

前置胎盘剖宫产术中处理的方法

王桂芳

贵州省盘州市人民医院妇产科 贵州盘州 553537

【摘要】目的 探讨前置胎盘剖宫产术中处理的方法。**方法** 选择2017年3月至2018年11月内我院收治的62例前置胎盘孕妇作为对象,按照随机数表法将其分成对照组和研究组,每组31例,均行剖宫产术,对照组采用传统方法处理胎盘,研究组借助长弯血管钳将胎盘底部钳夹住,于其上缘进行胎盘剥离,余下胎盘组织“8”字缝合,观察出血量、手术时间。**结果** 研究组手术时间比对照组短,术中出血量与产后出血量都低于对照组($P<0.05$)。**结论** 前置胎盘剖宫产术中,长弯血管钳将胎盘底部钳夹住,于其上缘进行胎盘剥离,余下胎盘组织“8”字缝合,效果显著,值得推广。

【关键词】 前置胎盘;剖宫产;处理方法

【中图分类号】 R714.2

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2019) 01-028-02

前置胎盘是妊娠期严重并发症,是导致妊娠晚期出血的常见原因,特别是中央性前置胎盘,容易引起休克、出血以及弥散性血管内凝血(DIC)等,甚至需切除子宫,严重时,可导致产妇死亡,危及生命安全^[1]。目前,剖宫产是终止妊娠的常用方法。本文为了探讨前置胎盘剖宫产术中处理的方法,选择62例孕妇进行研究,现在将结果汇报如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选择2017年3月至2018年11月内我院收治的62例前置胎盘孕妇作为对象,按照随机数表法将其分成对照组和研究组,每组31例。所有孕妇均为中央性前置胎盘,对研究知情且愿意参与研究,排除不愿参与研究者,排除剖宫产禁忌症孕妇,排除合并有严重心肝肾功能不全、意识障碍、精神障碍、耳聋哑巴及无法正常交流的孕妇。对照组,20~38岁,平均年龄(28.31 ± 1.39)岁,19例经产妇,12例初产妇。研究组,20~35岁,平均年龄(27.94 ± 1.83)岁,21例经产妇,10例初产妇。两组孕妇的基础资料通过比较发现并无统计学意义, $P>0.05$,可分组研究。

1.2 方法

两组前置胎盘孕妇都行剖宫产术,其中,对照组采用传统方法处理胎盘,胎儿娩出后,子宫肌壁立即注射缩宫素或欣母沛等宫缩剂,迅速剥离胎盘,并按摩子宫,选用可吸收线,局部“8”字缝合,开放血窦。研究组,宫缩剂使用后,按摩子宫,应用长弯血管钳,将胎盘底部钳夹住,于其上缘剥离胎盘,余下的胎盘组织,“8”字缝合逐一处理胎盘。

1.3 观察指标

观察并比较两组孕妇手术时间,同时记录术中出血量和产后出血量。

1.4 统计方法

采用SPSS20.00软件处理实验数据,均数加减标准差($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,T值检验, $P<0.05$ 说明差异有统计学意义。

2 结果

表1: 观察比较两组孕妇的手术时间及出血量 [$n=31, \bar{x} \pm s$]

组别	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	产后24h出血量 (ml)
研究组	41.84 ± 5.83	384.51 ± 34.59	351.39 ± 43.84
对照组	59.33 ± 6.92	619.48 ± 67.94	497.27 ± 56.17
T值	10.762	17.160	11.399
P值	0.000	0.000	0.000

两组孕妇手术时间、术中出血量及产后出血量比较显示,差异显著,有统计学意义($P<0.05$)。如表1所示。

3 讨论

前置胎盘(placenta previa),是指妊娠28周后,胎盘附着在子宫下段,甚至胎盘下缘达到或覆盖宫颈内口,其位置比胎先露部低^[2]。至今为止,关于前置胎盘的病因,尚不完全清楚,有学者认为其可能与多次妊娠、多次人工流产、剖宫产手术等因素有关。一般情况下,妊娠晚期,前置胎盘孕妇会出现无诱因无痛性阴道出血这一典型症状,反复流血或者大量流血,可能引起贫血,严重时,造成休克,引起胎儿缺氧,甚至胎死宫中^[3]。目前,剖宫产是处理前置胎盘的有效方法。前置胎盘行剖宫产术中,采用传统方法处理胎盘,力求完全剥离胎盘,造成子宫肌层损伤,且剥离面血窦血管回缩,再予以“8”字缝合,血窦无法有效闭合,止血效果欠佳,反复按摩子宫,加上局部缝扎等操作,延长手术时间。前置胎盘行剖宫产术中,利用血管钳将胎盘底部钳夹住,再人工剥离胎盘,随后,逐一“8”字缝合余下胎盘组织,不仅没有盲目徒手剥离胎盘,减轻对胎盘附着于子宫肌层的损伤,而且可有效压迫胎盘剥离面的血窦,达到止血的目的^[4]。本次研究中,研究组手术时间短于对照组(41.84 ± 5.83 vs 59.33 ± 6.92 , $P<0.05$),且术中出血量和产后24h出血量少于对照组(384.51 ± 34.59 vs 619.48 ± 67.94 ; 351.39 ± 43.84 vs 497.27 ± 56.17 , $P<0.05$)。临床实践中,剖宫产术中,我们处理前置胎盘时,需注意以下几点:首先,术后,动态监测 β -HCG,术后3d若是血 β -HCG未下降到术日的10倍左右,提示术中胎盘组织植入残留滋养细胞的活性较强,可通过米非司酮予以处理,预防晚期产后出血。其次,剖宫产术中,若是发现胎盘植入现象,切勿盲目追求彻底剥离胎盘,不得强行暴力剥离,以免引起严重出血,在术中出血不多的情况下,可考虑进行保守性手术治疗,缝扎残留胎盘组织,留于子宫中。最后,术中,必要时,需进行双侧子宫动脉+双侧髂内动脉结扎+子宫B-Lynch缝合术。

综上,近年来,剖宫产率逐年升高,前置胎盘发生率也逐年增加,剖宫产成为终止前置胎盘妊娠的重要手段。前置胎盘剖宫产术中,先用长弯血管钳将胎盘底部夹住,再剥离胎盘,逐一“8”字缝合余下胎盘组织,不仅可减少出血量,而且可缩短手术时间,降低风险系数,操作简单,安全性高,值得借鉴推广。

(下转第33页)

荟萃分析,生物反馈治疗可以充分利用图像和光线等信号反馈来详细了解患者的盆底肌肉。然后医生根据盆底组织的损伤程度和肌肉活动制定正确的盆底肌肉。患者严格按照治疗计划进行锻炼,同时给患者提供相应的电流刺激,促进盆底肌肉的紧张和收缩,增强盆底肌肉功能,减少泌尿肌肉的代谢,从而增加膀胱容量,有效地提高盆底肌肉运动的效果^[4]。

本研究中,单一治疗组给予单一锻炼盆底肌肉治疗,综合治疗组采取锻炼盆底肌肉联合生物电刺激疗法治疗。结果显示综合治疗组对康复效果的满意评价、盆底功能评分、生活质量、压力性尿失禁症状改善时间、压力性尿失禁症状消失的时间、性生活障碍发生率和单一治疗组比较均更有优势, $P < 0.05$ 。

综上,女性压力性尿失禁患者实施锻炼盆底肌肉联合生物电刺激疗法治疗效果确切。

参考文献:

- [1] 卢芳芳,周磊清,李琳.生物反馈电刺激疗法联合盆底肌功能锻炼治疗女性压力性尿失禁的效果分析[J].现代医院,2018,18(12):1825-1827+1830.
- [2] 何驾,柳玲,董卫涛,骆会婷,杨洋,宁光亭,肖

迎聪.实时三维盆底超声对温针灸联合盆底肌锻炼治疗女性压力性尿失禁的疗效评估[J].临床超声医学杂志,2018,20(12):823-825.

[3] 杨秋芳.应用盆底康复治疗女性压力性尿失禁的临床分析[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(A3):99.

[4] 田拥梅.盆底康复治疗女性压力性尿失禁的疗效体会[J].心血管外科杂志(电子版),2018,7(04):734-735.

[5] 马雅萍,李新华,戎其飞.生物反馈联合盆底肌训练治疗高龄女性压力性尿失禁的效果[J].中国当代医药,2018,25(35):34-36+40.

[6] 顾英,周英.中医耳穴疗法联合盆底康复治疗措施对产后压力性尿失禁的预防分析[J].辽宁中医杂志,2018,45(12):2634-2637.

[7] 王美兰,郭君仙,蔡婷婕.益气固摄法联合盆底康复治疗轻中度压力性尿失禁40例[J].浙江中医杂志,2018,53(12):897.

[8] 阮飞娜,杨俊娟,郭华峰.经会阴超声评价康复治疗对压力性尿失禁患者盆底功能和结构的影响[J].中国计划生育学杂志,2018,26(11):1111-1114.

(上接第28页)

参考文献:

- [1] 崔金晖,李萍,张媛,范建辉.Bakri子宫填塞球囊导管在前置胎盘剖宫产术中的应用[J].中山大学学报(医学科学版),2014,35(04):565-569.
- [2] 张展,史保珍,李战飞.前置胎盘剖宫产术中两种止

血方法对比分析[J].中国妇幼保健,2013,28(04):700-701.

[3] 李艳,陈春梅,罗丹,查莉,魏素梅.介入术联合宫腔球囊在减少凶险性前置胎盘剖宫产术中出血的应用[J].四川医学,2015,36(10):1426-1429.

[4] 蔡大军,杨宝娟.“堵”胎盘延迟娩出在前置胎盘剖宫产术中的应用价值[J].中国现代医生,2018,56(22):60-62.

(上接第29页)

临床治疗中十分可行,应在临床治疗工作中积极推广实施。

参考文献:

- [1] 刘学进.上消化道出血采取急诊消化内科治疗的临床疗效探讨[J].中国医药指南,2016,14(25):149-150.
- [2] 王晓维.上消化道出血采取急诊消化内科治疗的临床疗效探讨[J].现代养生,2017(10):160.

[3] 庞永光,迟建禄,潘茹会.急诊消化内科上消化道出血中医治疗的临床效果分析[J].内蒙古中医药,2017,36(21):25-26.

[4] 陈勇.上消化道出血采取急诊消化内科治疗的临床效果研究[J].疾病监测与控制,2018,12(04):303-304.

[5] 钱润麟.急诊消化内科上消化道出血患者的临床治疗分析[J].数理医药学杂志,2015,28(11):1650-1651.

(上接第30页)

疗的具体效果也存在着较大的差异,给患者的生存质量及生存时间带了一定的影响。本文重点对影响原发性肝癌介入手术疗效的因素进行了研究,研究结果表明,对于不同类型原发性肝癌患者而言,以单结节型患者的生存时间最长,弥漫型患者生存时间最短;对于不同肝功能Child-Pugh等级患者而言,以A级患者生存率最高,C级患者生存率最低,各项数据对比差异显著($P < 0.05$)。

综上所述,对于行介入手术治疗的原发性肝癌患者而言,影响其手术疗效的因素主要病理分期和肝功能分级。只有加

大多这类因素的研究,才能更好的发挥出介入治疗在延长患者生存时间及改善患者生存治疗方面积极作用。

参考文献:

- [1] 刘礼军,余伟.微创介入手术对原发性肝癌患者疗效及预后的影响研究[J].中国肿瘤临床与康复,2018,25(06):705-707.
- [2] 于永超,刘贵茹.原发性肝癌介入治疗后疗效影响因素的分析[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(88):65.
- [3] 谭仲俊.原发性肝癌介入治疗后疗效影响因素的分析[J].临床合理用药杂志,2015,8(26):87-88.

(上接第31页)

[3] 张文静,廖晨,王彦,姚伟,白莉.隐源性机化性肺炎的诊断治疗[J].中华肺部疾病杂志(电子版),2015,8(06):747-749.

[4] 廖建斌,石芳,陈敬河.气道内新生物诊断隐源性机化性肺炎1例[J].临床肺科杂志,2014,19(11):2122-2123.

[5] 李民进,俞同福.HRCT对隐源性机化性肺炎的诊断价值[J].江苏医药,2014,40(02):218-219.

[6] 于金燕,陈鹏,王力玄,马忠森.隐源性机化性肺炎诊断及治疗的研究进展[J].吉林大学学报(医学版),2013,39(01):188-190.