

子宫下段横形环状压迫缝合术治疗前置胎盘剖宫产术中胎盘剥离面出血的效果分析

刘 薇, 刘 萍, 王云霞

作者单位: 518000 广东, 深圳市福田区妇幼保健院妇产科

作者简介: 刘 薇(1982-), 女, 大学本科, 学士学位, 主治医师, 研究方向: 妇产科疾病的诊治。E-mail: xiandy321@126.com

[摘要] **目的** 分析应用子宫下段横形环状压迫缝合术治疗前置胎盘剖宫产术中出现胎盘剥离面出血的效果。**方法** 选取2017-01~2017-06该院67例前置胎盘剖宫产术中发生胎盘剥离面出血采用传统的“8”字缝合方法止血的患者作为对照组, 选取2017-07~2017-12该院67例前置胎盘剖宫产术中发生胎盘剥离面出血采用子宫下段横形环状压迫缝合术止血的患者作为观察组。观察对比两组手术时间、术中失血量、术后24 h出血量、缩宫素应用量、术后并发症情况及子宫切除率。**结果** 观察组手术时间、术中失血量、术后24 h出血量低于对照组($P < 0.01$), 两组缩宫素应用量比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组晚期产后出血、子宫复旧不全及术后切口感染发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。观察组子宫切除率为0.00%, 低于对照组的8.96% ($P < 0.05$)。**结论** 前置胎盘剖宫产术中出现胎盘剥离面出血后, 采用子宫下段横形环状压迫缝合术治疗可以达到理想的止血效果, 适于临床推广。

[关键词] 子宫下段横形环状压迫缝合术; 前置胎盘; 剖宫产术; 胎盘剥离面出血

[中图分类号] R 719 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2019)12-1335-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2019.12.20

Analysis of effect of transverse circular compression suture of lower uterine segment on hemorrhage of placenta dissection surface in cesarean section of placenta previa LIU Wei, LIU Ping, WANG Yun-xia. Department of Obstetrics and Gynecology, Maternal and Child Health Hospital of Futian District, Shenzhen City, Guangdong 518000, China

[Abstract] **Objective** To investigate the effect of transverse circular compression suture of lower uterine segment on treating the hemorrhage of placenta dissection surface in the cesarean section of placenta previa. **Methods** Sixty-seven patients with hemorrhage of placental dissection surface during cesarean section of placenta previa who received hemostasis with traditional “8” suture method in our hospital from January 2017 to June 2017 were selected as the control group. Other sixty-seven patients with hemorrhage of placental dissection surface during cesarean section of placenta previa who received transverse circular compression suture of lower uterine segment in our hospital from July 2017 to December 2017 were selected as the observation group. The operation time, the amount of intraoperative blood loss, the amount of bleeding after operation for 24 hours, the oxytocin usage, the postoperative complications and the hysterectomy rate were observed and compared between the two groups. **Results** The operation time of the observation group was significantly shorter than that of the control group ($P < 0.01$). The amount of intraoperative blood loss and the bleeding volume after operation for 24 hours in the observation group were significantly less than those in the control group ($P < 0.01$). There was no significant difference in the oxytocin usage between the two groups ($P > 0.05$). There were no significant differences in the incidence rates of late postpartum hemorrhage, poor uterine involution and postoperative incision infection between the two groups ($P > 0.05$). The rate of hysterectomy in the observation group (0.00%) was significantly lower than that in the control group (8.96%) ($P < 0.05$). **Conclusion** Transverse circular compression suture of lower uterine segment is effective in treatment of hemostasis after the bleeding of placenta dissection surface during cesarean section of placenta previa and is suitable for clinical application.

[Key words] Transverse circular compression suture of lower uterine segment; Placenta previa; Cesarean section; Bleeding of placenta dissection surface

前置胎盘属于妊娠期常见的并发症之一,发病率为0.24%~1.56%,而发病原因主要与生育年龄、剖宫产及辅助生殖有关^[1]。由于前置胎盘剥离面导致子宫收缩较差,血窦不易闭合,加之子宫壁薄、植入面积大及胎盘穿透等因素,所以剖宫产手术后止血操作相对棘手,给母儿的健康带来了严重的影响。以往在前置胎盘剖宫产术中发生胎盘剥离面出血时主要采用“8”字缝合法,但多数患者仍伴有持续性出血,整体止血效果不够理想^[2]。因此,探寻一种有效的措施抑制前置胎盘剖宫产术中胎盘剥离面出血,减少产后出血量,降低子宫切除率十分必要^[3]。子宫下段横形环状压迫缝合术主要运用压迫子宫下段剥离,继而控制出血。本研究选择2017-07~2017-12我院前置胎盘剖宫产术中出现胎盘剥离面出血病例67例,对其应用子宫下段横形环状压迫缝合术,并与2017-01~2017-06我院前置胎盘剖宫产术中出现胎盘剥离面出血病例并行传统“8”字缝合法止血的67例进行对比,以期完善临床治疗方案提供参考,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017-01~2017-06我院67例前置胎盘剖宫产术中发生胎盘剥离面出血的患者作为对照组;选取2017-07~2017-12我院67例前置胎盘剖宫产术中发生胎盘剥离面出血的患者作为观察组。对照组年龄22~40(30.5±5.2)岁;孕周37~42(39.5±0.5)周;孕次1~5(2.2±0.5)次;前置胎盘类型为边缘型10例,部分型5例,中央型52例。观察组年龄22~40(30.8±4.5)岁;孕周37~42(39.3±0.8)周;孕次1~5(2.3±0.5)次;前置胎盘类型为边缘型12例,部分型5例,中央型50例。两组在年龄、孕周、孕次与前置胎盘类型方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本次研究经过我院伦理委员会的审核与批准,患者与家属签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准 (1)纳入标准:根据第8版《妇产科学》^[4]相关内容确诊,且术中证实存在前置胎盘;娩出胎儿后,按摩与压迫子宫,应用宫缩剂治疗,再给予子宫动脉结扎或局部缝扎,若以上干预后剥离胎盘后宫腔仍见活动性出血则纳入研究。(2)排除标准:有剖宫产史、多胎妊娠;伴有其他产科合并症与并发症,以及内外科疾病;凝血功能障碍。

1.3 方法 (1)对照组:采用传统的“8”字缝合方法止血。采用可吸收线由子宫浆膜进针缝合,并由浆膜面出针,每针间距1 cm,跨度为2 cm。在胎盘

剥离区、出血区、子宫不收缩部位,于子宫前后壁进行“8”字间断缝合。若宫颈管所致的中央性前置胎盘,则下推膀胱再以上述方法缝合,完成后用宫腔填塞纱条堵塞宫腔。(2)观察组:采用子宫下段横形环状压迫缝合术治疗。将子宫托出腹腔,操作者双手压迫子宫,向下推送膀胱,充分暴露出子宫下段,之后选择下段切口2~3 cm处,选择左侧阔韧带作为进针点,绕过子宫颈后方,选择右侧韧带为出针点,最后于子宫颈前进行结扎。完成操作后密切注意止血情况,若仍存在活动性出血则再次缝扎(方法相同)。观察无出血后关闭子宫切口,术后扩张宫颈。

1.4 观察指标 (1)比较两组手术时间、术中失血量、术后24 h出血量、缩宫素应用量。术中与术后出血量采用容积法与称重法联合计算,在有刻度的采集瓶内测量失血量;所用的敷料分别称重,以净增重量计算出血量;用专用纸垫收集,以面积法计算失血量,即10 cm×10 cm血污布类=5 ml。(2)观察对比两组术后并发症情况,包括子宫复旧不全(参考第8版《妇产科学》^[4]中对子宫复旧不全的诊断标准,即产后42 d进行检查,若妊娠过程中增大的子宫在分娩后不能顺利收缩为子宫复旧不全)、晚期产后出血(分娩24 h后,在产褥期内发生的子宫大量出血,出血量>500 ml)与术后切口感染。(3)比较两组子宫切除率。

1.5 统计学方法 应用SPSS17.0统计学软件处理数据,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料以百分率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术时间、术中失血量、缩宫素应用量及术后24 h出血量比较 观察组手术时间、术中失血量及术后24 h出血量均低于对照组($P<0.01$)。两组缩宫素应用量比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表1。

表1 两组手术时间、术中失血量、缩宫素应用量及术后24 h出血量比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	术中失血量 (ml)	缩宫素应用量 (U)	术后24 h出血量 (ml)
观察组	67	30.5±10.5	315.5±120.5	43.5±9.6	68.5±22.5
对照组	67	90.5±30.5	720.5±220.5	45.6±10.5	223.5±65.6
t	-	15.225	13.193	1.208	18.294
P	-	0.000	0.000	0.229	0.000

2.2 两组术后并发症发生率比较 两组晚期产后

出血、子宫复旧不全及术后切口感染发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表2。

表2 两组术后并发症发生率比较[n(%)]

组别	例数	晚期产后出血	子宫复旧不全	术后切口感染
观察组	67	0(0.00)	0(0.00)	1(1.49)
对照组	67	1(1.49)	1(1.49)	2(2.99)
χ^2	-	0.000	0.000	0.000
P	-	0.999	0.999	0.999

2.3 两组子宫切除率比较 观察组无子宫切除病例,对照组子宫切除6例(8.96%),观察组子宫切除率低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 4.362, P = 0.037$)。

3 讨论

3.1 前置胎盘属于产科常见的并发症之一,根据胎盘与宫颈内口的相关性,前置胎盘可划分为中央型前置胎盘或完全性前置胎盘、边缘性前置胎盘与部分性前置胎盘^[5]。目前,剖宫产术是前置胎盘患者主要的终止妊娠手段,但因胎盘附着于子宫下段,剥离胎盘后因缺少充足的平滑肌,所以无法有效压迫血窦止血,显著增加了出血量,给母儿的健康带来了严重的威胁^[6]。

3.2 目前,前置胎盘术中出血主要采用缩宫剂、按摩子宫、宫腔填塞纱布、结扎子宫动脉、B-lynch术等方法治疗,但临床收效不够理想^[7]。宫腔填塞纱条无法有效确定宫颈是否填紧,特别是纱布吸血后降低了填塞效果,加之填塞时间长,进一步增加了宫腔感染的概率。虽然注射缩宫素能够改善子宫收缩不良,但因子宫内血窦十分丰富,且为外延式弥漫性出血,所以止血效果较差。B-lynch术易导致缝合处视野模糊,无法准确缝合出血部位,此术更适用于子宫收缩乏力者,对于胎盘剥离面出血却无明显的作用^[8]。子宫动脉上行支结扎术对操作技术要求较高,基层医院不易掌握,同时该技术仅可以阻断部分血流,若患者建立侧支循环仍可以发生再出血。子宫切除术则是各类止血方法无效后,挽救产妇生命的唯一措施,但子宫切除术使患者失去了生育能力,并可导致卵巢早衰,给其身心健康造成了巨大的伤害^[9,10]。因此,探寻一种快速、有效的止血方法,尽快控制前置胎盘剖宫产术中胎盘剥离面出血十分必要^[11,12]。

3.3 多项研究指出,宫腔内“8”字缝合术通过阻断出血部位,以及部分弓状动脉与周围放射动脉,能够有效抑制胎盘剥离面出血^[13]。然而,对于宫颈管内出血患者,受宫颈狭窄的影响,加之血流上涌,从宫腔内进行缝合操作十分困难,可能导致缝合效果不佳^[14]。

子宫下段横形环状压迫缝合术是一种新型的止血手段,其通过横向机械性压迫子宫肌层,挤压子宫壁血管,继而关闭已开放的血窦,缓解血流,形成局部血栓而抑制出血。同时,子宫下段横形环状压迫缝合术在控制子宫肌层缺血后,可以增强子宫收缩功能,继而发挥出显著的止血作用。有研究指出,前置胎盘剖宫产手术的时间与患者出血量具有显著的相关性,即手术时间越长,出血量越多^[15]。同时,术中与术后出血量均是评估前置胎盘剖宫产术中剥离面出血止血效果的有效指标。本研究对上述指标进行观察显示,观察组手术时间、术中失血量及术后24h出血量均低于对照组($P < 0.01$)。子宫切除术能够有效控制产后出血,是在各种止血措施无效时使用,但术后会导致患者生育功能丧失与卵巢早衰等问题。观察组子宫切除率低于对照组($P < 0.05$)。本研究结果显示,子宫下段横形环状压迫缝合术操作简单,有效缩短了手术时间,减少因术中操作过长而导致的大量失血。同时,子宫下段横形环状压迫缝合术具有显著的止血作用,能够有效避免出血无法控制而被迫行子宫切除术,有效保留了患者的生育功能^[16]。此外,术后恢复情况可以在一定程度上反映出患者的预后。本研究中两组患者从术后恢复情况来看,两组晚期产后出血、子宫复旧不全及术后切口感染发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。说明子宫下段横形环状压迫缝合术并未影响恶露排出,常规扩宫颈发现产后子宫复旧良好。

综上所述,与传统“8”字缝合术对比,采用子宫下段横形环状压迫缝合术治疗前置胎盘剖宫产术中胎盘剥离面出血可以达到理想的止血效果,且操作简便、止血快速、安全性佳,适于临床推广。

参考文献

- 徐秀英,刘伟武,叶雪梅,等. 子宫压迫缝合术在剖宫产产后出血治疗中的效果[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(5): 131-132.
- 兰景尤,周雪勤. 前置胎盘合并胎盘植入12例临床分析[J]. 中国临床新医学, 2014, 7(1): 58-61.
- 刘智勇,余雷. 介入治疗在凶险性前置胎盘剖宫产中应用的研究进展[J]. 中国临床新医学, 2016, 9(6): 544-546.
- 谢幸,苟文丽. 妇产科学[M]. 第8版. 北京:人民卫生出版社, 2013: 310.
- 李青,汪艳,王婧,等. 宫颈子宫下段环形缝合术在前置胎盘剖宫产术中出血的临床应用[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2017, 33(7): 734-737.
- 方丽华,柳水琴,季金英,等. 子宫外压迫止血法在凶险型前置胎盘伴胎盘植入剖宫产术中的应用价值[J]. 中国计划生育学杂志, 2017, 25(1): 60-62.

- 7 周颖,汪燕,李佳宁,等. 宫颈内口-子宫下段压迫缝合术用于凶险性前置胎盘伴胎盘植入术中止血的疗效评估[J]. 实用妇产科杂志,2017,33(1):69-71.
- 8 刘梅毅,司越,李广太. 子宫压迫缝合术联合子宫动脉上行支结扎术在预防前置胎盘并发产后出血中的应用[J]. 中国妇幼保健,2018,33(3):685-687.
- 9 张学伟. 子宫下段横形环状压迫缝合术治疗前置胎盘剖宫产后出血的疗效分析[J]. 中国现代医药杂志,2018,20(1):56-58.
- 10 孟珍妮,全思洁,黄一颖,等. Bakri 球囊填塞与子宫压迫缝合术治疗中央性前置胎盘产后出血的疗效评价[J]. 国际妇产科学杂志,2017,44(6):629-632.
- 11 陈明芳,余红,李蕾. 子宫下段横形环状压迫缝合术治疗中央性前置胎盘剖宫产后出血的临床效果[J]. 临床医学研究与实践,2017,2(33):133-134.
- 12 任秀云. 子宫下段多方位螺旋式缝合成形术止血在凶险性前置胎盘手术中的应用[J]. 中国妇幼保健,2017,32(17):4289-4291.
- 13 周森. 背带式子宫缝合联合水囊压迫治疗剖宫产中难治性产后出血的疗效观察[J]. 中国妇幼保健,2017,32(17):4302-4304.
- 14 奚杰,姜丽,洪喜萍,等. 改良 Hwu 缝合术联合缩宫素治疗前置胎盘剖宫产术中出血的效果[J]. 中国妇幼保健,2017,32(16):3951-3953.
- 15 陈运山,赵扬玉,王妍,等. 子宫下段前后缩窄加血管纵横阻断缝合技术在前置胎盘合并重型植入手术中的应用[J]. 中国微创外科杂志,2017,17(9):794-797.
- 16 王志坚,曹艳文,孟凡良,等. 子宫前壁切除及修补术治疗凶险性前置胎盘并胎盘植入疗效研究[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2017,33(9):970-974.

[收稿日期 2018-11-14][本文编辑 韦所苏 刘京虹]

钼靶所示钙化灶经彩超麦默通活检 确诊异时性双侧乳腺癌一例

· 病例报告 ·

李浩, 田申, 孔令泉, 厉红元, 吴凯南

作者单位: 400016 重庆,重庆医科大学附属第一医院内分泌乳腺外科

作者简介: 李浩(1996-),男,在读研究生,研究方向:乳腺癌基础与临床研究. E-mail:lrgnyygm@163.com

通讯作者: 孔令泉(1973-),男,医学博士,教授,研究方向:乳腺肿瘤内分泌代谢病学研究. E-mail:huihuikp@163.com

[关键词] 乳腺癌; 乳腺钙化灶

[中图分类号] R 737.9 [文章编号] 1674-3806(2019)12-1338-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2019.12.21

1 病例介绍

患者,女,55岁,因“左乳腺癌保乳术后9年,右乳腺钙化灶5月”入院。9年前患者因左乳块入院确诊为左乳腺癌,行左乳腺癌保乳术,术后病检示左乳浸润性癌,非特殊类型;免疫组化:雌激素受体(ER)(+),孕激素受体(PR)(+),人表皮生长因子受体2(HER2)(+),腋窝淋巴结未见癌转移。患者术后恢复可,术后行TEC方案化疗6个疗程。化疗结束后放疗,并口服他莫昔芬(10 mg,2次/d)内分泌治疗5年,门诊随访。5个月前,患者门诊随访时经钼靶发现右乳外上成簇状小钙化(见图1),BI-RADS分类为4A类。入院行彩超检查示右乳腺7点钟方向囊性占位性病变,大小约为6 mm×4 mm,BI-RADS分类为2类。拟行经钼靶麦默通钙化灶切除活检,但因钼靶麦默通及导丝定位系统故障而出院随访。5个月后再次复

查钼靶示右乳外上多枚成簇状小钙化,与5个月前钼靶片比较似有所增加,故再次入院。查体:双乳对称,未扪及明显包块,双侧腋下、锁骨上下未扪及肿大淋巴结。结合钼靶所示钙化灶方位,再次复查彩超定位钙化灶示右乳腺7点钟方向囊肿,大小约为7 mm×3 mm,BI-RADS分类为2类;右乳外上10点钟方向,距乳头约2.5 mm,探及一异常回声,约5 mm×4 mm,边界清、形态尚规则,以低回声为主,回声不均质,内可见较多点状强回声,彩色多普勒血流成像见其内星点状血流信号;BI-RADS分类为4A类。因钼靶麦默通故障,与患者沟通后改行经彩超麦默通钙化灶切除活检。经彩超麦默通钙化灶切除乳腺组织,标本送检钼靶摄片示多枚细小钙化灶(见图2)。术后病检:右乳浸润性癌,非特殊类型。免疫组化:ER 90%(+),PR 10%(+),HER2(1+),Ki67 15%(+),