

低位子宫下段环扎术在前置胎盘剖宫产术中的应用

凌 利 孔丽娜 马少平 李 琴

(皖南医学院第一附属医院 弋矶山医院 产科 安徽 芜湖 241001)

【摘要】目的: 探讨子宫下段环扎术控制前置胎盘剖宫产术中出血的临床疗效。方法: 回顾性分析我院 2014 年 8 月 ~ 2018 年 3 月前置胎盘手术共 74 例患者的临床资料, 其中采用常规方法手术共 24 例为对照组, 低位子宫下段环扎术共 50 例为研究组, 比较两组患者术中出血量、输血量、手术时间、子宫切除率、术后住院天数、术后并发症等情况。结果: 两组患者术中平均出血量、平均输血量、手术时间、子宫切除率比较均有统计学意义($P < 0.05$); 两组术后住院天数均为 6 ~ 7 d, 均无并发症发生。结论: 前置胎盘剖宫产术中应用低位子宫下段环扎术, 具有出血少、并发症少、减少子宫切除等优势, 无需特殊材料, 不增加患者费用及术后住院天数, 值得临床推广。

【关键词】前置胎盘; 凶险性前置胎盘; 低位子宫下段环扎; 产后出血

【中图分类号】R 714.461; R 714.2; R 719.8 **【文献标志码】**A

【DOI】10.3969/j.issn.1002-0217.2019.03.018

Lower uterine segment cerclage for hemorrhage from placenta previa in cesarean section

LING Li KONG Lina MA Shaoping LI Qin

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

【Abstract】Objective: To observe the clinical efficacy of lower uterine segment cerclage in management of intra-operative bleeding from placenta previa during cesarean section. **Methods:** Clinical data were retrospectively analyzed in 74 cases of placenta previa undergone cesarean section in our hospital between August 2014 and March 2018. Of the 74 women 24 received conventional haemostasis(control group) and 50 were managed with lower uterine segment cerclage (observational group). The two groups were compared regarding the volume of intra-operative blood loss and blood transfusion, operative time, hysterectomy rate, days of postoperative hospital stay and postoperative complications. **Results:** The two groups were significantly different in average volume of intra-operative blood loss and blood transfusion as well as operative time and hysterectomy rate($P < 0.05$). Postoperative hospital stay ranged from 6 to 7 days and postoperative complications were free for the two groups. **Conclusion:** Hemorrhage from placenta previa in cesarean section treated with lower uterine segment cerclage can be lower blood loss, fewer complications and reduced uterine resection rate, which is worthy of clinical recommendation because this treatment does not involve special haemostasis materials leading to added medication of the patients and will not increase the postoperative stay.

【Key words】 placenta previa; pernicious placenta previa; lower uterine segment cerclage; postpartum hemorrhage

前置胎盘为产科严重并发症, 危及孕产妇生命安全。随着二胎开放, 再孕时附着于原疤痕处的胎盘更易植入, 加重了前置胎盘产时及产后出血风险, 临床又称为凶险性前置胎盘^[1-2]。目前, 通常采用止血带加常规手术方法治疗完全性前置胎盘及凶险性前置胎盘。部分有杂交手术室的医院在凶险性前置胎盘手术前行双侧髂内或腹主动脉内球囊置管术^[3], 该方法的缺点是手术条件要求高, 要求有杂交手术室, 两次手术, 费用增加且术后需要腿部制动, 同时胎儿接受辐射。我们在多年治疗前置胎盘

的经验基础上, 依据血管阻断的原理, 首次提出采用低位子宫下段环扎术来控制前置胎盘术中出血的新手术方法, 并应用于 50 例前置胎盘手术中(包括凶险性胎盘伴植入), 取得了满意的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾 2014 年 8 月 ~ 2018 年 3 月我院收治的前壁完全性前置胎盘患者共 74 例, 患者术前均经彩色超声检查诊断, 彩超考虑凶险性前置胎

基金项目: 吴阶平基金会临床科研专项资助基金(320.6750.17325); 弋矶山医院三新重点项目(Z1612)

收稿日期: 2018-12-18

作者简介: 凌 利(1971-), 女, 副主任医师, 讲师, (电话) 13695678730, (电子信箱) 13695678730@139.com。

盘伴植入术前经 MRI 进一步检查^[4]。所有病例均在术中明确诊断为完全性前置胎盘。对照组 24 例, 采用常规手术方法; 年龄 31 ~ 37 岁, 平均年龄(33.64 ± 2.09) 岁, 孕周 29 ~ 37 周, 孕次 2 ~ 7 次, 产次 2 ~ 3 次。其中凶险性前置胎盘 5 例伴胎盘植入例 3 例。研究组 50 例, 采用常规手术方法 + 低位子宫下段环扎术; 年龄 28 ~ 50 岁, 平均年龄(32.52 ± 3.72) 岁, 孕周 35 ~ 37 周, 孕次 2 ~ 11 次, 产次 2 ~ 3 次。其中凶险性前置胎盘 20 例伴胎盘植入 6 例。

1.2 手术方法

1.2.1 术前准备 对患者进行全面术前评估, 根据彩超检查结果判断前置胎盘类型及胎盘植入状况, 提示植入病例均行 MRI 检查, 10 例行双侧髂内动脉栓塞术, 3 例可疑膀胱植入者术前请泌尿外科行双侧输尿管插管。凶险性前置胎盘者术前请麻醉科、ICU、泌尿外科、介入科会诊。预防切除子宫时输尿管膀胱损伤, 准备充足血源。

1.2.2 术中处理 全部采取纵切口, 进腹后观察子宫前壁的血管充盈情况以判断是否有胎盘植入及植入深度。如前壁下段血管怒张但未侵入膀胱, 先分离膀胱反折腹膜, 将膀胱推至宫颈内口, 取子宫体部自由切口, 避开胎盘, 尽快取出胎儿。卵圆钳夹胎盘与子宫, 避免胎盘立刻剥离。将子宫托出腹腔外, 剪开阔韧带前叶, 于子宫下段近宫颈内口处双侧阔韧带打洞将止血带穿过, 扎紧, 待子宫体部收缩后剥离胎盘, 再决定是否切除子宫。如出血不多, 说明结扎有效。用 1-0 可吸收线沿原止血带打孔处进针, 在近宫颈处子宫下段前壁缝合 1 针, 从对侧打孔处出针, 在双侧骶韧带之间子宫颈后壁缝合 1 针并打紧(见图 1 ~ 3)。环扎位置尽量低于胎盘附着处以阻断胎盘附着面血管。术中出血量评估采用容积法和纱布法。

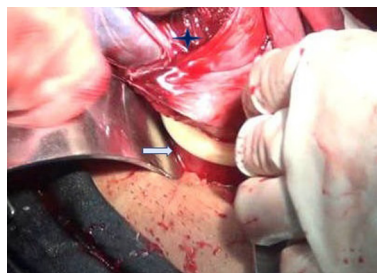
1.2.3 术后观察及随访 监测生命体征, 子宫底高度, 阴道流血量, 尿量, 腹腔引流量。术后 42 d 所有患者均在门诊接受彩超检查以判断子宫恢复情况。

1.3 统计学方法 数据采用 SPSS 18.0 软件进行统计学处理。计数资料采用 χ^2 检验, 计量数据采用均数 ± 标准差进行统计描述, 组间比较采用 *t* 检验和 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

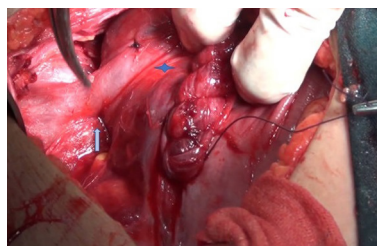
2.1 术中出血量及输血量比较 对照组 24 例患者术中出血量 550 ~ 3000 mL, 平均(1715 ± 220) mL, 平均输血(1096 ± 226) mL。研究组 50 例患者术中出血量 300 ~ 2500 mL, 平均(1307 ± 189) mL, 平均

输血(402 ± 81) mL, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。



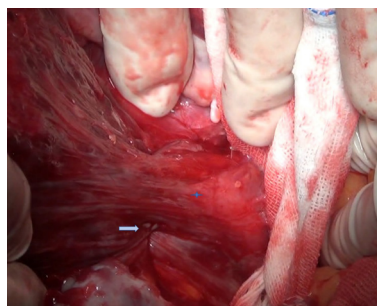
箭头所指为止血带位置, + 为子宫切口。

图 1 胎盘剥离前在子宫下段胎盘下方放置止血带减少出血



箭头所指为前壁子宫下段低位环扎的位置, + 为子宫切口。

图 2 子宫前壁下段低位环扎方法



箭头所指为后壁子宫下段低位环扎的位置, + 为宫颈口。

图 3 子宫后壁下段低位环扎方法

2.2 手术时间比较 对照组平均手术时间(79 ± 11) min, 研究组平均手术时间(69 ± 11) min, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 子宫切除率比较 对照组有 3 例胎盘植入, 共 7 例患者因产后出血行子宫切除(包括 3 例胎盘植入)。研究组有 6 例胎盘植入, 4 例患者切除子宫(其中 3 例因子宫下段极薄, 胎盘完全穿透植入并至宫颈内, 1 例因胎盘穿透到宫旁血管估计保留子宫困难而行子宫切除), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.4 术后住院时间比较 重症患者术后转 ICU 观察 1 ~ 2 d。两组所有患者术后均 6 ~ 7 d 出院, 差异无统计学意义。

2.5 术后并发症 两组患者均无晚期产后出血、感染及宫腔积血等并发症发生。术后 42 d 彩超检查

子宫复旧良好。

比较结果显示,研究组患者术中出血量、输血量、手术时间及子宫切除率均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者术中术后相关指标比较

	术中出血量 /mL	输血量 /mL	手术时间 /min	子宫切除 [n(%)]
对照组	1715 ± 220	1096 ± 226	79 ± 11	7(29. 2)
研究组	1307 ± 189	402 ± 81	69 ± 11	4(8. 0)
t/χ^2	8. 329	19. 387	3. 661	4. 190
P	0. 000	0. 000	0. 000	0. 041

3 讨论

3.1 子宫下段低位环扎术的必要性 完全性前置胎盘剖宫手术时,子宫下段胎盘剥离面广泛出血是引起产后出血的主要原因。临床处理棘手,易发生产后大出血,危及产妇生命。凶险性前置胎盘(尤其是合并胎盘植入)目前在临床也较以前增多。但是常用的 B-Lynch 法^[5],主要用于子宫收缩乏力引起的产后出血,对完全性前置胎盘及凶险性前置胎盘(尤其是合并胎盘植入)效果差,子宫切除率高。因此寻求更安全、有效、快速,副作用小的可减少术中出血的方法成为必然^[6-7]。用止血带结扎子宫下段只能减少胎盘剥离前的出血。当胎盘娩出,止血带撤除后子宫血供恢复,出血增多。常规子宫动脉上行支缝扎只能阻断部分血管。而下段薄弱,反复缝合止血很难达到满意的效果。子宫下段低位环扎能充分阻断子宫动脉下行支,能减少胎盘剥离后的子宫下段出血,止血效果较彻底。在阻断血管的基础上仍有少量出血时,再用其他方法止血容易。因此我们在临床实践的基础上创新性地首次提出先用止血带,然后环扎子宫下段,并将结扎位置选择靠近宫颈内口的位置,以期获得更好的临床止血效果。

3.2 术中注意事项 ①在切开子宫前,先剪开膀胱子宫反折腹膜,尽量将膀胱推到宫颈内口下方,如遇到困难也可等胎儿取出后再推。先推膀胱是为了尽早环扎,当胎儿取出后再推,拖延了环扎时间,出血增多。②行自由切口切开子宫主要是避开胎盘。胎儿取出后,立即将胎盘和子宫切口用卵圆钳夹紧,用宫缩剂,子宫收缩后再行胎盘剥离。③上止血带的位置要尽量低于胎盘附着部位。胎盘取出后,加固扎紧止血带,注意止血带下方有时仍有胎盘,尤其是凶险性前置胎盘侵入到宫颈的病例。④可吸收线沿止血带的位置缝合子宫下段前后壁穿过阔韧带,环

扎子宫下段近宫颈内口处。环扎时注意避开输尿管及膀胱,宫旁血管,否则易发生泌尿系损伤和血肿。⑤子宫下段环扎前要促进宫体收缩,否则宫腔积血后血块不易排出。⑥对于凶险性前置胎盘行介入的病例,下段环扎后可抽出球囊内的液体,恢复子宫血供后观察出血情况。避免子宫切口缝合后难以观察出血。⑦子宫下段环扎后可能影响宫腔球囊的放置。如单纯需在子宫下段放置球囊,可用普通 foley 导尿管替代球囊压迫止血。如子宫体收缩也不好,可在环扎前先放置宫腔压迫球囊。

研究组 50 例病例术中平均出血量为(1307 ± 189) mL,低于既往此种孕产妇剖宫产术平均出血量的报道水平^[8]。相对于单纯双侧髂内动脉球囊封堵控制凶险性前置胎盘剖宫产术中出血^[9-10],低位环扎术也减少了术中出血,有一定的优势。研究组 50 例患者只有 4 例因胎盘植入,子宫下段极薄胎盘完全穿透植入而行子宫切除。综上所述,前置胎盘包括凶险性前置胎盘(合并胎盘植入)患者剖宫产术中应用低位子宫下段环扎术可减少手术出血量,降低围手术期并发症,减少子宫切除,且无需特殊材料,不增加患者费用,可推广使用。

【参考文献】

[1] CHATTOPADHYAY SK, KHARIF H, SHERBEENI MM. Placenta praevia and accreta after previous caesarean section[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1993, 52(3): 151 - 156.

[2] 陈英. 凶险性前置胎盘 29 例[J]. 实用医学杂志, 2012, 28(4): 684 - 685.

[3] 刘传, 赵先兰, 刘彩, 等. 腹主动脉球囊阻断在凶险性前置胎盘合并胎盘植入剖宫产术中的应用[J]. 实用妇产科杂志, 2016, 32(3): 204 - 207.

[4] 张振华. 凶险性前置胎盘植入产前 MRI 诊断影像特征及诊断价值[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2018, 16(11): 121 - 123.

[5] 刘惠娜, 史惠蓉, 赵先兰, 等. B-Lynch 缝合法在剖宫产术中产后出血的应用[J]. 国际妇产科学杂志, 2015, 42(2): 223 - 225.

[6] 包怡榕, 应豪, 黄一颖, 等. 子宫下段横行环状压迫缝合术治疗中央性前置胎盘剖宫产后出血[J]. 国际妇产科学杂志, 2011, 38(5): 436 - 438.

[7] 李战飞, 刘慧冰, 史保珍, 等. 前置胎盘剖宫产术中止血方案的研究[J]. 实用医学杂志, 2014, 30(2): 264 - 266.

[8] ANGSTMANN T, GARD G, HARRINGTON T *et al.* Surgical management of placenta accreta: a cohort series and suggested approach [J]. Am J Obstet Gynecol, 2010, 202(1): 38. e1 - 9.

[9] 蒋艳敏, 刘慧妹, 陈昆山. 预防性双侧内动脉球囊闭塞术在 13 例凶险型前置胎盘伴胎盘植入患者中的应用效果[J]. 中华围产医学杂志, 2013, 16(8): 461 - 464.

[10] 姜子燕, 卢红梅, 张国英, 等. 凶险型前置胎盘伴植入患者手术方式探讨[J]. 南京医科大学学报(自然科学版), 2017, 37(12): 1625 - 1627.