

• 临床医学 •

文章编号: 1002-0217(2016) 05-0445-03

TACS 治疗中央性前置胎盘剖宫产产后出血 20 例

刘 记 ,罗永红

(皖南医学院第一附属医院 弋矶山医院 妇产科 ,安徽 芜湖 241001)

【摘要】目的: 探讨子宫下段横形环状压迫缝合术(transverse annular compression sutures in the lower segment of uterine ,TACS) 在防治中央性前置胎盘剖宫产产后出血中的作用。方法: 回顾性分析皖南医学院附属弋矶山医院 2014 年 6 月~ 2015 年 1 月应用 TACS 治疗的 20 例中央性前置胎盘患者产后出血的疗效及远期影响。结果: 本组 20 例中央性前置胎盘剖宫产的患者经过 TACS 治疗 ,术中、术后出血均得到了有效的控制 ,无一例切除子宫; 且术后恢复良好 ,均无相关并发症的发生。结论: TACS 用于治疗中央性前置胎盘子宫下段出血 ,操作安全、快速、有效 ,值得在临床上广泛应用。

【关键词】中央性前置胎盘; 剖宫产术; 子宫下段横形环状压迫缝合术

【中图分类号】R 719.8 **【文献标识码】**A

【DOI】10.3969/j.issn.1002-0217.2016.05.011

Transverse annular compression sutures in the lower segment of uterine to prevent postpartum hemorrhage in the patient with placenta previa centralis

LIU Ji LUO Yonghong

Department of Gynecology & Obstetrics ,The First Affiliated Hospital of Wannan Medical College ,Wuhu 241001 ,China

【Abstract】Objective: To observe the effectiveness of transverse annular compression sutures in the transverse lower segment of uterine (TACS) in management of postpartum hemorrhage in the patient with placenta previa centralis.**Methods:** Retrospective analysis was performed in 20 patients with placenta previa centralis complicated postpartum hemorrhage ,treated with TACS in our hospital between June 2014 and January 2015 ,and the long-term effects were analyzed.**Results:** By TACS ,intra-and post-operative bleeding was successfully controlled in the 20 patients without removal of the uterus ,and all patients recovered well and no related complications occurred.**Conclusion:** TACS is a safe ,quick and effective procedure and worthy of wider clinical recommendation for patients with placenta previa centralis.

【Key words】 placenta previa centralis; cesarean section; transverse annular compression sutures

收稿日期: 2016-03-24

作者简介: 刘 记(1989-) ,男 ,2014 级硕士研究生 ,(电话) 15212250081 ,(电子信箱) lj19900723@ 163.com;

罗永红 ,女 ,主任医师 ,副教授 ,硕士生导师 ,(电子信箱) lyh690906@ 126.com.通信作者 .

新生肿瘤血管、门静脉代偿供血前即已将肿瘤杀灭或抑制 ,从而提高疗效。

本研究采用的化疗栓塞方法初步应用显示效果良好 ,而且简便易行、价格低廉 ,为肝癌的化疗栓塞方法改进提供依据。我们的病例数不多 ,改进后的栓塞方法较常规 TACE 有更好疗效的具体的作用机制需进一步临床大样本来验证。

【参考文献】

[1] ACHENBACH T ,SEIFERT JK ,PITTON MB ,et al.Chemoembolization for primary liver cancer[J].Eur J Surg Oncol ,2002 ,28(1) : 37-41.

[2] CHEN MS ,LI JQ ,ZHANG YQ ,et al.High-dose iodized oil tran-

scatheter arterial chemoembolization fou patients with large hepatocellular carcinoma[J].World J Gastroenterol ,2002 ,8(1) : 74-78.

[3] 吕嘉玲 ,杜端明 ,刘鹏程 ,等.TACE 治疗原发性肝癌的远期疗效分析[J].中国介入影像与治疗学 ,2012 ,9(2) : 114-117.

[4] 张杰 ,荆涛 ,江茂情 ,等.明胶海绵颗粒联合碘油乳剂在 TACE 治疗巨块型肝癌的临床应用价值[J].现代实用医学 ,2015 ,27(5) : 567-568.

[5] 陈广 ,贺文 ,马大庆 ,等.明胶海绵颗粒对动脉化疗栓塞术后肝癌组织 CT 灌注参数的影响[J].山西医药杂志 ,2010 ,39(7) : 585-588.

[6] 吴汉平 ,冯敢生.肝癌介入治疗的现状与展望[J].临床放射学杂志 ,2005 ,24(3) : 273-276.

[7] 敖劲 ,张跃伟 ,徐克.明胶海绵颗粒经动脉栓塞治疗原发性肝癌的研究现状[J].介入放射学杂志 ,2011 ,20(12) : 1010-1013.

前置胎盘是目前较为常见的妊娠晚期并发症之一,据报道,其发病率为0.22%~1.57%^[1],可能会引起妊娠晚期出血,严重影响患者的身心健康和生生活质量^[2-3]。近年来前置胎盘发生率显著上升,与生育年龄增高、剖宫产率上升、辅助生殖及育龄妇女生殖系统感染密切相关。其中中央性前置胎盘是引起严重产后出血的主要原因之一,产科子宫切除的第二大原因即中央性前置胎盘,出血严重时甚至危及孕产妇的生命^[4]。前置胎盘术中子宫下段胎盘剥离面收缩差,血窦难以闭合,是产时止血的难点,尤其中央性前置胎盘术中出血源于子宫下段及宫颈,出血活跃,止血更加困难,如何有效、快速、安全止血是广大产科医生的研究热点。我院于2014年6月~2015年1月,成功开展子宫下段横形环状压迫缝合术防治中央性前置胎盘剖宫产后出血20例,术中、术后控制出血良好,均成功保留子宫,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2014年6月~2015年1月弋矶山医院诊治的剖宫产术后因经常规应用子宫收缩药物、“8”字缝合、子宫按摩等方式处理后子宫体部收缩佳而子宫下段胎盘剥离面仍有活跃性出血患者20例。20例患者年龄24~45岁,平均(31.95±5.86)岁;分娩前平均(36.77±0.99)孕周;孕次1~6次,平均(3.25±1.41)次,其中瘢痕子宫3例,术中分离粘连后均可充分下推膀胱。20例剖宫产术指征均为中央性前置胎盘,其中前壁胎盘6例,后壁胎盘14例;20例患者中胎盘植入者5例,其中胎盘粘连3例。

1.2 方法

1.2.1 选用腰麻或腰硬联合麻醉,采用子宫下段或体部剖宫产术。术中尽量避开胎盘及怒张血管。

1.2.2 胎儿娩出后,徒手剥离胎盘,同时立刻宫体注射催产素20U及卡前列素氨丁三醇(安列克)250μg或垂体后叶素6U+生理盐水20mL,子宫下段多点注射,卡前列素氨丁三醇于宫体收缩不佳时可重复使用。同时静脉滴注20U催产素,并双手按摩宫体促进宫缩,无效者可于吸收线局部“8”字缝扎止血。子宫体部收缩佳而子宫下段胎盘剥离面仍有活跃性出血时立即行TACS术:将子宫托出腹腔外,双手压迫子宫下段,长90cm可吸收线缝针于子宫切口左下缘2~4cm,左边缘内侧0.5~1cm处由前壁到后壁贯穿缝合,于子宫后壁同一水平右边缘内侧0.5~1cm处由后壁到前壁贯穿缝合,于子宫前

壁峡部水平打结,为防止打结过紧恶露排除困难,打结时宫颈内口可放置闭合血管钳。

1.2.3 观察无明显出血,常规缝合子宫切口,术后常规扩宫颈。

1.3 观察指标及随访

1.3.1 观察记录TACS的疗效包括TACS患者术中出血量,产后2h、产后2~24h出血量(采用容积法、面积法和称重法结合);观察记录术前、术后红细胞计数、血红蛋白浓度;观察记录TACS术操作时间;观察记录术后恶露排除情况,术后并发症如发热、膀胱或输尿管损伤、术后缝线滑脱及滑脱引起的肠管套叠,远期并发症如晚期产后出血、子宫坏死等。

1.3.2 术后远期随访其月经恢复情况,产后月经复潮时间,经期有无下腹不适、腹痛、月经淋漓不尽等症状,并于产后42d及半年常规行B超检查,如有生育要求者随访再次妊娠情况。

2 结果

本组20例中央性前置胎盘剖宫产的患者经过TACS术治疗,术中、术后出血均得到有效控制,无一例切除子宫。20例患者TACS缝合时间平均(3.25±0.98)min,7例患者联合采用双侧子宫动脉结扎术。术中平均出血量(640.00±242.03)mL,产后2h平均出血量(100.50±34.68)mL;产后2h~24h平均出血量(61.50±16.63)mL;术前血红蛋白浓度平均(113.10±10.12)g/L,红细胞计数(3.80±0.39)×10¹²/L;术后2d血红蛋白浓度(90.65±8.65)g/L,红细胞计数(3.02±0.35)×10¹²/L。20例患者中仅6例于术中、术后输血,输血率30%。

本组20例患者术后恢复良好,术后仅1例患者发热最高体温达39.2℃,恶露排出正常,无异味,加强抗炎治疗24h后好转。所有患者产后恶露排出正常,无肠管套叠、子宫坏死、膀胱或输尿管损伤、晚期产后出血等并发症发生。所有患者术后3~6d出院。20例患者均正在随访中,19例哺乳,其中16例产后5~10月月经正常复潮,1例未哺乳者产后8周月经复潮,这17例患者经期无下腹不适、腹痛、月经淋漓不尽等症状,3例月经尚未复潮者仍在哺乳中。20例患者产后42d及半年B超检查提示宫腔形态正常,子宫内膜正常,未见宫腔粘连。

其中1例胎盘植入者术中尽量剥除大部分胎盘,植入处部分切除,创面缝合同时予以TACS术,出院带药米非司酮治疗,并定期复查β-HCG,术后42dβ-HCG水平降至正常。因术后随访时间短,20

例患者中目前无再次妊娠病例。

3 讨论

前置胎盘患者行剖宫产时,出血较凶猛,常导致紧急子宫切除,甚至可能危及母儿生命。从20世纪90年代末,国内外学者们已开始研究各种外科缝合方法,用以减少及预防剖宫产术中出血。如B-Lynch缝合术^[5]、Cho缝合术(多个方形缝合法)^[6]等等,但仅对子宫收缩乏力引起的产后出血效果佳,而前置胎盘剖宫产术中出血主要是因为子宫下段胎盘剥离面以及宫颈管处出血,这两种缝合术临床疗效均不佳;Hwu缝合术(子宫下段平行垂直压迫缝合法)^[7]适用于子宫下段胎盘剥离面出血,但其操作复杂,费时,严重出血者可能延误抢救时机。2010年Ying等^[8]首先报道将子宫下段横形环状压迫缝合术应用于中央性前置胎盘患者剖宫产时子宫下段胎盘剥离面活跃性出血,共17例,疗效佳,有效率可达94.1%,如以“保留生育功能”为判断终点,TACS成功率为100%。2011年包怡榕等报道36例TACS术治疗中央性前置胎盘患者,总有效率达到97.2%,输血量明显减少,干预时间显著缩短^[9]。TACS止血原理如下:环状缝合形成机械性压迫,有效压迫子宫肌壁间的弓状血管,使得子宫血流明显减缓、减少,局部形成血栓,最终止血;而子宫肌层缺血可以刺激子宫收缩,血窦得到压迫,进而关闭、止血。因此适用于前置胎盘术中子宫下段胎盘剥离面收缩差,血窦难以闭合而引起的术中术后出血。

本组20例中央性前置胎盘患者,经TACS(7例患者同时行双侧子宫动脉结扎术)治疗后止血成功率为100%,无一例因为子宫下段胎盘剥离面出血无法控制而紧急切除子宫,20例患者均成功保留子宫,但是因术后随访时间短,20例患者中无再次妊娠病例。TACS术中,于子宫峡部前壁打结时均在宫颈内口放置闭合止血钳,其目的是防止打结过紧,以利于恶露排出,所以均无宫腔积血,恶露排出正常。所有患者无术中、术后相关并发症如肠管套叠、子宫坏死、膀胱或输尿管损伤以及长期发热、宫腔粘连、积脓等发生,无晚期产后出血发生,证实了该技术的安全性。值得注意的是,不能仅仅依赖TACS术,临床上往往需要联合采用多种止血方法,如宫缩剂的应用以及保守性手术如子宫动脉结扎术、宫体压迫缝合术等。

另外,对于瘢痕子宫的患者,需将膀胱充分下推,同样也可采用TACS方法止血,本资料中3例瘢

痕子宫前置胎盘患者用TACS术治疗术中出血也取得了良好疗效。国内外有些妇产科医师认为瘢痕子宫是实施TACS的禁忌症,对于瘢痕子宫的患者剖宫产时打开子宫膀胱反折腹膜后即应充分下推膀胱,为行TACS做好充分准备,可避免输尿管、膀胱损伤。而对于瘢痕子宫膀胱粘连严重无法下推者则不能行TACS治疗。

本资料显示TACS用于治疗中央性前置胎盘子宫下段出血,安全、快速、有效,值得在临床上广泛推广应用。TACS可减少产后出血量,有利于患者术后恢复,同时也减少输血量,避免因前置胎盘子宫下段出血严重而切除子宫。子宫压迫缝合技术的改良、适应证的扩展是广大国内外学者研究的重点,是否可预防性应用子宫压迫缝合术、行子宫压迫缝合术的最佳时间点以及其最佳出血量的截断值等问题有待在以后的临床工作中得到进一步解决,其远期影响包括对月经的影响、再次妊娠的影响以及妊娠期并发症均有待长期追踪。

【参考文献】

- [1] FAIZ AS, ANANTH CV. Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies. [J]. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine, 2003, 13(3): 175-190.
- [2] 李富萍, 赵有红, 脱淑梅. 不同前置胎盘类型与孕期出血状况临床研究[J]. 中国医药导报, 2012, 9(30): 45-46.
- [3] 李雪, 肖小敏. 剖宫产术后出血的高危因素分析[J]. 中国妇幼保健, 2010, 25(6): 749-751.
- [4] TUZOVIC L. Complete versus incomplete placenta previa and obstetric outcome[J]. Int J Gynecol Obstet, 2006, 93(2): 110-117.
- [5] GODDARD R, STAFFORD M, SMITH JR. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported [J]. British Journal of Obstetrics & Gynaecology, 1997, 104(3): 372-375.
- [6] CHO JH, JUN HS, LEE CN. Hemostatic Suturing Technique for Uterine Bleeding During Cesarean Delivery [J]. Obstetrics & Gynecology, 2000, 96(1): 129-131.
- [7] HWU YM, CHEN CP, CHEN HS, et al. Parallel vertical compression sutures: a technique to control bleeding from placenta praevia or accreta during caesarean section [J]. Bjog An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2005, 112(2): 82-83.
- [8] YING H, DUAN T, BAO YR, et al. Transverse annular compression sutures in the lower uterine segment to control postpartum hemorrhage at cesarean delivery for complete placenta previa [J]. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2010, 108(3): 247-248.
- [9] 包怡榕, 应豪. 子宫下段横形环状压迫缝合术治疗中央性前置胎盘[J]. 国际妇产科学杂志, 2011, 38(5): 436-438.