

· 论著 ·

剖宫产瘢痕妊娠并发大出血患者的不同处理方式的效果分析

周新峰¹ 万晓芳^{1,*} 陈琳²

1.宜昌市妇幼保健院妇产科 (湖北 宜昌 443000)

2.宜昌市伍家医院妇产科 (湖北 宜昌 443000)

【摘要】目的 分析剖宫产瘢痕妊娠并发大出血后采取不同方案处理的价值。**方法** 筛选40例剖宫产瘢痕妊娠并发大出血患者为样本, 60例样本均选自2019年1月至2021年8月, 经随机处理后按1:1比例分组, 观察组共计20例实施气囊导尿管宫腔压迫止血治疗, 对照组共计20例实施子宫缝合修补术治疗, 分析两组止血成功率、手术指标、临床指标、并发症率。**结果** 观察组止血成功率(95.00%)与对照组(100.00%)相比无明显差异($P>0.05$); 观察组术中出血量、手术时间低于对照组($P<0.05$); 观察组 β -HCG、平均停经时间、妊娠包块尺寸与对照组相比无明显差异($P>0.05$); 观察组并发症率(10.00%)与对照组(15.00%)相比无明显差异($P>0.05$)。**结论** 两种处理方式(子宫缝合修补术、气囊导尿管宫腔压迫止血方案)在剖宫产瘢痕妊娠并发大出血治疗中均可获得理想价值, 但需注意子宫缝合修补术的实施可增加手术时间及术中出血量, 因此具体方案的选择可以患者实际情况为主。

【关键词】 剖宫产; 瘢痕妊娠; 大出血; 宫腔压迫止血; 子宫缝合修补术

【中图分类号】 R442.7

【文献标识码】 A

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2023.05.029

Effect Analysis of Different Management Methods in Patients with Caesarean Section Cicatricial Pregnancy Complicated with Massive Hemorrhage

ZHOU Xin-feng¹, WAN Xiao-fang^{1,*}, CHEN Lin².

1.Department of Obstetrics and Gynecology, Yichang Maternal and Child Health Care Hospital, Yichang 443000, Hubei Province, China

2.Department of Obstetrics and Gynecology, Wujia Hospital of Yichang, Yichang 443000, Hubei Province, China

Abstract: Objective To analyze the value of different treatments after caesarean section cicatricial pregnancy complicated with massive hemorrhage. **Methods** Forty patients with caesarean section cicatricial pregnancy complicated with massive hemorrhage were selected as samples, and 60 samples were all selected from January 2019 to August 2021. After random treatment, they were divided into 1:1 groups. A total of 20 patients in the observation group received balloon catheter for uterine compression hemostasis treatment, and 20 patients in the control group received uterine suture repair treatment. The hemostatic success rate, surgical index, clinical index and complication rate of the two groups were analyzed. **Results** There was no significant difference in the success rate of hemostasis between the observation group (95.00%) and the control group (100.00%) ($P>0.05$). The intraoperative blood loss and operation time in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). There were no significant differences in β -HCG, mean duration of menstruation and pregnancy mass size between the observation group and the control group ($P>0.05$). There was no significant difference in the complication rate between the observation group (10.00%) and the control group (15.00%) ($P>0.05$). **Conclusion** Both methods (uterine suture repair and balloon catheter uterine compression hemostasis) can achieve ideal value in the treatment of massive bleeding complicated by caesarean section cicatricial pregnancy, but it should be noted that the implementation of uterine suture repair can increase the operation time and intraoperative blood loss, so the specific plan can be mainly selected based on the actual situation of patients.

Keywords: Cesarean Section; Cicatricial Pregnancy; Hemorrhaging; Uterine Compression Hemostasis; Uterine Suture Repair

剖宫产疤痕妊娠是一种特殊类型的异位妊娠, 是指将受精卵植入先前剖宫产的疤痕中, 且患者在妊娠12周以内可见腹痛、阴道流血等症状, 随着孕周增加可出现子宫破裂、大出血等问题, 严重时威胁患者生命^[1]。调查显示^[2], 妊娠女性中选择剖宫产的占40%~60%左右, 而剖宫产疤痕妊娠占有剖宫产史女性的1.15%, 此类人群在妊娠后大出血发生率高于其他人群, 若及时发现异常并进行治疗可改善预后效果, 反之需进行子宫切除治疗, 不仅可导致女性丧失子宫, 同时可影响机体生理功能, 及早采取科学方案干预为改善剖宫产疤痕妊娠后大出血患者预后效果的关键措施, 但不同方案获得价值及效果不同, 本文遴选40例剖宫产疤痕妊娠并发大出血患者为样本, 研究内容汇总如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择的40例样本为妇产科医师结合临床症状、影像学检查确诊为剖宫产疤痕妊娠并发大出血的患者, 样本选自2019年1月至2021年8月, 作随机分组处理(每组20例)。

观察组年龄20~40岁(均值 28.64 ± 5.14 岁), 产次1~3次(均值 1.94 ± 0.24 次), 停经时间40~60天(均值 48.61 ± 5.52 天), 据上次剖宫产时间3~5年(均值 3.89 ± 0.24 年); 对照组年龄21~40岁

(均值 28.58 ± 5.22 岁), 产次1~3次(均值 1.88 ± 0.28 次), 停经时间41~60天(均值 48.68 ± 5.48 天), 据上次剖宫产时间3~6年(均值 3.99 ± 0.28 年), 数据统计 $P>0.05$ 。

纳入标准: 经腹部超声检查确诊为剖宫产疤痕妊娠者^[3]; 出血量 >500 ml者^[4]; 无凝血功能障碍者^[5]; 自愿入组并签署“知情同意书”者; 临床资料完整者; 精神及心理状态正常可配合进行手术者; 有再次妊娠的需求者^[6]。排除标准: 临床资料丢失者; 严重心肺功能障碍; 无法明确排除不全流产或输卵管妊娠者^[7]; 血液系统疾病者; 合并感染者; 凝血功能障碍者。

1.2 方法 观察组共计20例实施气囊导尿管宫腔压迫止血治疗: 常规消毒铺巾后进行清宫操作, 将大小合适的导管插入宫腔, 从乳胶球囊中注入20~30mL生理盐水溶液。形成的水囊压迫子宫下段的疤痕区域, 在导管末端产生牵引感。继续插入子宫颈, 压迫子宫前缘出血灶, 按压24~48小时, 止血后取出。

对照组共计20例实施子宫缝合修补术治疗: 清理完宫腔内的血细胞后, 用可吸收缝线在子宫下切口右侧外1/3的交叉处, 由外向内垂直插入针头, 逐渐穿透子宫肌层和子宫下切口的蜕膜层; 接下来, 将针从相应切口的上半部插入子宫腔, 穿过子宫的蜕膜层、肌层和浆膜层, 并纵向向上缝合到浆液层中。针头被拉

【第一作者】周新峰, 女, 主治医师, 主要研究方向: 产科临床治疗。E-mail: 373299567@qq.com

【通讯作者】万晓芳, 女, 副主任医师, 主要研究方向: 妊娠期糖尿病。E-mail: 390258345@qq.com

到子宫底部,并从子宫底部到子宫角加压4厘米。针头从子宫底部垂直绕过后壁,然后插入前壁的相应部分,就像前壁的床垫接缝一样将针头插入子宫腔,并将针头水平插入左后壁,以继续缝合左半部分。最后,将缝线穿过子宫左侧和第三侧交叉处切口下半部的相应部分,慢慢收紧,并在子宫切口中心下方3厘米处打结。止血后,缝合子宫。观察子宫色泽由灰暗转为红润可关闭腹腔。

1.3 观察指标 (1)评价两组止血成功率,子宫逐渐收缩且出血停止、生命体征平稳可判定为止血成功^[8]。(2)手术指标包括:术中出血量、手术时间。(3)临床指标包括: β -HCG、平均停经时间、妊娠包块尺寸。(4)记录两组治疗后发热、腹痛、感染等并发症发生率。

1.4 统计学方法 采用Epidata录入数据并建立数据库,使用SPSS20.0统计软件进行统计分析,符合正态分布的计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示非正态分布的计量资料采用中位数(四分位间距)表示,计数资料采用频数(n),百分比(%)表示。统计推断部分,两组数据符合正态分布且方差齐性的计量资料采用t检验,不符合正态分布或方差齐性的采用秩和检验,计数资料采用 χ^2 检验,计数资料小于5采用确切概率法,以 $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 统计两组止血成功率 表1可见:观察组止血成功率(95.00%)与对照组(100.00%)相比无明显差异($P > 0.05$)。

表1 两组止血成功率对比[n(%)]

组别	例数	占比
观察组(n=20)	19	95.00%
对照组(n=20)	20	100.00%
χ^2	--	1.025
P	--	0.311

2.2 统计两组手术指标 表2可见:观察组术中出血量、手术时间低于对照组($P < 0.05$)。

表2 两组手术指标对比

组别	术中出血量(mL)	手术时间(min)
观察组(n=20)	59.34 $\pm$ 20.36	17.62 $\pm$ 4.11
对照组(n=20)	220.34 $\pm$ 51.24	57.24 $\pm$ 11.42
t	13.056	14.597
P	0.000	0.000

2.3 统计两组临床指标 表3可见:观察组 β -HCG、平均停经时间、妊娠包块尺寸与对照组相比无明显差异($P > 0.05$)。

表3 两组临床指标对比

组别	β -HCG(IU/L)	平均停经时间(d)	妊娠包块尺寸(cm)
观察组(n=20)	28091.42 $\pm$ 423.42	66.25 $\pm$ 12.42	4.11 $\pm$ 1.92
对照组(n=20)	28278.84 $\pm$ 444.84	70.85 $\pm$ 10.94	4.54 $\pm$ 0.89
t	1.641	1.424	0.226
P	0.184	0.221	0.824

2.4 统计两组并发症率 表4可见:观察组并发症率(10.00%)与对照组(15.00%)相比无明显差异($P > 0.05$)。

表4 两组并发症率对比[n(%)]

组别	发热	腹痛	感染	合计
观察组(n=20)	1(5.00)	1(5.00)	0(0.00)	10.00%(2/20)
对照组(n=20)	1(5.00)	1(5.00)	1(5.00)	15.00%(3/20)
χ^2	--	--	--	0.228
P	--	--	--	0.632

3 讨论

近年随着选择剖宫产产妇数量的增加,导致剖宫产瘢痕妊娠发生率持续攀升^[9]。目前,临床尚未明确剖宫产瘢痕妊娠的发病原因,多认为是受精卵经过切口瘢痕处时,自微小裂隙植入子宫肌层,该裂隙的形成既可由既往剖宫产手术形成,亦可由子宫内膜炎、其他子宫手术所致,从生理解剖结构分析裂隙处肌层薄弱,随着孕囊增大或在实施人工流产过程中极易引起大出血,此外宫缩乏力、凝血功能障碍、精神过度紧张、胎盘滞留等均可导致剖宫产瘢痕妊娠患者出现大出血情况,其中病情较轻者经压迫止血等方案便可有效控制病情,严重者需切除子宫达到完全止血的目的^[10]。

剖宫产瘢痕妊娠并发大出血病情急、风险程度高,临床针对产后大出血多选择止血、防治休克、预防感染、纠正贫血等方案进行治疗,其中宫缩乏力性出血患者可通过刺激子宫收缩达到控制病情的目的,子宫腹部按摩是促进子宫收缩、减少出血最简单、最有效的方法。经过一定时间的按摩,出血停止后,需要间歇性、均匀地按摩,防止子宫再次回落出血。如有必要,可将一只手放在阴道前穹隆上支撑子宫前壁,按摩时可将另一只手压在腹部的子宫后壁上;此外合理应用宫缩剂、采用无菌纱布填塞、结扎子宫动脉、切除子宫等均可达到止血的目的。针对胎盘滞留所致的大出血需在胎儿娩出后30min内及时进行剥离,若患者出血量较大可实施全子宫或次全子宫切除术治疗。在发生产后出血时,医务人员必须进行必要的输血和输血,同时止血,确保保温,并给予适当的镇静剂以防止休克;在治疗过程中,一旦出现休克症状,就有必要立即抢救出血性休克患者。输血的数量和速度应根据休克程度和失血量来确定。输血前可使用平衡盐、小分子右旋糖酐、葡萄糖和生理盐水溶液暂时维持血容量。由于一些患者失血过多,身体抵抗力下降,以及阴道和子宫手术,产妇容易发生产后感染,应给予其抗感染药物进行治疗,同时做好贫血干预工作,避免影响后期机体各功能恢复。部分患者经大量输血、使用宫缩素、止血剂、填塞止血等措施后依旧无法有效控制病情,传统治疗剖宫产瘢痕妊娠并发大出血以子宫全切除术为主,虽可有效控制出血量,但子宫切除后可增加骨质疏松、更年期综合征、冠心病等发病率,亦可影响机体内分泌功能,特别是年龄较小女性希望保留生育功能^[11],因此本文就气囊导尿管宫腔压迫止血、子宫缝合修补术在控制剖宫产瘢痕妊娠并发大出血患者病情中价值进行分析,结果显示观察组止血成功率(95.00%)与对照组(100.00%)相比无明显差异,观察组并发症率(10.00%)与对照组(15.00%)相比无明显差异,观察组 β -HCG、平均停经时间、妊娠包块尺寸与对照组相比无明显差异,可见上述两种方案均可应用在剖宫产瘢痕妊娠并发大出血治疗中,且不会因治疗方案不同影响整体预后效果,分析原因是:(1)气囊导尿管宫腔压迫止血过程中导尿管气囊冲水后形成的水囊柔软而富有弹性,极易与宫腔形状吻合,在适当外力牵引下可均匀紧密地压迫出血病灶,促使血窦受压、关闭,待局部组织形成血栓、止血后取出;其次导尿管顶端的开口可促使局部血液顺利排出,同时可对宫腔内积液进行引流,从而观察出血控制情况,但需注意严格的术前准备、术中配合、术后有效地牵引为确保手术成功的关键,同时需明确导尿管置入后极易发生尿道感染,因此不建议应用在免疫功能不佳人群中,可应用在既往体健但血 β -HCG值 < 5000 IU/L的药物流产导致的大出血患者治疗中^[12-13]。(2)子宫缝合修补术通过纵向机械性缝扎、捆绑、压迫,使子宫壁弓状血管被有效地挤压,血流明显减少、减缓、局部血栓形成而达到止血的目的;其次由于子宫肌层缺血,该操作可刺激子宫收缩,进一步压迫血窦,使血窦关闭达到止血的目的;此外该方案具有止血迅速、经济实惠、损伤小、可保留患者子宫及生育能力的优势,但实际操作过程中较气囊导尿管宫腔压迫止血所需时间长、出血量大,因此若剖宫产瘢痕妊娠并发大出血患者入院时出血量大则不建议选择该方案进行治疗;再者在打结前拉线需用力均匀适度,避免拉

(下转第74页)

