



腹主动脉球囊阻断术于保全凶险型前置胎盘产妇产宫的可行性

朱洁

苏州市吴江区第一人民医院妇产科 江苏苏州 215200

【摘要】目的 分析腹主动脉球囊阻断术于保全凶险型前置胎盘产妇产宫的可行性。**方法** 选取我院进行剖宫产术的凶险型前置胎盘患者 53 例作为研究对象,按是否实施腹主动脉球囊阻断术分为观察组和对照组,观察组(35 例)在剖宫产前实施腹主动脉球囊阻断术,对照组(18 例)未实施腹主动脉球囊阻断术,比较两组手术情况。**结果** 观察组术中出血量、输血量、子宫切除发生率均小于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),观察组术后感染率与对照组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组新生儿窒息率 2.9%,对照组新生儿窒息率差 5.6%,差异无统计学意义($\chi^2 = 0.634, P = 0.841 > 0.05$)。**结论** 给予凶险型前置胎盘患者腹主动脉球囊阻断术可有效减少术中出血量及输血量,降低子宫切除率,最大程度保留患者子宫。

【关键词】 腹主动脉球囊阻断术;凶险型前置胎盘;子宫

【中图分类号】 R713.42 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561(2017)04-079-02

凶险性前置胎盘是一种严重的妊娠并发症,多发于经产妇。在前次剖宫产子宫切口瘢痕处,前置胎盘附着于此,容易引起胎盘粘连和胎盘植入,存在着产后出血的风险。凶险性前置胎盘给产妇的生命健康安全带来了极大的威胁,一旦发生产后大出血,需要通过切除子宫来予以抢救,给产妇的身心造成严重的伤害^[1]。随着国家二胎政策的开放,既往有剖宫产的女性再次妊娠明显增加,凶险性前置胎盘的孕妇数量随之增多。本研究将腹主动脉球囊阻断术应用于凶险性前置胎盘剖宫产,以减少术中出血,降低子宫切除率,改善凶险性前置胎盘孕妇结局,疗效满意,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究对象为 2014 年 1 月-2017 年 5 年我院行剖宫产的凶险型前置胎盘患者 53 例,按是否实施腹主动脉球囊阻断术分为观察组(35 例)和对照组(18 例)。对照组:年龄 23~36 岁,平均(31.9±3.5)岁;孕周 32~40 周,平均(36.4±2.4)周;平均孕次(3.7±1.2)次;平均产次(2.2±0.5)次。观察组:年龄 25~39 岁,平均(32.3±3.7)岁;孕周 31~39 周,平均(35.9±3.0)周;平均孕次(3.8±1.3)次;平均产次(2.2±0.4)次。两组患者年龄、孕周等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

观察组于剖宫产前实施腹主动脉球囊阻断术。剖宫产前 1h,产妇于介入科行腹主动脉球囊阻断术。患者取平卧位,利多卡因局麻,常规准备后穿刺一侧股动脉,送入导丝,循序扩张穿刺道,置入 12F 导管鞘。在导丝引导下送入 COOK20~45mm 主动脉成形球囊导管,将球囊前端送至腰 3 椎体上缘水平,注入对比剂确认其位于两侧肾动脉开口下方。以 4~6mL 对比剂稀释液充盈球囊至双侧股动脉搏动消失。抽空球囊,以肝素盐水冲洗导管鞘。固定导管鞘及球囊导管,送手术室。全麻下宫体剖宫娩出胎儿后立即充盈球囊阻断腹主动脉,药物促进宫缩,手剥胎盘并尽量清理植入肌层的胎盘组织,分离反折腹膜,下推膀胱,充分暴露子宫下段,可吸收线局部缝扎止血,并修补肌层缺损。球囊充盈每次一般不超过 30min,两次阻断间恢复血供 10min。缝扎后抽空球囊恢复血流,根据出血情况决定进一步手术。对于阻断状态下仍无法控制的出血,行子宫切除术。术后拔出球囊及导管鞘,穿刺点加压包扎 24h。对照组在全麻下实施剖宫产术,术中操作与观察组相同。

1.3 评价指标

统计分析两组患者术中出血量、输血量、子宫切除发生率、术后感染情况。采用新生儿 Apgar 评分评估新生儿窒息情况,共计 10 分, <4 分表示重度窒息, <7 分表示轻度窒息, ≥7 分表示正常^[2]。

1.4 统计学分析

采用 t/χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术情况比较

观察组术中出血量、输血量、子宫切除发生率均小于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),观察组术后感染率与对照组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

表 1: 两组手术情况比较

组别	n	出血量 (mL)	输血量 (mL)	子宫 切除率	术后 感染率
观察组	35	1532±531.0	769.5±365.8	3(8.6)	2(5.7)
对照组	18	2367±635.2	1207.4±478.2	12(66.7)	1(5.6)
t/χ^2		8.624	7.745	24.652	0.214
P		0.000	0.000	0.000	0.952

2.2 两组新生儿 Apgar 评分比较

观察组轻度窒息 1 例,正常 34 例,新生儿窒息率 2.9%,对照组轻度窒息 1 例,正常 17 例,新生儿窒息率差 5.6%,差异无统计学意义($\chi^2 = 0.634, P = 0.841 > 0.05$)。

3 讨论

凶险性前置胎盘是由于产妇经过剖宫产手术后引发子宫切口的瘢痕以及子宫内膜受到损伤,切口位置内膜愈合(生长)缓慢,肌层薄弱,所以绒毛进入子宫并且着床该位置后,底蜕膜形成不良,绒毛比较容易侵入子宫肌层以及浆膜层,最终形成胎盘植入^[3]。作为一种危重并发症,凶险性前置胎盘给产妇的分娩安全带来了风险,发生该病症的产妇出血量将难以控制,临床抢救中通常采取切除子宫进行抢救,所以增加了产妇产后子宫切除的风险,但是对于育龄女性,子宫的丢失不但使其丧失了生育能力,也会严重影响其以后的生活质量。作为女性激素靶器官,子宫的丢失使得性腺轴的反馈中断,极易导致卵巢早衰,若配偶缺少这方面知识,甚至会导致家庭破裂,给女性带来极大的生理和心理创伤^[4]。因此保留凶险性前置胎盘患者的子宫是迫切需要解决的问题。

腹主动脉球囊阻断术主要在盆腔及骶髂部富血供肿瘤手术及严重盆腔外伤出血等手术中广泛应用,对术中出血量的控制效果较好。本研究中,将腹主动脉球囊阻断术应用于凶险性前置胎盘剖宫产术,通过对较大范围进行阻断,进而对剖宫产术中出血进行有效的预防及控制,观察组术中出血量及输血量较对照组明显减少($P < 0.05$),患者的机体损伤相对较小,生命体征稳定,术中球囊充盈阻断了腹主动脉,使得手术者有相对清晰的手术野,有利于手术操作,更好地精准止血,为保留子宫提供更多的机会。本研究中,观察组子宫切除率 8.6% 小于对照组的 66.7%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

(下转第 83 页)



分析本研究结果发现,在临床症状改善状况方面,实验组显著优于对照组($P < 0.05$);对照组患者的临床治疗总有效率为61.7% (37/60),实验组患者的临床治疗总有效率为91.7% (55/60),在临床治疗总有效率方面,实验组显著高于对照组($P < 0.05$)。研究结果显示,在对围绝经期综合症患者进行常规综合治疗的同时,采用芬吗通激素补充治疗,能让临床治疗效果显著提高,对患者的临床症状进行显著改善,让其生活质量显著提高。

激素补充治疗在绝经过渡期和绝经后的应用历程虽然比较长,然而因为妇女对激素类药物存在一定的恐惧心理,进而对激素补充治疗的应用造成了一定限制。因此应对治疗禁忌症和适应症进行严格掌握,在积极推广的同时还应对滥用进行有效预防和控制,让适龄妇女的危险性有效降低,让其收益显著提高。围绝经期综合症并不是一种疾病,而是一种生理过程,所以只能在绝经相关症状严重影响其生活质量时,才能开始进行激素补充治疗^[5]。激素补充治疗前,应对其家族病史和个人史进行详细调查,根据激素补充治疗的相关注意事项和禁忌症来进行相关辅助检查。

(上接第79页)

数据说明,腹主动脉球囊阻断术能够最大程度保留子宫。观察组中仍有3例切除子宫,这是由于球囊充盈不足,腹主动脉阻断不彻底造成术中出血任然较大,从而采取切除子宫进行抢救。本研究中,两组患者术后感染率比较差异无统计学意义($P < 0.05$),说明,应用腹主动脉球囊阻断术不会增加患者术后感染。另外两组新生儿窒息率比较,差异无统计学意义($P < 0.05$),数据说明,将腹主动脉球囊阻断术应用于凶险性前置胎盘剖宫产术,对新生儿窒息情况无明显影响。

综上所述,对凶险型前置胎盘患者实施腹主动脉球囊阻断术可明显减少产妇术中出血量及输血量,尤其能够最大程度保留患者子宫,且对术后感染情况及新生儿窒息情况不造

(上接第80页)

会受到多种因素的影响,通常情况下不单独应用。据相关资料显示,健康人的血沉速度无明显差异,但是和儿童对比的话,成年男性、妊娠期妇女的血沉速度相对较快。在临床检测的过程中,将血沉作为红细胞间聚集性的重要观察指标,能够反应身体内部的疾病,是一种生理化验行为。除此之外,患者的胆固醇、甘油三酯水平的提升也会影响到血沉指标的变化^[4],因此联合应用血常规、C-反应蛋白水平进行检测具有重要意义。

在本次实验中,观察组患者的血常规、血沉和C-反应蛋白水平均高于对照组和健康组人权,且对照组患者在血沉和C-反应蛋白水平上明显高于健康组,比较差异较大,具有统计学意义。根据本次实验结果对小儿急性肺炎进行全面的诊断,能够保证其准确性,具有良好的临床诊断价值。

(上接第81页)

系统髓鞘结构和功能稳定的作用,其血清水平的增高是急性脑实质损伤和髓鞘改变的特异性生化指标。Connolly发现癫痫患儿血清MBP有显著升高,认为癫痫发作后存在髓鞘结构的破坏。但本研究癫痫组MBP水平与对照组比较均无明显差异,与文献报道不符。可能是由于本组均于癫痫发作后24h内抽血和CSF,而文献报道血液和CSF中MBP水平的变化一般

总之,在对围绝经期综合症患者进行常规综合治疗的同时,给予激素补充治疗能对患者的围绝经期症状进行显著改善,让临床疗效显著提高,进而来对其预后进行改善,让患者的生活质量显著提高。

参考文献:

- [1] 杨燕, 何江江, MarkP.Connolly等. 激素补充治疗用于围绝经期综合征的成本分析研究[J]. 中国卫生经济, 2017, 36(1):44-48.
- [2] 何国照, 曹霞, 蒋学英等. 替勃龙和克龄蒙激素补充疗法治疗围绝经期综合征及其对骨密度影响的临床观察[J]. 疑难病杂志, 2013, 12(12):946-949.
- [3] 许金平. 激素替代治疗对围绝经期综合症患者子宫内膜厚度及激素水平的影响[J]. 山东医药, 2013, 53(17):77-78.
- [4] 陈丽霞. 小剂量雌激素、孕激素替代治疗围绝经期综合征的疗效观察[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(27):4595-4596.
- [5] 辜卫红, 刘成全. 中重度围绝经期综合症患者不同治疗方法的临床分析[J]. 中国综合临床, 2015, 31(9):852-855.

成影响,值得临床上推广应用。

参考文献:

- [1] 张春华, 左常婷, 王谢桐. 腹主动脉球囊阻断术在凶险性前置胎盘剖宫产中的作用[J]. 山东大学学报(医学版), 2016, 54(9):18-21.
- [2] 李英. 腹主动脉球囊置入阻断术在凶险性前置胎盘剖宫产术中临床效果[J]. 心理医生, 2017, 23(4):140-141.
- [3] 凌波, 谢兰. 腹主动脉阻断球囊植入术在凶险性前置胎盘剖宫产术中的应用[J]. 现代医药卫生, 2016(B08):6-9.
- [4] 林燕. 腹主动脉阻断球囊植入术对凶险性前置胎盘剖宫产中止血情况及手术结局的影响[J]. 中国计划生育和妇产科, 2017, 9(4):38-40.

综上所述,血常规、血沉、C-反应蛋白水平对小儿急性肺炎诊断具有较高的价值,能够提高诊断的准确性,及时的进入后续治疗,防止延误病情,可在临床过程中推广应用。

参考文献:

- [1] 海尔尼沙汗木沙, 麦热姆妮萨罕热合曼. 血常规、血沉、C-反应蛋白检验对小儿急性肺炎价值诊断[J]. 世界最新医学信息文摘. 2016, 11(18): 134-138.
- [2] 汪为宽. 血常规、血沉和C-反应蛋白对小儿细菌性肺炎的诊断价值分析[J]. 中国民族民间医药. 2014, 10(15): 326-329.
- [3] 章焱君. 血常规、血沉、C-反应蛋白对小儿急性肺炎价值诊断[J]. 大家健康(学术版). 2014, 5(20): 224-227.
- [4] 彭福昌. 血常规、血沉、C-反应蛋白对小儿细菌性肺炎的诊断价值[J]. 中国卫生产业. 2013, 1(15): 87-91.

在脑神经损害后72h才轻度升高有关。因此MBP可能不适合作为癫痫发作后脑细胞损伤的早期诊断指标。

综上所述,单次癫痫全身发作后早期即存在脑神经细胞的损伤和血脑屏障的破坏,故及时给予脑保护剂是必要的。本试验还发现NSE、S-100 β 在血清和CSF间存在较好的相关性,故临床对单次癫痫发作患儿早期可通过检测血清NSE、S-100 β 了解脑神经细胞的损伤情况。