子宫压迫缝合术治疗产后出血的临床效果

胡又丹

四川省达州市中西医结合医院妇产科, 四川达州 635000

[摘要] 目的 探讨子宫压迫缝合术治疗产后出血的临床效果。方法 选择2019年5月~2020年5月于我院建档并分娩的58例产后出血患者为研究对象,根据止血方式分为对照组和观察组,各29例。对照组采取常规方式止血,观察组采用子宫压迫缝合术止血,比较两组患者术中出血量、术后2h及24h出血量、止血时间、住院时间及不良反应发生情况。结果 观察组术中出血量、术后2h及24h出血量均少于对照组,止血时间、住院时间均短于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组术后总不良反应发生率为3.4%,显著低于对照组的24.1%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 对产后出血患者实施子宫压迫缝合术效果显著,止血速度快,可减少术中、术后出血量,缩短住院时间,减少不良反应,值得临床推广应用。

[关键词] 子宫压迫缝合术;产后出血;不良反应

[中图分类号] R714.46⁺¹

[文献标识码] B

[文章编号] 2095-2856(2020)12-44-02

产后出血是女性分娩期严重并发症之一,产后24h是产后出血的高峰期,产后短期内大量出血会导致产妇失血性休克,甚至诱发多脏器功能衰竭,威胁产妇生命安全。产后出血的发生与多种因素相关,如软产道损伤、胎盘因素、宫缩乏力、凝血功能障碍等;产后出血已经成为产妇死亡的主要因素,尤其是条件落后地区,患者病死率非常高^[1]。产后出血的治疗方式较多,常规止血方法包括宫腔纱布填塞、子宫动脉栓塞、子宫血管结扎等。子宫压迫缝合术是一种新的压迫式止血方式,此种方式主要用于宫缩乏力、胎盘因素等引起的产后出血。本研究将探讨子宫压迫缝合术治疗产后出血的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2019年5月~2020年5月于我院建档并分娩的58例产后出血患者为研究对象。纳入标准:所有患者均符合产后出血诊断标准;均为剖宫产产后出血患者;均为单胎妊娠;患者及家属均对本研究知情,并自愿签署知情同意书。排除标准:多胎妊娠;既往有产后出血史者。将所有患者根据止血方式分为对照组和观察组,各29例。对照组患者平均年龄(29.6 ± 3.2)岁;平均孕周(39.2 ± 0.6)周;诱发因素:巨大儿3例,前置胎盘9例,妊娠期高血压5例,宫缩乏力12例。观察组患者平均年龄(29.3 ± 3.4)岁;平均孕周(39.5 ± 0.5)周;诱发因素:巨大儿4例,前置胎盘10例,妊娠期高血压6例,宫缩乏力9例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

对照组采用常规止血方法,包括注射缩宫素、子宫按摩等,出血量较大的患者给予纱布宫腔填塞止血,效果欠佳者给予子宫动脉结扎手术治疗。

观察组采取子宫压迫缝合术止血,根据患者不同情况选择不同缝合方式,如宫缩乏力者采用B-Lynch缝合术,前置胎盘者采用低位B-Lynch缝合术。(1)常规B-Lynch缝合术:缝合前给予患者250 μg卡前列素氨丁三醇子宫肌处注射,取出子宫,开展压迫试验有效后,控制出血量,采用70 mm圆针、2号铬肠线于子宫切口下2~3 cm处旁开3 cm处进针,从切口上缘2~3 cm处出针,缝线自宫体表面拉紧后绕至宫底后壁,进针处与前壁相对应,从宫腔内出针后于另一侧子宫后壁出针,缝线紧贴子宫表面绕过宫底子宫前壁,下段子宫切口上缘2~3 cm处进针,于宫腔切口下段出针,出针位置与另一侧相对,拉紧缝线后打结,打结后持续对子宫进行压迫,密切关注患者生命体征,并及时处理切口。(2)低位B-Lynch缝合术:缝合前给予患者250 μg卡前列素氨丁三醇子宫切口下缘宫肌处注射,取出子宫,开展压迫试验有效后开始缝合。由1名助手持续加压操作,控制出血量后下推膀胱,充分暴露子宫下段,采用70 mm圆针、2号铬肠线于子宫切口下缘5 cm处距离右下缘3 cm处进针,缝线垂直绕过后壁,从宫腔进针后水平出针至左侧后壁,缝线垂直绕过后壁至前壁,从子宫下缘2 cm处进针,宫腔表面可见2条缝线,以后壁对称点为收线处;缝合后确认无出血后清理宫腔,关闭宫腔。

表1 两组患者临床指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术中出血量 (mL)	术后2 h出血量 (mL)	术后24 h出血量 (mL)	止血时间 (min)	住院时间 (d)
对照组	29	1045.8 ± 105.6	46.6 ± 11.7	58.7 ± 8.5	45.8 ± 11.3	7.7 ± 1.3
观察组	29	875.6 ± 94.6	32.5 ± 9.8	37.9 ± 6.3	20.4 ± 7.5	5.4 ± 1.2
t值		6.46	4.97	10.58	10.08	7.00
P值		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

1.3 观察指标

(1) 观察两组患者临床指标,包括术中出血量、术后2 h出血量、术后24 h出血量、止血时间、住院时间,其中产后出血诊断标准:产后2 h或24 h阴道分娩者出血量 > 500 mL,剖宫产者出血量 > 1000 mL,判断为产后出血^[2]。

(2) 观察两组患者不良反应发生情况,包括产后恶露、暗性液区、切口开裂。

1.4 统计学方法

采用SPSS 21.0统计学软件处理数据,计量资料用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验,计数资料用率(%)表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床指标比较

观察组患者术中出血量、术后2 h及24 h出血量均少于对照组,止血时间、住院时间均短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

2.2 两组患者不良反应发生情况比较

观察组患者总不良反应发生率为3.4%,显著低于对照组的24.1%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者不良反应发生情况比较

组别	n	产后恶露	暗性液区	切口开裂	总不良反应 [n (%)]
对照组	29	3	2	2	7 (24.1)
观察组	29	1	0	0	1 (3.4)
χ^2 值					5.22
P值					0.02

3 讨论

产后出血是分娩期严重并发症,诱发产后出血的因素较多,其中宫缩乏力最为常见。分娩过程中盆底肌损伤严重,肌肉、神经受到压迫后出现功能障碍导致宫缩乏力,同时产妇体力损耗巨大,机体过度虚弱也会诱发宫缩乏力,导致产后出血。产后出血常规采用缩宫素、子宫填塞、子宫动脉结扎等进行治疗,治疗无效者切除子宫。针对前置胎盘类难治性

产后出血,常规止血治疗效果不理想,虽缩宫素能够促进宫缩,但子宫血管丰富,易呈现弥散性出血;子宫填塞法存在一定盲区,不能明确宫腔填塞情况,且操作时间长,易增加感染风险^[5]。结扎子宫动脉仅可阻断部分血管,一旦建立侧支循环会导致二次出血发生,且操作复杂,对医师要求较高,因此适用性较低。

子宫压迫缝合术是一种新的压迫式止血方式,此种方式主要用于宫缩乏力、胎盘因素等引起的产后出血^[3-6]。常规B-Lynch缝合术虽治疗效果较好,但其主要针对宫缩乏力性产后出血,对胎盘因素引发的产后出血效果并不理想。胎盘前置多为中央型前置,子宫下段缝合难度较大,因此止血效果受限;低位B-Lynch缝合术可弥补常规B-Lynch缝合术的不足,且操作相对简单,临床普及度较高,低位B-Lynch缝合术是在常规B-Lynch缝合术基础上改良的手术方式,其缝合点更低,子宫压迫范围更大,通过降低手术缝合部位改变子宫前侧、后侧长度,使子宫呈前屈状,达到压迫止血的目的。此外,低位B-Lynch缝合术纵向压迫力更高,更有利于血窦关闭,其在压迫止血过程中也能够对部分卵巢、子宫动脉形成压迫,快速降低子宫边缘与子宫中心血液循环量,达到止血的目的。本研究中观察组术中出血量、术后2 h及24 h出血量均少于对照组,止血时间、住院时间均短于对照组($P < 0.05$);观察组术后总不良反应发生率低于对照组($P < 0.05$),提示子宫压迫缝合术止血速度快,可减少术中、术后出血量,缩短住院时间,加快患者康复,降低不良反应发生。

综上所述,对产后出血患者实施子宫压迫缝合术效果显著,止血速度快,可减少术中、术后出血量,缩短住院时间,减少不良反应,值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 张月新. 子宫压迫缝合术在产后出血治疗中的应用[J]. 中国医药指南, 2020, 18(14): 63-64.
- [2] 李振秋, 史星元. 子宫压迫缝合术在产后出血治疗中的临床应用[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6(30): 98.
- [3] 林高梅. 子宫压迫缝合术在产后出血治疗中的临床

(下转第55页)

15例产妇EPDS评分 ≥ 13 分为抑郁组,产后抑郁症发生率为18.75% (15/80); 65例产妇EPDS评分 < 13 分为非抑郁组。

2.2 产后抑郁与人格特征、社会支持的关系

抑郁症组产妇VPDQ易感分明显高于非抑郁症组,反应分明显低于非抑郁症组($P < 0.05$); 抑郁症组社会支持、主观支持、客观支持等评分均明显低于非抑郁症组($P < 0.05$); 结果显示,高龄经产妇产后抑郁与人格特征、社会支持均显著相关,EPDS评分与人格特征易感分呈正相关,EPDS评分与社会支持总分、反应分呈负相关($P < 0.05$)。

3 讨论

近年来,虽然妇产科对孕产妇心理健康非常重视,并给予针对性护理干预,但产妇仍会患产后抑郁症,其危险因素主要为分娩疼痛、产后出血等。高龄产妇一旦发生不良事件,应对能力较差,极易发生产后抑郁,尤其是 > 35 岁的高龄产妇,其发生产后抑郁的风险更大,高龄一直都是产后抑郁症的一个关键诱发因素^[3]。而产妇与产后抑郁症有关的研究及预防较少,有研究认为,高龄产妇抑郁症的发生与人格特征、社会支持关系密切^[4]。

本研究中,80例高龄经产妇平均EPDS评分为(9.23 $\pm$ 3.08)分; 15例产妇EPDS评分 ≥ 13 分为产后抑郁,产后抑郁症发生率为18.75% (15/80); 抑郁症组产妇VPSQ易感分明显高于非抑郁症组,反应分明显低于非抑郁症组($P < 0.05$); 抑郁症组社会支持、主观支持、客观支持等评分均明显低于非抑郁症组($P < 0.05$); 高龄经产妇EPDS评分与人格特征易感分呈正相关,EPDS评分与社会支持总分、反应分呈负相关($P < 0.05$),提示高龄产妇产后抑郁与人格特征、社会支持均显著相关,产妇过于敏感、情绪不稳,越易患产后抑郁症; 社会支持度越高,抑郁发生率越低。

临床上可采用个性化的护理方式对产妇进行干预,尽可能减少抑郁症的发生; 同时加大敏感高龄产妇的产后护理,如创建家属、护士及产妇之间的信任,通过音乐疗法进行干预,缓解产妇不良情绪,指导产妇采用腹式呼吸法进行锻炼,减轻产妇分娩疼痛,加强住院环境护理,使产妇更好的适应住院环境,改善精神状态^[5]。研究发现,社会支持可使个体社交、生活充满乐趣,并得到满足,从而改善生活状态,降低产后抑郁症的发生^[6]。家属可结合实际情况给产妇营造健康温馨的氛围,加强彼此之间的交流与沟通,指导产妇做好日常护理、心情调节及运动锻炼,如产妇可观看一些励志的电影,增强产妇心理韧性,还可进行瑜伽锻炼,促进产妇身体修复及身心发展,全面提升社会支持度。

综上所述,高龄经产妇产后抑郁与人格特征、社会支持均显著相关,早期发现产前高危因素,并进行针对性的干预,可预防产后抑郁症的发生,提高高龄经产妇的心理健康。

[参考文献]

- [1] 蒋艳. 产后抑郁症相关研究进展 [J]. 实用妇科内分泌杂志(电子版),2018,5 (13): 196-197.
 - [2] 徐晓玲. 高龄经产妇产后抑郁与人格特征、社会支持的相关性研究 [J]. 护理实践与研究,2020,17 (9): 13-15.
 - [3] 张玉,江琳. 产后抑郁症患者认知模式的影响因素及其与人格特征、应对方式、社会支持之间的相关性 [J]. 中国健康心理学杂志,2019,27 (7): 978-982.
 - [4] 徐秀菊. 高龄经产妇产后抑郁与人格特征、社会支持的相关性研究 [D]. 山东大学,2017.
 - [5] 田玲. 个体化护理干预对产妇产后结局及产后抑郁状态的影响 [J]. 临床医学工程,2020,27 (4): 497-498.
 - [6] 周海侠. 社会支持对高龄经产妇生活质量、母乳喂养、产后抑郁的影响 [D]. 山东大学,2017.
-
- [5] 陈兵,宋小茶. 子宫压迫缝合术在剖宫产产后出血治疗中的应用效果观察 [J]. 中国卫生标准管理,2019,10 (1): 69-71.
 - [6] 苏玉芹. 探讨子宫压迫缝合术在产后出血治疗中的临床应用研究 [J]. 临床医药文献电子杂志,2019,6 (5): 21,39.

(上接第45页)

应用效果观察 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志,2019,6 (19): 113,121.

- [4] 王俊,闵自珍. 子宫压迫缝合术在产后出血治疗中的应用及优越性分析 [J]. 中国社区医师,2019,35 (13): 77-78.