剖宫产术中子宫下段出血手术止血方法探讨

Surgical hemostatic method of lower uterine bleeding in caesarean section

齐新颖,杨凤桢,付永杰,曹亚磊 (沧州市中心医院产二科,河北 沧州 061000)

[摘 要] **目的** 探讨子宫下段压迫联合子宫动脉阻断术在治疗剖宫产术中子宫下段收缩不良导致产后出血的有效性和可行性。**方法** 对 2012 年 1 月至 2014 年 2 月在我院剖宫产术中因前置胎盘、胎盘粘连、植入及滞产、瘢痕子宫再次手术导致产后出血 28 例患者,常规应用促宫缩治疗无效,采用子宫下段压迫联合子宫动脉阻断术,回顾分析其临床资料。**结果** 子宫下段压迫联合子宫动脉阻断术治疗难治性子宫下段出血总有效率 100%,术后未发现子宫缺血坏死或晚期产后出血情况。**结论** 此种缝合术止血效果满意,操作简单、安全、有效,为治疗产后出血尤其是难治性子宫下段出血开辟了一条新思路。

[关键词] 剖宫产术;子宫下段出血;子宫下段压迫联合子宫动脉阻断术

[中图分类号] R619.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2015)03-0343-02

产后出血是严重威胁我国孕产妇死亡的严重并发症,居孕产妇死亡的首位[1]。因此积极预防和控制产后出血的新技术和新方法,仍然是产科工作者探讨的热点。随着剖宫产率的逐年增高,随之而来的瘢痕子宫再次剖宫产、凶险性前置胎盘、胎盘粘连、植入,辅助生育技术下的多胎妊娠,巨大儿、滞产等多种因素,导致剖宫产术中出现子宫下段收缩不良的难治性出血,常规应用宫缩剂等一般处理无效,给患者身心带来了严重影响。本研究将子宫下段压迫联合子宫动脉阻断术应用于子宫下段出血患者,探讨其止血作用。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2012 年 1 月至 2014 年 2 月在我院产科采用子宫下段压迫联合子宫动脉阻断术治疗剖宫产术中子宫下段出血患者 28 例,年龄 21 ~ 39 岁,平均 28.8 岁,孕周 35^{+4} ~ 39^{+6} 周,平均(37.2 ± 0.4)周,其中经产妇 22 例,初产妇 6 例,前置胎盘 5 例(包括凶险性前置胎盘 2 例)、2 次或 3 次剖宫产术 14 例、滞产 5 例、双胎 4 例。所有病例均凝血功能正常,除外血液系统疾病,麻醉方式选择腰硬联合麻醉或腰麻,手术方式为子宫下段横切口剖宫产术。术中胎盘娩出后出血增多,宫体收缩好,子宫下段收缩差,首选擦拭宫腔,除外胎盘、胎膜残留,常规应用缩宫素 20 ~ 60 U、欣母沛 250 μg 宫体注射,如胎盘粘连或植入附着部位出血,局部间断或"8"字缝扎,效果不佳,立即采用子宫下段压迫联合子宫动脉阻断术。

1.2 方法

将子宫托出腹腔外,下推膀胱反折腹膜,充分暴露子宫下段及宫颈,用 1 号可吸收线从子宫左侧边缘向内 3 cm、子宫下段切口下 2 ~ 3 cm 处进针,垂直贯穿子宫全层于子宫后壁出针。于左侧输卵管后下方阔韧带无血管区进针,穿透阔韧带后绕到子宫前壁,于子宫前壁第一针进针点下 1 cm 再次进针,横行穿透子宫前壁肌层及黏膜层,于右侧对应位置出针。穿透右侧输卵管前下方阔韧带无血管区,于子宫后壁对应位置进针,垂直贯穿子宫前后壁于前壁下缘 2 ~ 3 cm 出针,拉紧缝线、打结。拉紧缝线时务必小心、缓慢、渐进,以免损伤肠管及大网膜。完毕后将子宫送回腹腔,观察出血情况,确定无继续出血后缝合子宫下段横切口,逐层关腹,术后恢复室观察 1 h 回病房。

1.3 观察指标

术中、术后、产后出血计算根据称重法、容积法计算。手术结束后生命体征平稳,继续出血小于 50 mL/h,心率小于 100 次/分,尿量大于 30 mL/h 为有效。手术时间计算从切开皮肤至皮肤切口缝合完毕的时间。记录患者术后至出院时体温变化、血像及腹部症状,住院时间、切口愈合情况。随访了解患者术后 42 d 恶露及月经来潮情况、妇科及腹部超声情况。

2 结果

2.1 疗效观察

28 例患者术后均出血停止,有效率 100%,手术时间 45 ~ 89 min,平均 67 min,全部止血成功,术中出血 600 ~ 3 200 mL,输血 11 例,输血量 400 ~ 2 000 mL。平均住院时间 6.4 d。术后随访 42 d,随访率 93%,恶露持续 11 ~ 25 d,子宫复旧好,宫口通畅,宫腔无粘连,子宫、附件超声提示未见明显异常,彩色多普勒超声(CDFI)提示子宫及双侧附件区未见明显异常血流信号。

2.2 并发症

所有患者无晚期产后出血、子宫坏死、宫腔感染、宫腔积液等并发症发生。术后产褥病率 13 例,经抗感染治疗后痊愈,1 例患者切口脂肪液化,经切口换药、二次缝合后拆线出院。

3 讨论

3.1 创建背景及理论基础

随着孕产妇数量逐年上升,高龄产妇比例增加及国家生育政策的放开,2 次剖宫产甚至 3 次、4 次剖宫产率呈逐渐上升的趋势。前置胎盘、胎盘植入的发生率与剖宫产率上升相一致[2]。瘢痕子宫再次妊娠分娩,前置胎盘、胎盘植入、产后出血

doi:10.11659/jjssx.08E014008

[收稿日期] 2014-11-28 [修回日期] 2014-12-15

发生率也明显增加[3-6]。其中剖宫产术中子宫下段出血为主要原因,且难以纠正,往往发展为难治性产后出血。目前常用的止血方法中传统的药物治疗常常对子宫下段出血止血效果差,故手术止血方法越来越受到人们的关注。对于子宫下段收缩乏力的患者,起初采用局部缝扎及宫腔填塞术,治疗效果较差,且有宫腔隐匿性出血的风险。而最近采用的治疗产后出血的手术方法,如 Blynch 缝合术、Hayman 缝合术[7]、背包式缝合术[8]、cho 缝合术[9],主要应用于宫体收缩乏力的患者,均收到了良好的效果。HWU 缝合术、子宫下段环形缝扎术、U 型缝合术[10]、子宫动脉或髂内动脉结扎术治疗子宫下段收缩乏力,尤其是对于凶险性前置胎盘导致的产后出血,止血安全有效[11-14]。子宫动脉栓塞术也是近年来开展的新项目之一,此种方法止血及时有效、时间短、创伤小、恢复快,即使患者处于休克、DIC 的情况下,也可与抗休克、纠正 DIC 同时进行,最适用于年轻、要求保留生育功能患者。但子宫动脉栓塞术需要特殊设备、特别技术、特别培训,且费用高,一般医院,尤其基层医院难以开展[15]。同样采用子宫压迫止血的理念,在上述理论及实践基础上加以改良,创建了子宫下段压迫联合子宫动脉结扎术,通过临床应用,证明此方法安全、有效、简单易行,一般医院均可开展,止血效果显著,不仅保留了患者的生育功能,而且大大提高的产后出血的救治率,节省了血源,提高了患者的生存质量。

3.2 适应证及止血原理

子宫下段压迫联合子宫动脉阻断术适用于子宫下段收缩不良而导致的产后出血患者。剖宫产术中,胎盘娩出后,宫体收缩好,而子宫下段呈“软口袋”状,子宫下段肌层较薄,有的仅有浆膜层,瘢痕处肌纤维弹性差,收缩力差,子宫肌层广泛渗血,而导致产后出血。止血原理主要是模拟产后生理性止血的特点,子宫下段平行垂直压迫缝合使纵行、横行及环形排列的肌纤维被动收缩,子宫前后壁贴紧、肌纤维间的血窦闭合而迅速止血。子宫的血供主要来源于子宫动脉,占子宫血供的 92%,且髂内动脉分支间存在丰富的侧支循环[16]。此方法在子宫压迫缝合的同时,阻断了子宫动脉上行支的血流,使局部动脉压降低,血流量明显减少,子宫肌层急性缺血缺氧而促使子宫自发性收缩,子宫下段出血停止,从而达到止血目的。此缝合法子宫动脉为暂时阻断,缝线跨度较大,不像子宫动脉结扎术那样血管完全闭合,可吸收线又能吸收降解,故既达到了止血目的,子宫又不会发生缺血性坏死。本研究所有患者无晚期产后出血、子宫坏死、宫腔感染、宫腔积液等并发症发生,随访率 93%,子宫复旧好,子宫、附件超声未见明显异常。

3.3 操作要点

术前评价产后出血的高危因素,对于瘢痕子宫、多胎妊娠、前置胎盘尤其是凶险性前置胎盘、巨大儿等患者应做好充分的术前准备,制订详尽的手术方案及应对措施。术中准确记录出血量,如胎盘娩出后宫体收缩好,子宫下段出血广泛凶猛,立即行子宫下段压迫联合子宫动脉阻断术。术前充分下推膀胱,止血带捆扎止血后实施此术。拉紧缝线前应仔细检查,以免膀胱、输尿管、肠管、大网膜损伤。缝合完毕后将子宫送回腹腔,观察 10 ~ 15 min,确定阴道出血明显减少才可缝合子宫切口后关腹,如果阴道出血不止或仍有持续新鲜出血,应立即改用其他手术方法止血或尽早行子宫切除术。

通过临床应用,证明子宫下段压迫联合子宫动脉结扎术安全、有效、简单易行,一般医院均可开展。其止血效果显著,不仅保留了患者的生育功能,而且大大提高了产后出血的救治率,节省了血源,提高了患者的生存质量。临床观察及随访未见近、远期并发症,值得推广。

[参考文献]

[1] 谢 幸,苟文丽. 妇产科学[M]. 第 8 版. 北京:人民卫生出版社,2013:211 - 215.

[2] National Institutes of Health. state-of-the-science conference statement: Cesarean delivery on maternal request. March 27 ~ 29, 2006[J]. Obstet Gynecol,2006,107(6):1386 - 1397.

[3] 由春玲. 瘢痕子宫 948 例分娩结局及相关因素分析[J]. 国际医药导报,2012,(18)18:2687 - 2689.

[4] 高丽欣,刘 群. 瘢痕子宫再次剖宫产的并发症分析[J]. 中国全科医学,2012,15(23):2709 - 2711.

[5] 刘梅丽. 145 例瘢痕子宫再次剖宫产术中出血情况分析[J]. 河南外科学杂志,2012,18(1):65 - 67.

[6] 李丽春,冯 丽. 108 例瘢痕子宫再次剖宫产相关问题分析[J]. 西郊医学,2012,5(24):876 - 878.

[7] Hayman RG, Arulkumaran S, Steer PJ. Uterine compression sutures: surgical management of postpartum hemorrhage[J]. Obstet Gynecol,2002,99(3):502 - 506.

[8] 俞丽丽,彭珠芸,胡翠芳,等. 背包式缝合技术治疗剖宫产术中宫缩乏力性大出血(附 11 例临床分析)[J]. 中国现代手术学杂志,2011,15(6):470 - 473.

[9] Cho JH, Jun HS, Lee CN. Hemostatic suturing technique for uterine bleeding during cesarean delivery[J]. Obstet Gynecol,2000,96(1):129 - 131.

[10] Hackethal A, Brueggmann D, Oehmke F, et al. Uterine compression u-sutures in primary postpartum hemorrhage after cesarean section: fertility preservation with a simple and effective technique[J]. Hum Reprod,2008,23(1):74 - 79.

[11] 彭珠芸,俞丽丽,韩 建,等. 子宫下段环形缝扎术治疗前置胎盘致剖宫产后出血[J]. 局解手术学杂志,2014,23(1):9 - 11.

[12] 王 军,刘 岚,代小红. HWU 缝合术治疗剖宫产术中难治性子宫下段出血中的临床应用研究[J]. 临床和实验医学杂志,2012,11(15):1235 - 1236.

[13] 李 巨,唐晓霞,陈震宇,等. 前置胎盘剖宫产术中出血的止血方法探讨[J]. 中华妇产科杂志,2012,9(47):695 - 696.

[14] 宁儒凤,曾 瑛. Hwu 缝合联合筋膜内子宫动脉结扎术中央性前置胎盘剖宫产术中的应用[J]. 中国医药指南,2013,11(4):179 - 180.

[15] 宋 杰,王黎洲,李 兴,等. 前置胎盘剖宫产术中行子宫动脉栓塞术对防治产后出血的应用[J]. 介入放射学杂志,2013,22(5):418 - 421.

[16] 张 力,刘兴会. 产后出血的药物治疗评价[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2009,25(2):98 - 102.

(编辑:周小林)