

改良式剖宫产术治疗前置胎盘的临床效果

赵金梅

【摘要】目的 探讨改良式剖宫产术治疗前置胎盘的临床效果。**方法** 选取 2014 年 9 月—2015 年 9 月迁安市首钢矿山医院收治的 68 例前置胎盘患者, 随机将患者分为观察组与对照组, 各 34 例。观察组给予改良式剖宫产术治疗, 对照组给予传统子宫下段剖宫产术治疗, 比较两组患者手术时间、新生儿 Apgar 评分、术中出血量、首次下床活动与排气时间、术后 24h 切口疼痛、住院时间、拆线时间。**结果** 观察组患者开始手术到分娩结束时间、手术时间短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组新生儿 Apgar 评分比较, 差异无统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者术中出血量少于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者首次下次活动时间、术后排气时间、住院时间、拆线时间短于对照组, 术后 24h 切口疼痛轻于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 改良式剖宫产术治疗前置胎盘患者的效果确切, 能有效缩短手术时间和住院时间, 减轻患者疼痛。

【关键词】 前置胎盘; 剖宫产术; 治疗结果

doi: 10.15887/j.cnki.13-1389/r.2016.33.058

前置胎盘主要指妊娠期女性在 28 周以后胎盘在子宫下段附着或在宫颈内口上覆盖, 前置胎盘会导致孕妇在妊娠晚期发生出血, 是临床上妊娠期较常见的一类并发症, 严重影响孕妇的生命安全和妊娠结局^[1]。过度刮宫、多次药物流产、多次人工流产、多次妊娠分娩等都是导致前置胎盘发生的重要因素, 多产妇及经产妇是发生前置胎盘的主要人群^[2]。本研究旨在探讨改良式剖宫产术治疗前置胎盘的临床效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 9 月—2015 年 9 月迁安市首钢矿山医院收治的 68 例前置胎盘患者, 均符合前置胎盘临床诊断标准。随机将患者分为观察组与对照组, 各 34 例。观察组患者年龄 24~39 岁, 平均年龄 (28.9±7.3) 岁; 经产妇 21 例, 初产妇 13 例; 胎盘前置发生在头位 23 例, 胎盘前置发生在臀位 11 例。对照组患者年龄 23~38 岁, 平均年龄 (27.7±7.1) 岁; 经产妇 22 例, 初产妇 12 例; 胎盘前置发生在头位 24 例, 胎盘前置发生在臀位 10 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 治疗方法 对照组患者给予传统子宫下段剖宫产术治疗。观察组患者给予改良式剖宫产术治疗, 在患者两侧髂前上棘连线下方约 3cm 处做长度为 13cm 左右的直线横切口, 于正中部位将脂肪层切开约 3cm 的切口, 然后向两侧用手将其撕开。将筋膜切开约 2cm, 向两侧方向用剪刀剪开。从正中部位用血管钳分离腹直肌, 手术室护理人员配合主治医师在分离的腹直肌间用垂直重叠的示指和中指指向两侧慢慢地均匀用力拉开。顺着上下方向撕开腹膜, 暴露子宫下段。在子宫体和下段交接下方约 2cm 处将子宫浆膜层切开 2~3cm, 向两侧方向用示指呈弧形将子宫浆膜层撕开 11cm 左右, 然后稍微沿下缘剥离并推开。首先横着将肌层切开 2~3cm, 然后向两侧方向利用示指钝性撕开 6~7cm, 接着将示指作为引导, 向两侧外上方方向利用组织剪呈弧形剪开 11cm 左右的切口。如患者胎盘前置的位置刚好位于切口附近, 医生在进行手术操

作时要保持动作轻柔, 防止胎盘过早发生剥离, 增加术中的出血量^[3]。待到胎儿完全娩出, 主治医师即刻用双手将胎盘剥离, 选择可吸收线采取连续锁扣的方式将子宫肌层缝合, 利用大网膜进行覆盖, 将筋膜进行连续缝合。选择 4 号丝线将皮肤和皮下组织进行间断全层缝合 3 针, 上方从皮肤内部出针, 不将皮肤穿透, 采用 Allis 钳对合钳夹皮缘 4cm 左右。

1.3 观察指标 比较两组患者手术时间、新生儿 Apgar 评分^[4]、术中出血量、首次下床活动与排气时间、术后 24h 切口疼痛、住院时间、拆线时间。新生儿 Apgar 评分主要评价新生儿出生后 5min 和 10min 皮肤颜色、心率、弹足底或插鼻反应、肌张力、呼吸等体征指标。皮肤颜色: 苍白或者发绀记 0 分; 四肢发绀, 身体红记 1 分; 全身红记 2 分。心率: 无心率记 0 分; 心率在 100 次/min 以下记 1 分; 心率在 100 次/min 以上记 2 分。弹足底或插鼻反应: 无反应记 0 分; 有皱眉等动作记 1 分; 喷嚏或哭记 2 分。肌张力: 松弛记 0 分; 四肢略屈曲记 1 分; 四肢活动记 2 分。呼吸: 无呼吸记 0 分; 呼吸缓慢, 无规则记 1 分; 呼吸正常, 出现声响较大的哭闹记 2 分。根据新生儿具体情况进行评分, 0~3 分为重度窒息, 4~7 分为轻度窒息, 8~10 分为正常。疼痛评价标准: 活动时疼痛为轻度疼痛; 触碰时疼痛为中度疼痛; 休息时疼痛为重度疼痛。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验; 计数资料采用 χ^2 检验; 等级资料采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术时间比较 观察组患者开始手术到分娩结束时间、手术时间短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$, 见表 1)。

表 1 两组患者手术时间比较 ($\bar{x} \pm s$, min)

组别	例数	开始手术到分娩结束时间	手术时间
观察组	34	9.1±1.4	36.4±5.9
对照组	34	18.6±3.2	71.7±8.2
P 值		<0.05	<0.05

2.2 两组新生儿 Apgar 评分比较 两组新生儿 Apgar 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$, 见表 2)。

表 2 两组新生儿 Apgar 评分比较 [例 (%)]

组别	例数	0~3 分	4~7 分	8~10 分
观察组	34	1(2.9)	3(8.8)	30(88.2)
对照组	34	2(5.9)	4(11.8)	28(82.3)

2.3 两组患者术中出血量比较 观察组患者术中出血量少于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$, 见表 3)。

表 3 两组患者术中出血量比较 [例 (%)]

组别	例数	500ml 以下	500~999ml	1000ml 及以上
观察组	34	23(67.7)	10(29.4)	1(2.9)
对照组	34	7(20.6)	18(52.9)	9(26.5)

2.4 两组患者术后指标比较 观察组患者首次下次活动时间、术后排气时间、住院时间、拆线时间短于对照组, 术后 24h 切口疼痛轻于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$, 见表 4)。

3 讨论

前置胎盘为妊娠女性在妊娠晚期发生的一类严重并发症, 可导致妊娠晚期大量出血, 主要临床表现为无痛性及无诱因阴道出血^[5]。有研究显示, 在导致子宫出血的原因中, 子宫收缩是最重要的原因, 胎盘在宫颈部位或子宫下段发生附着而无法自由伸展, 从而发生移位分离, 最终导致出血^[6]。通常第一次出血量不大, 由于子宫下段不断伸展而发生反复出血, 另外随着时间的增加, 出血量也会相应增加。临床上对于前置胎盘的分类主要有边缘性前置胎盘、部分性前置胎盘及完全型前置胎盘 3 种, 前置胎盘的不同分类决定着阴道出血量、出血次数及出血时间^[7]。对于完全型和边缘性前置胎盘患者, 破膜是为了减轻胎盘受到胎先露的压迫, 破膜后胎先露下降明显, 直接将胎盘压住, 从而达到止血的目的。采用剖宫产进行治疗有助于尽快结束分娩, 有效控制患者出血, 保障母婴安全。临床上将剖宫产手术作为治疗前置胎盘和避免产前出血的重要手段。

研究显示, 不同的剖宫产方式治疗前置胎盘的效果有较大差异。传统子宫下段剖宫产: 随着妊娠达到晚期, 子宫下

段逐渐发生伸展, 导致子宫动脉上下分支移动到中段中下 1/3 交界处。同时前置胎盘由于胎盘在子宫下段或宫颈部附着, 胎先露高浮, 子宫下段无法实现充分的扩张。在这种情况下切出一个下段低弧形切口, 胎头娩出时切口两侧角部会出现撕裂现象, 从而使子宫动脉上下分支受到损伤, 最终导致大出血^[8]。改良式剖宫产术: 将 Stark 医生实施的剖宫产术作为基础, 进一步改善了操作方法, 简化了开腹和关腹的步骤, 使皮肤和皮下组织缝合、腹膜缝合及结扎止血的时间明显缩短, 特别是缩短了开腹到完全娩出胎儿的时间, 该剖宫产术对紧急情况下的前置胎盘治疗效果显著^[9]。改良式剖宫产术医生在直视下将筋膜剪开, 能够有效避免腹直肌受到创伤而出血, 解剖时依照局部组织特点, 结合剪、撕、切的方法在子宫下段较高部位做横弧形切口, 能够有效降低膀胱下推导导致的剥离面出血, 避免由于刀切全长切口使得多条弓状动脉被切断, 也能够避免手撕开全长切口导致撕裂切口角部, 使子宫动脉上下分支受到损伤, 从而避免在手术过程中出现大出血。待胎儿娩出后立即将胎盘徒手剥离, 能够使第三产程的时间缩短, 尽快关闭, 降低出血量^[10]。手术不对腹膜进行缝合, 使得手术结束后腹膜没有张力, 能够使切口疼痛得到明显缓解, 缩短患者下床活动时间。加快手术操作进程, 能够明显缩短患者盆腔暴露在外面的时间, 缩短术后排气时间, 加快胃肠蠕动, 防止手术后脏器发生粘连。采取撕拉法处理皮下脂肪切口, 能够使腹壁浅层血管得到完整保留, 降低手术结束后切口血液循环受到的影响。采取宽针距全层缝合方法对皮肤和皮下组织进行缝合, 能够下降缝线反应, 促进切口愈合, 缩短术后拆线时间和住院时间。

本研究结果显示, 观察组患者开始手术到分娩结束时间、手术时间短于对照组, 术中出血量少于对照组, 首次下次活动时间、术后排气时间、住院时间、拆线时间短于对照组, 术后 24h 切口疼痛轻于对照组, 有统计学差异; 两组新生儿 Apgar 评分比较, 无统计学差异。表明改良式剖宫产术应用于前置胎盘患者, 较传统子宫下段剖宫产术的治疗效果更为显著, 能够明显减少术中出血量, 缩短住院时间, 促进术后恢复, 值得临床推广应用。

表 4 两组患者术后指标比较

组别	例数	首次下床活动时间 [例 (%)]			术后排气时间 [例 (%)]				术后 24h 切口疼痛 [例 (%)]			住院时间 ($\bar{x} \pm s, d$)	拆线时间 ($\bar{x} \pm s, d$)
		12~23h	24~35h	36~48h	12~23h	24~35h	36~48h	48h 以上	轻度疼痛	中度疼痛	重度疼痛		
观察组	14	4(28.6)	10(71.4)	0	17(50.0)	13(38.2)	4(11.8)	0	23(67.65)	11(32.35)	0	5.4 ± 1.4	5.2 ± 1.6
对照组	7	2(28.6)	5(71.4)	0	5(14.7)	10(29.4)	18(53.0)	1(2.9)	8(23.53)	20(58.82)	6(17.65)	12.3 ± 3.5	9.4 ± 2.1
P 值		<0.05			<0.05				<0.05			<0.05	<0.05

参考文献

[1] 王芳, 王曙霞. 改良式剖宫产术在前置胎盘治疗中的临床价值 [J]. 包头医学院学报, 2015, 31(7): 87-88.
 [2] 李毅. 改良式剖宫产术在前置胎盘治疗中的临床价值分析 [J]. 中国卫生产业, 2013, 11(23): 75, 77.
 [3] 涂文菲, 陈丽珍. 改良式剖宫产术在前置胎盘治疗中的应用 [J]. 中国实用医药, 2012, 7(34): 64-65.
 [4] 王秀英. 米非司酮联合改良式 B-lynch 缝合术治疗中央性前置胎盘的临床效果 [J]. 中国计划生育学杂志, 2013, 21(6): 394-396.
 [5] 李桂兰. 分析改良式剖宫产术应用在前置胎盘治疗中的临床效果 [J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2015, 4(85): 14-15.

[6] 罗翠珍, 林珏瑛, 苏艳芳, 等. 改良式髂总动脉球囊闭塞术在凶险型前置胎盘并胎盘植入手术中的临床研究 [J]. 右江民族医学院学报, 2014, 36(3): 348-350.
 [7] 吴晓娟, 严园, 周晓, 等. 改良式宫颈环扎术治疗前置胎盘子宫下段出血的临床研究 [J]. 重庆医学, 2015, 44(17): 2374-2375, 2378.
 [8] 贾继刚, 华克勤, 姜桦, 等. 配合产钳使用的改良式腹膜外剖宫产术的临床应用 [J]. 四川医学, 2011, 32(9): 1424-1427.
 [9] 姜淑丽, 张欢欢. 改良 B-Lynch 缝合术治疗前置胎盘术中出血 6 例分析 [J]. 中国社区医师, 2014, 30(18): 57, 59.
 [10] 赵丽. 分析改良式剖宫产术应用在前置胎盘治疗中的临床效果 [J]. 中外医疗, 2016, 35(2): 66-67.