 中国药物与临床, 2015, 24(2):271-273.
- [2] 何建明. 掌侧锁定加压钢板对桡骨远端不稳定骨折的治疗效果 [J]. 浙江实用医学, 2016, 21(5):344-346.
- [3] 潘顺虎. 手术与石膏外固定治疗桡骨远端不稳定骨折效果对比 [J]. 现代养生 (下半月版), 2016, 11(10):87.

(上接第 44 页)

### 3 讨论

肝脏解剖其实就等同于肝血管解剖,将三维重建技术应用于肝脏外科中,可有效避免术后血运障碍风险。门静脉负责肝脏 70% 以上的血供,其变异情况非常常见。因此,行肝脏外科手术前,必须正确掌握门静脉的变异情况。正常情况下,门静脉主干三分叉变异并不会对手术造成影响,但若是右前支与左支共干变异,则在行肝左叶切除术时容易出现误扎,继而造成肝脏局部坏死<sup>[3]</sup>。肝静脉的变异情况也极为多见,肝切除术后静脉引流不顺会造成肝功能不全,所以在行腹部手术前,应全面掌握肝静脉各分支的解剖情况,这对提升手术成功率起到了关键作用<sup>[4]</sup>。部分特殊的肝静脉更应引起高度重视,如 IV 段静脉,IV 段肝脏在缺乏 IV 段静脉时主要利用肝中静脉引流,存有 IV 段静脉时则主要通过 IV 段静脉引流,因此在行肝切除术时同时切掉肝中静脉并不会影响 IV 段肝脏的血液回流<sup>[5]</sup>。

综上所述,个体化肝静脉、门静脉三维重建在肝脏外科中具有较高的应用价值,可于术前准确评估肝静脉、门静脉的变异情况,值得推广。

#### [参考文献]

- [1] 张永祥. 个体化肝静脉、门静脉三维重建在肝脏外科中的应用 [D]. 南方医科大学, 2013:1-108.
- [2] 唐辉, 洪健, 江鹏, 等. CT 数据三维重建在肝脏肿瘤外科中的应用 [J]. 中国数字医学, 2013(3):87-89.
- [3] 游锦华. 数字化肝静脉分型及其在肝脏肿瘤外科中的应用研究 [D]. 南方医科大学, 2012:1-98.
- [4] 项楠, 方驰华, 范应方, 等. 三维可视化技术联合 3D 腹腔镜在肝胆外科的应用 [J]. 中华消化外科杂志, 2014(4):306-309.
- [5] Shimizu A, Kobayashi A, Yokoyama T, et al. Hepatec to my preserving drainage veins of the posterior section for liver malignancy in: an alternative to right hepatec to my. Am J Surg, 2012, 204(5):717-723.