

· 最新临床研究 ·

宫颈提拉缝合联合宫颈环扎在前置胎盘剖宫产术中的应用

徐玉娟

(东南大学医学院附属江阴医院, 江苏 江阴 214400)

摘要:目的 探讨宫颈提拉缝合联合宫颈环扎在前置胎盘剖宫产术中的止血效果。方法 选择2019年5月1日至2021年6月30日在我院因中央性前置胎盘行剖宫产术终止妊娠的产妇64例,根据术中采用不同的缝合止血方法分组;观察组行宫颈提拉式缝合联合宫颈环扎缝合($n=32$ 例);对照组给予欣母沛宫体注射联合常规“8”字缝合及子宫动脉上行支结扎术($n=32$ 例);比较两组产妇手术各项指标及术后并发症发生率。结果 观察组术中出血量、术后24小时总出血量,输血量均低于对照组, $P<0.05$;手术时间、住院时间差异无显著;术后并发症产后出血率低于对照组, $P<0.05$,子宫切除率及产褥感染率差异无显著。结论 前置胎盘剖宫产术中宫颈管顽固性出血患者,行宫颈提拉缝合联合宫颈环扎术止血效果显著,明显降低了产后出血发生率,值得应用。

关键词: 宫颈提拉缝合; 宫颈环扎; 前置胎盘; 宫颈管出血

中图分类号: R321.4

文献标识码: A

DOI: 10.3969/j.issn.1671-3141.2022.009.013

本文引用格式: 徐玉娟. 宫颈提拉缝合联合宫颈环扎在前置胎盘剖宫产术中的应用 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2022, 22(009): 58-60, 67.

Application of Cervical suturing and Cervical Cerclage in Placenta Previa Cesarean Section

XU Yu-juan

(Jiangyin Hospital Affiliated to Southeast University School of Medicine, Jiangsu Jiangyin 214400)

ABSTRACT: Objective To investigate the hemostatic effect of cervical suturing and cervical cerclage in placenta previa cesarean section. **Methods** From May 1, 2019 to June 30, 2021, 64 cases of pregnant women who were terminated by cesarean section due to central placenta previa in our hospital were selected and grouped according to different suture hemostasis methods during the operation; observation group Cervical pull-up suture combined with cervical cerclage suture ($n=32$ cases); the control group was given Xinmupei body injection combined with conventional "8" suture and uterine artery ascending branch ligation ($n=32$ cases); compare two Group indexes of maternal surgery and incidence of postoperative complications. **Results** The amount of intraoperative blood loss, total blood loss at 24 hours postoperatively, and blood transfusion in the observation group were all lower than those in the control group, $P<0.05$; there was no significant difference in operation time and hospital stay; postpartum postoperative bleeding rate was lower than that in the control group, $P<0.05$, there was no significant difference in the rate of hysterectomy and puerperal infection. **Conclusion** In patients with intractable cervical canal hemorrhage during placenta previa cesarean section, cervical suturing and cervical cerclage have significant hemostatic effect, which significantly reduces the incidence of postpartum hemorrhage and is worthy of application.

KEY WORDS: cervical suture; cervical cerclage; placenta previa; cervical canal bleeding

0 引言

二胎政策开放以后,由于以往的居高不下的剖宫产率,既往有剖宫产史的孕妇再次妊娠时,发生前置胎盘的几率明显增高^[1];而前置胎盘在剖宫产术中胎盘剥离面血窦不易关闭,容易发生产后出血,尤其中央性前置胎盘,胎盘完全覆盖宫颈内口,更加容易出现宫颈管顽固性出血,发生难治性产后出血;如果不能及时有效止血,会增加产妇产切

除的风险,如果抢救时机把握不好,发生严重DIC,甚至威胁到产妇生命安全。通过临床实践表明,宫颈提拉缝合联合宫颈环扎缝合能够通过宫颈局部组织的内部及外部的压迫作用,促进胎盘附着部位血窦的关闭,从而发挥快速止血效果,而且不需要特殊的医疗器械及药品,手术操作简便,止血效果较好。本研究收集我院64例中央性前置胎盘剖宫产术中宫颈顽固性出血患者的临床资料,探讨其

手术方式及治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性收集 2019 年 5 月 1 日至 2021 年 6 月 30 日在我院因中央性前置胎盘行剖宫产术终止妊娠的产妇 64 例,根据术中采用不同的止血缝合方式分为观察组和对照组,每组 32 例。对照组年龄 20-42 岁,平均 (29.57 ± 4.53) 岁;孕周 32-38 周 +4,平均 (35.87 ± 4.18) 周;周既往妊娠史:3 次以内 11 例,大于等于 3 次 21 例;观察组年龄 19-43 岁,平均 (28.47 ± 5.12) 岁;孕周 32-38 周 +3,平均 (36.17 ± 4.27) 岁;既往妊娠史:3 次以内 10 例,大于等于 3 次 22 例;比较两组患者一般资料,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:符合中央性前置胎盘的标准,术前经超声检查明确诊断;排除标准:①凝血功能障碍者;②肝肾功能障碍者;③合并生殖器官或子宫严重疾病、恶性肿瘤者。

1.3 方法

64 例患者均实施前置胎盘剖宫产术,行腰硬联合麻醉,术前备血,予深静脉置管,取下腹正中竖切口,如既往剖宫产史的为横切口的取原手术切口进腹(除外凶险性前置胎盘者),术中探查子宫与周围组织如有粘连,先进行盆腔粘连松解,如有膀胱粘连于子宫下段,先予分解粘连,下推膀胱,保证子宫活动度及可进行的后续缝合范围,行子宫下段横切口,术前了解胎盘边缘详细位置,术中尽量避开胎盘组织,快速取出胎儿,常规子宫体肌层注射缩宫素 10U,液体中加入缩宫素 20U 静滴促进子宫收缩,胎儿娩出后立即将子宫托出腹腔外,以止血带自后向前绕过阔韧带两侧捆绑子宫下段,血管钳钳夹固定,暂时性阻断双侧子宫动静脉血供,尽量完整剥离胎盘组织,如有部分植入胎盘组织予以尽量修剪缝合保守治疗。松开止血带,观察宫颈内口创面出血情况,若患者出现宫颈管明显出血多,立即予以止血治疗。对照组立即按摩子宫,子宫体注射欣母沛 250ug,同时以 2-0 可吸收肠线“8”字缝合宫颈管胎盘剥离面的活动性出血,出血严重者行双侧子宫动脉上行支结扎术,检查出血明显减少后关闭子宫切口。观察组立即实施子宫颈提拉缝合及子宫颈环扎术,先以碘伏纱球消毒宫颈管,手指探查评估宫颈管的长度,同时探查宫颈管无明显胎

盘组织残留,助手以吸引器持续吸引宫颈管创面血液,尽量暴露清楚宫颈内口及宫颈管创面,术者以多把鼠齿钳钳夹宫颈内口以下的宫颈粘膜及肌层组织,尽可能向上提拉宫颈,将宫颈管组织折叠于宫颈内口的胎盘剥离创面,以 2-0 可吸收肠线连续缝合钳夹的宫颈管粘膜及肌层组织,并尽可能的缝合于宫颈内口处的肌层组织,沿子宫颈内口缝合一圈。同时再行子宫颈环扎术,提起子宫,充分暴露视野,在子宫下段切口下 3cm 水平子宫右侧壁血管外侧缘圆韧带内侧缘的阔韧带无血管薄弱区,由阔韧带前叶进针后叶出针,绕过子宫下段后壁,于子宫左侧壁对应点由阔韧带后叶进针前叶出针,与线尾在子宫前壁下段处打结,松紧度以宫颈口可通过一指为宜,不能过紧或过松,以便于术后宫腔恶露的排出,同时又能达到有效止血效果。观察胎盘剥离创面无明显活动性出血后关闭子宫切口。

1.4 评价指标

统计两组患者术中的出血量,术后 24 小时出血量(使用容积法及称重法评估出血量),输血量,手术时间及住院时间;比较两组术中术后并发症情况,包括产后出血例数、子宫切除例数、产褥感染例数。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件对数据进行统计分析,计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验,计数资料以 $[n(\%)]$ 表示,采用 χ^2 检验和 Fisher 精确概率法,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术情况比较

观察组术中出血量、术后 24 小时出血量、术中输血量、均低于对照组, $P < 0.05$,差异具有统计学意义;而手术时间、住院时间无显著差异。见表 1。

2.2 两组术中术后并发症比较

观察组产后出血率低于对照组, $P < 0.05$,差异具有统计学意义。而子宫切除例数、产褥感染例数略低于对照组,但差异不显著。见表 2。

3 讨论

目前严重产后出血仍是孕产妇死亡的首位原因,尤其前置胎盘剖宫产术中易发生宫颈管顽固性大出血,发生难治性产后大出血,术中止血困难,如果术中处理不及时,不到位,大大增加了子宫切除概率,甚至危及孕产妇生命。由于中央性

表1 两组患者术中术后相关指标的比较

组别	例数 (n)	术中出血量 (mL)	术后 24 小时出血量 (mL)	输血量 (mL)	手术时间 (min)	住院时间 (d)
观察组	32	618.73 ± 134.45	95.65 ± 14.32	360.51 ± 83.25	79.54 ± 18.54	6.86 ± 1.59
对照组	32	795.42 ± 158.34	169.54 ± 21.37	504.36 ± 124.53	98.32 ± 24.68	8.78 ± 2.08
t 值		2.346	2.107	2.052	0.955	1.367
P 值		0.022	0.039	0.044	0.343	0.176

表2 两组患者术中术后并发症的比较

组别	例数 (n)	产后出血 [n(%)]	子宫切除 [n(%)]	产褥感染 [n(%)]
观察组	32	2(6.25)	0(0.00)	1(3.13)
对照组	32	9(28.13)	2(6.25)	5(15.6)
χ ² 值		5.379	2.065	2.943
P 值		0.02	0.151	0.086

前置胎盘孕妇其胎盘组织附着于子宫下段,完全覆盖宫颈内口,严重者伴有胎盘植入以及宫颈管嵌入等,而子宫下段肌层组织较为薄弱,尤其宫颈部主要为结缔组织,肌纤维含量少,收缩能力差,胎盘剥离面的血窦不能及时有效关闭,容易导致顽固性宫颈管出血^[2];针对产后出血临床上也开展了很多的研究,如:①常规进行子宫按摩+使用宫缩剂+宫腔纱条填塞以及B-Lynch缝合等均对子宫体部位的出血效果较为明显,临床上应用较多,但对宫颈管部位的出血效果不佳^[3];②术中进行双侧子宫动脉上行支结扎术比较实用,但子宫下段和宫颈部位的血供主要来源于子宫动脉下行支和阴道动脉,仅进行子宫动脉上行支结扎不能有效控制子宫下段和宫颈管部位的出血^[4];③如术中选择髂内动脉结扎术,因妊娠子宫相对较大,术中暴露有困难,手术难度大,操作时间延误长,胎盘剥离面严重出血时,往往失去髂内动脉结扎的有利时机;④如选择术前进行腹主动脉球囊预置阻断术,能阻断绝大部分的盆腔血液供应,控制出血效果要优于髂内动脉阻断,能有效减少子宫出血,从而降低子宫切除率^[5-6];但腹主动脉内预置球囊阻断术是侵入性的手术操作,术中术后有可能发生血管破裂、动脉血栓、假性动脉瘤等并发症^[7];一旦发生手术并发症,后果比较严重,且由于介入造影过程,胎儿有一定放射线及碘暴露,是否对胎儿造成远期不良影响尚无循证医学证据^[8]。因此,对于临床上采取的这些止血措施,都有优缺点,只能针对一部分情况比较有效。本研究中,针对术中子宫下段及宫颈管出血,观察组采用宫颈提拉缝合联合子宫环扎缝合术,明显提高了前置胎盘剖宫产术中宫颈管顽固性出血的止血效果,术中出血量、术后24小时出血量、输血量明显少于对照

组,手术并发症如产后出血率均低于对照组,手术时间及住院时间较对照组略缩短,子宫切除数及产褥感染数也较对照组减少,但差异不显著,可能与术中两组均及时输血纠正贫血,术后加强管理有关,术后恢复均良好。宫颈提拉缝合在对宫颈解剖结构没有改变的情况下实施操作,通过提拉宫颈管粘膜组织,将宫颈管组织折叠于宫颈内口的胎盘剥离创面,有效缝合,在直视下迅速达到止血目的^[9];同时,胎盘组织附着于子宫下段及宫颈管内口,导致宫颈内口松弛,给宫颈提拉缝合操作提供了空间;而且将提拉的宫颈管粘膜组织折叠缝合于胎盘剥离的出血创面上,起到了压迫作用,提高了止血效果^[10];宫颈环扎缝合相当于将双侧的子宫血管快速的进行了捆扎,而且通过宫颈内口的外部压迫作用促进子宫内口及宫颈管部位血窦的关闭,更加有效地达到止血目的。但手术操作过程要注意的有二点:①提拉宫颈时,要探清宫颈管长度,钳夹宫颈部位要低于胎盘附着最低点,更好地将宫颈管内胎盘剥离创面缝扎到位,同时折叠缝合于子宫下段及内口处时,尽可能将更多的肌层缝合,利于组织压迫止血,但缝合深度不要超过子宫浆膜层,以免造成临近脏器如膀胱及肠管的损伤;②进行宫颈环扎打结时要注意松紧度,以宫颈管能容1指为宜,过松无法起到环扎压迫止血效果,过紧则导致恶露排出困难,宫腔积血,导致继发性宫缩乏力,甚至最后可能导致子宫切除的风险。

综上所述,前置胎盘剖宫产术中发生顽固性宫颈管出血时,宫颈提拉缝合联合子宫环扎术能达到更有效的止血效果,减少了术中术后出血量,降低了产后出血发生率,减少了术中输血量,促进产妇产后恢复,手术方法易于掌握,临床应用效果较好,同时达到了较好的社会效益。

- [2] 戴玉娜,田妍,陈雪皎,等. 复方苦参注射液联合新辅助化疗治疗乳腺癌疗效观察[J]. 山西中医,2020,36(4):23-24.
- [3] 刘钰涵. 中药辅助奥沙利铂与替吉奥治疗晚期胃癌近期效果观察[J]. 中国冶金工业医学杂志,2021,38(2):186-187.
- [4] 陈里. 复方苦参注射液对改善中晚期恶性肿瘤患者细胞免疫功能的影响分析[J]. 饮食保健,2021,01(05):102.
- [5] 费小东. 复方苦参注射液联合奥施康定治疗中晚期肠癌癌性疼痛的临床疗效[J]. 系统医学,2020,05(22):121-123.
- [6] 周晶,许彬. 复方苦参注射液联合化疗治疗中晚期消化道恶性肿瘤的疗效观察[J]. 中国保健营养,2021,31(12):193.
- [7] 兰奇州. 复方苦参注射液治疗中晚期结肠直肠癌的临床分析[J]. 健康之友,2020,02(14):56.
- [8] 周肖龙,成文娜,张敬毅. 大株红景天注射液治疗晚期非小细胞肺癌患者的临床效果[J]. 中国当代医药,2020,27(24):17-21,26.
- [9] 姚华,杜谢琴,陈卓. 复方苦参注射液联合肝动脉化疗栓塞术治疗中晚期肝癌临床疗效及对免疫调控的影响[J]. 湖北中医药大学学报,2021,23(1):22-25.
- [10] 杨志峰,宋冉,刘丹,等. 复方苦参注射液治疗晚期子宫内膜癌的应用及临床价值评定[J]. 母婴世界,2020,01(10):142.
- [11] 彭国正,唐玉成,欧阳燕翼. 复方苦参注射液联合紫杉醇和替吉奥治疗晚期胃癌的短期疗效和毒副作用观察[J]. 医药前沿,2020,10(23):119-120.
- [12] 张耀耀,刘云霞,程淼,等. 复方苦参注射液联合化疗治疗晚期胃癌 Meta 分析[J]. 浙江中西医结合杂志,2021,31(08):775-781.

(上接第 63 页)

而提高手术治疗的安全性,使患者能尽快恢复。

综上所述,急性结石性胆囊炎急性期手术力求安全、简单、有效,在发病 72h 内对急性结石性胆囊炎患者实施腹腔镜胆囊切除术具有理想效果,能使术中出血量明显降低,并进一步缩减手术及住院时间,还能使多种并发症发生率有效降低,可推广使用。

参考文献

- [1] 翟勋,牟云川,夏维波,等. 腹腔镜与小切口微创手术治疗急性结石性胆囊炎的临床疗效对比[J]. 重庆医学,2019,27(A01):93-96.
- [2] 谢伟选,罗昆仑. 胆囊切除术联合腹腔镜下胆总管探查术后胆总管一期缝合与 T 管引流的疗效比较[J]. 中国普通外科杂志,2019,028(002):127-134.
- [3] 王剑,王洁,陈春燕. 疏肝利胆汤联合腹腔镜胆囊切除术治疗急性结石性胆囊炎的疗效及对血清 IL-6 和 TNF- α 水平的影响[J]. 中华中医药学刊,2019,55(5):1178-1181.
- [4] 闫峥峥,贺杰峰,邢君. 经皮经肝胆囊穿刺置管引流术后早期和延期腹腔镜胆囊切除术在年龄 ≥ 65 岁急性重症胆囊炎患者中应用价值的前瞻性研究[J]. 中华消化外科杂志,2019,18(5):447-452.
- [5] 李成,马跃峰,林美举,等. 腹腔镜胆囊大部切除术联合胆道镜胆囊颈管探查在复杂胆囊手术中的应用[J]. 中国普通外科杂志,2020,56(2):204-211.
- [6] 李海东,徐安安,王波,等. 经脐单孔腹腔镜胆囊切除术治疗慢性胆囊炎合并胆囊结石[J]. 中华肝胆外科杂志,2019,025(010):733-736.
- [7] 张兴智,陈志军,王玉霞. 急性结石性胆囊炎合并糖尿病应用腹腔镜胆囊切除术治疗的研究[J]. 中国全科医学,2019,22(S2):109-111.
- [8] 陈立军,彭靖,马军亮,等. 急性结石性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术预防性应用抗生素的疗效观察[J]. 中国普通外科杂志,2019,28(08):122-126.

(上接第 60 页)

参考文献

- [1] 陈运山,赵扬玉,王妍,等. 影响胎盘植入凶险程度的临床高危因素分析[J]. 实用妇产科杂志,2015,31(12):916-919.
- [2] Matsubara S,Ohkuchi A,Kikkawa M,et al.Blood loss in low-lying placenta:placental edge to cervical internal os distance of less vs. more than 2 cm[J].J Perinat Med,2008,36(6):507-512.
- [3] Aggarwal R,Suneja A,Vaid NB,et al.Morbidly adherent placenta:acritical review[J].J Obstet Gynaecol India,2012,62(1):57-61.
- [4] Palacios-Jaraquemada JM.Efficacy of surgical techniques to control obstetric hemorrhage:analysis of 539 cases[J]. Acta Obstet Gynecol Scand,2011,90(9):1036-1042.
- [5] Cail G,Forlani F,Giambanco L,et al.Prophylactic use of intravascular balloon catheters in women with placenta accreta,increta and percreta[J].Eur J Obstet GynecolReprod Biol,2014,8(179):36-41.
- [6] Dilauro MD,Dason S,Athreya S.Prophylactic balloon occlusion of internal iliac arteries in women with placentas accrete:literature review and analysis[J].Clin Radiol,2012,67(6):515-520.
- [7] Teare J,Evans E,Belli A,et al.Sciatic nerve ischaemia after iliac artery occlusion balloon catheter placement for placenta[J].Int J Obstet Anesth,2014,23(2):178-181.
- [8] 蒋玉蓉,唐雅兵,游一平,等. 凶险型前置胎盘合并胎盘植入 64 例围手术期综合治疗疗效分析[J]. 实用妇产科杂志,2018,34(3):227-230.
- [9] 邓黎,常青,徐惠成,等. 宫颈提拉缝合在前置胎盘剖宫产术宫颈管出血中应用观察[J]. 实用妇产科杂志,2014,30(4):281-283.
- [10] 李毅,李娜,杜雪梅,等. 子宫下段横形环状压迫缝合术治疗前置胎盘剖宫产产后出血 12 例分析[J]. 四川医学,2014,35(6):700-702.