月得到进一步改善,治疗有效率达90%以上,与国内相关报道相近[3]。射频治疗作为支气管镜下肿瘤消融治疗的技术之一,具有以下优点:射频天线末端的探头可直接接触肿瘤组织表面或插入肿瘤组织中进行治疗,故定位准确,不容易误伤周围组织;治疗中不产生烟雾,视野清晰,且出血较少,操作时间较短;功率分6档可调,可控制凝固深度,不容易出现气道穿孔等严重并发症;治疗中不易发生气道内燃烧现象,可以在氧疗下甚至高频喷射呼吸机辅助通气下进行操作,提高了患者的依从性;设备相对较简单、便宜,操作方便,易于掌握;利用射频天线与射频圈套器相配合,可以缩短治疗时间,提高疗效。

既往认为气管重度狭窄患者不适合射频治疗[8]。本研究组中有3例患者气管狭窄程度超过75%,病灶为管内型或混合型,气管最窄段长度<10 mm。在高频喷射呼吸机辅助通气下,先用射频天线扩大一部分管腔以改善通气,再用射频圈套器切取组织,基底部再用射频天线治疗。通过射频天线与射频圈套器的配合使用,3例患者均顺利完成操作,术后气道狭窄疗效评价均为CR。

从并发症来看,本组107例患者术中均未出现超过50 mL的出血,且未影响操作,术后少量咯血5例,未出现气道穿孔、纵隔气肿等严重并发症。

综上所述,我们认为经纤支镜射频治疗恶性中央气道狭窄准确、安全、起效快、疗效确切、操作较方便,有助于提高患者的生活质量,并为进一步治疗创造条件。

参考文献:

[1] 张华平, 宋爱玲, 曾奕明, 等. 镍钛记忆合金支架在治疗大气道狭窄中的应用[J]. 江西医学院学报, 2005, 45(5): 130-131, 133.
[2] 王洪武. 晚期中央型非小细胞肺癌气管镜微创治疗进展[J]. 医学研究杂志, 2009, 38(6): 3-5, 69.
[3] 张铭, 张全卯, 李杰, 等. 经气管镜腔内射频联合放疗治疗中心型非小细胞肺癌疗效分析[J]. 中国内镜杂志, 2009, 15(12): 1244-1246.
[4] 金发光, 穆德广, 楚东岭, 等. 经支气管镜氩等离子凝固治疗大气道阻塞性狭窄[J]. 中华肿瘤杂志, 2008, 30(6): 462-464.
[5] 赵弘卿, 王冬青, 殷凯生, 等. 喉罩通气下经支气管镜钬激光治疗气道肿瘤的临床观察[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2008, 15(22): 1749-1750, 1757.
[6] 李泳群, 冯华松, 聂舟山, 等. 支气管镜下冷冻联合氩等离子电凝治疗中央气道肺癌[J]. 临床肿瘤学杂志, 2010, 15(1): 64-66.
[7] 毛中鹏, 王磊, 马熙, 等. 螺旋CT引导肺癌射频消融治疗应用及近期疗效分析[J]. 现代肿瘤医学, 2012, 20(12): 2516-2518.
[8] 王昌惠, 刘忠令. 纤维支气管镜在气管、主支气管重度狭窄的抢救与治疗中的应用[J]. 中国内镜杂志, 1999, 5(6): 9-10.

(**收稿**:2014-05-12;**修回**:2014-06-20)
(编辑 邓强庭)

文章编号:1000-5404(2014)20-2149-02

经验交流

前置胎盘剖宫产术中联合止血方式有效性分析

唐媛媛[1],汪 玲[1],刘 燕[2] (315020 浙江 宁波,宁波市第九医院妇产科[1];315100 浙江 宁波,宁波明州医院妇产科[2])

[**关键词**] 前置胎盘;剖宫产;子宫下段出血;止血
[**中图法分类号**] R619.1 [**文献标志码**] B

前置胎盘中胎盘粘连和植入是引起产时、产后出血的主要原因之一,其出血发生率高,出血凶险,常导致休克、DIC等严重并发症,临床处理困难,子宫切除率高,严重威胁女性的生殖健康[1]。因此,寻求新的终止妊娠的方法,减少剖宫产术中、术后出血,降低子宫切除率及孕产妇死亡率成为产科领域的重要课题。我们近年来对前置胎盘剖宫产术中发生粘连出血患者采用联合止血。取得较好的止血效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择宁波明州医院2006-2013年B超提示前置胎盘患者共118例,其中边缘性前置胎盘80例,部分性前置胎盘14例,中央性前置胎盘24例。其中115例选择剖宫产术,术中发现胎盘粘连植入48例。48例入选患者年龄21~36(28.5±1.2)岁,终止妊娠孕周(34.84±2.1)周,体质量(65.80±4.5)kg。其中仅8例无孕产史。按流行病学简单随机方法分为2组,研究组:24例,在剖宫产术中采用联合止血方式;对照组:24例,术中未采用联合止血方式。2组患者在平均年龄、孕周、体质量差异均无统计学意义($P>0.05$)。本研究获得患者和家属知情同意。

1.2 研究方法

研究组:对于剖宫产手术中采用纵切口,子宫下段横切口,尽量避开子宫下段胎盘位置,同时尽量避免胎盘打洞。在胎儿取出后,搬出子宫于切口外,周围用盐水纱布保护,立即用联合止血方式:①乳胶止血带环扎子宫下段。②8字缝合胎盘剥离出血面。③卡前列素丁三醇(欣母沛)针、卡贝缩宫素注射液宫壁及静脉注射收缩子宫。

对照组:在手术切口、子宫切口选择同研究组,随机使用B-

[**通信作者**] 唐媛媛,E-mail:810703@sina.com
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20140821.1449.018.html(2014-08-21)

lanch缝合、宫腔纱条填塞、水囊压迫法、8字缝合法胎盘剥离面、卡前列素丁三醇(欣母沛)、卡贝缩宫素针等止血措施中的一项或几项联合。

1.3 统计学分析

采用SPSS 13.0统计软件,建立数据后正态分布计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计量资料进行 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

边缘性前置胎盘发生粘连出血者共26例,其术中平均出血量为403.5 mL;部分性前置胎盘发生粘连出血者8例,术中平均出血量为600 mL;中央性前置胎盘发生粘连出血者共14例,术中平均出血量为814.5 mL。前置胎盘发生粘连出血的程度与其类型相关,中央性最严重,部分性次之。根据研究组在手术中出血量、输血量、产后出血率方面较对照组有明显改善($P<0.01$,表1)。研究组与对照组在新生儿平均体质量、APgar评分、脐血流pH值方面差异无统计学意义($P>0.05$,表2)。

表1 2组术中出血量、输血量和产后出血率的比较($n=24$)

组别	术中出血量(mL,$\bar{x} \pm s$)	平均输血量(mL,$\bar{x} \pm s$)	产后出血率[例(%)]
对照组	895.85±103.02	341.65±65.58	54.16(13例)
研究组	411.55±120.05	61.55±13.30	16.67(4例)
P值	<0.01	<0.01	<0.01

表2 2组新生儿临床资料($n=24$, $\bar{x} \pm s$)

组别	新生儿体质量(g)	Apgar评分	脐动脉pH值
对照组	3 095.83±335.67	9.1±0.18	7.28±0.06
研究组	3 023.77±365.47	9.0±0.28	7.29±0.04
P值	>0.05	>0.05	>0.05

3 讨论

前置胎盘的发生主要与年龄、多次孕产史、剖宫产率呈正相关[1],根据统计学资料,前置胎盘发生率2.54%,2次以上剖宫产其发生率最高达39%[2]。本组研究病例平均妊娠年龄28.5岁,据统计本院发生前置胎盘的比率为3.45%,较统计学数据略偏高,估计与近些年剖宫产率及生育年龄增长相关。故严格把握剖宫产率对降低前置胎盘的发生有重要意义。

前置胎盘出血的原因是由于胎盘附着于子宫下段,子宫下段的肌组织菲薄收缩力差,不能使附着的胎盘完全剥离,又不足以使胎盘剥离面的开放血窦等缩紧、闭合;同时子宫动脉的下支供应子宫下段、宫颈及阴道上1/3的血液循环[3]。因此,要达到控制前置胎盘剥离面出血是相当困难的。本研究方法中用联合止血方式,方法简便,易于掌握。研究组平均术中出血量控制在400 mL,平均手术时间控制在56.5 min,产后出血率仅为对照组的1/3,无1例子宫切除,以上各项数据证明联合止血方式临床有效。

联合止血方式的注意事项:①子宫切口选择胎盘边缘,尽亮避免胎盘打洞。本组48例患者均采用近胎盘边缘的子宫切口,避免胎儿失血。②止血带环扎时间应控制在15 min内,15 min后放松2~5 min,可行再次环扎,第2次环扎时间控制为10 min以内,不进行第3次环扎。有报道称也可于胎儿娩出前行子宫下段环扎[4],但阻断子宫血供对尚未娩出胎儿不利。研究组24例患者术中均控制在25 min内完成子宫缝合,有利节省手术总时间。③胎盘剥离后对于出血创面予8字间断缝合,缝扎的面积应略超出出血灶的范围,进针宜深以达到局部止血效果。有报道称应注意切勿缝合住宫颈内口,否则易造成产后宫颈内口狭窄[5]。④切勿追求胎盘完整剥离,因凶险性胎盘若发生严重植入时,可能完全穿透子宫浆膜层,甚至浸润至膀胱肌层。硬性剥离只会造成更严重的出血甚至膀胱损伤。若发生胎盘剥离不全,造成产后残留,可予MTX药物保守治疗[6]。研究组及对照组病例中均有1例凶险性前置胎盘发生了产后胎盘残留,于产后30 d予75 mg MTX化疗后,行刮宫术,术中未发生阴道大出血不良后果。⑤卡前列素丁三醇(欣母沛)及卡贝缩宫素针的注射应连贯有序。因欣母沛其作用快而持续时间相对短,15 min达峰值后作用效果逐渐下降[7],故应在胎儿取出后胎盘剥离前宫体、宫颈段注射,而缝合子宫切口时马上加入卡贝针静推,加强子宫收缩,使收缩峰值保持高峰的连续性。

前置胎盘发生子宫下段大出血时出血异常迅猛,故术前需积极完善相关的各项准备工作,联系好充足的血源。对于凶险性前置胎盘伴植入时应作好在输血抢救休克的同时有条不紊地进行手术,对于采取以上综合性止血措施后仍有出血,特别对于出血量大于2 000 mL以上、止血困难者,应果断行子宫切除,以确保产妇生命。

参考文献:

[1] Cunningham F G, Gant N F, Leveno K J, 等. 威廉姆斯产科学[M]. 段涛, 丰有吉, 狄文, 译. 21版. 济南: 山东科学技术出版社, 2009: 557-558.

[2] 李巨. 前置胎盘手术止血方法的选择与应用[J]. 中华产科急救电子杂志, 2013, 2(1): 14-18.

[3] 王琳, 常青, 王丹, 等. 经阴道宫颈缝合术治疗前置胎盘术中宫颈出血[J]. 实用妇产科杂志, 2007, 23(5): 272-273.

[4] 张艳玲. 低位子宫动脉结扎在前置胎盘剖宫产术中的应用[J]. 实用医学杂志, 2013, 29(8): 1291-1293.

[5] 姚利, 曹志华, 杜丽. 间断环形缝合在剖宫产术中控制前置胎盘粘连出血中的应用[J]. 中国妇幼保健, 2005, 20(21): 2781-2782.

[6] 刘兴会, 姚强. 凶险型前置胎盘的诊断及处理[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2011, 27(2): 85-89.

[7] 王敏. 卡前列素氨丁三醇预防前置胎盘剖宫产产后出血的临床观察[J]. 临床合理用药, 2012, 5(1A): 9-10.

(**收稿**:2014-04-10;**修回**:2014-04-30)

(编辑 吴培红)