

的临床症状,并能够促进产后子宫回缩。但本研究的局限性在于:(1)样本量不足,缺乏多中心的临床研究;(2)对于益母养阴汤治疗的临床安全性分析不够。

参考文献

[1] 徐化金,吕霄芳,王存生,等.隔“温经化瘀散”灸脐治疗产后恶露不尽临床观察[J].中医学临床,2014,6(2):51-53.

[2] 张飞虹,杨丽琼.复方益母草胶囊综合治疗产后恶露不尽疗效观察[J].辽宁中医杂志,2015,22(5):1034-1036.

[3] 刘晓月,黄倩.补益健脾方促进产后恶露消失的随机对照研究[J].时珍国医国药,2014,32(2):399-400.

[4] Diamond-Smith N, Thet MM, Khaing EE, et al. Delivery and postpartum practices among new mothers in Laputta, Myanmar: intersecting traditional and modern practices and beliefs[J]. Cult Health Sex, 2016, 18(9): 1054-1066.

[5] Ta Park VM, Goyal D, Nguyen T, et al. Postpartum traditions, mental health, and help-seeking considerations among vietnamese American women; a mixed-methods pilot study[J]. J Behav Health Serv Res, 2015, 22(05): 45-47.

[6] 李霞,张利宏,黄俊霞,等.葆宫止血颗粒促进产后子宫复旧的临床疗效观察[J].重庆医学,2013,42(3):277-278.

[7] 李莉,王晓东,张婷婷,等.恶露不尽血热证型动物模型的建立和机制研究[J].中药药理与临床,2012,24(1):180-183.

[8] 曾晶,李子奎,王乐.益气化瘀方对血瘀证子宫复旧不全模型大鼠血液高凝状态的影响[J].中国实验方剂学杂志,2016,25(7):125-129.

[9] 赵明晶,张招英.自拟益母养阴汤治疗分娩后恶露不尽 45 例[J].中国中医急症,2014,23(6):1192-1193.

[10] 张庆玲,张文娟,牛春红,等.初产妇产褥期感染的预防研

究[J].中华医院感染学杂志,2015,34(10):2367-2369.

[11] Rossier C, Hellen J. Traditional birthspacing practices and uptake of family planning during the postpartum period in Ouagadougou; qualitative results[J]. Int Perspect Sex Reprod Health, 2014, 40(2): 87-94.

[12] Bell S, Passano P, Bohl DD, et al. Training traditional birth attendants on the use of misoprostol and a blood measurement tool to prevent postpartum haemorrhage: lessons learnt from Bangladesh[J]. J Health Popul Nutr, 2014, 32(1): 118-129.

[13] 张帆,吴成,林珊.温经活血扶正法对剖宫产术后子宫复旧及血液流变学的影响[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(3):282-285.

[14] 苗久旺,贾彦敏,于宜平,等.产后恶露不绝治疗的中医方剂组方配伍规律分析[J].中国实验方剂学杂志,2016,20(9):193-197.

[15] Bräuer MD, Antón J, George PM, et al. Handling postpartum haemorrhage-obstetrics between tradition and modernity in post-war Sierra Leone[J]. Trop Doct, 2015, 45(2):105-113.

[16] 李琳,孟光荣.中医治疗产后恶露的方法及应用价值评价[J/CD].实用妇科内分泌(电子版),2016,3(1):36-37.

[17] 尹小兰,魏绍斌.产后恶露不绝中医药治疗进展[J].辽宁中医药大学学报,2015,25(12):219-222.

[18] 卢阳华,范菊莲,金玉莲.中西医结合治疗产后恶露不绝的临床研究[J].实用中西医结合临床,2015,15(8):32-33.

[19] 徐婷花.三型辨证治疗流产后恶露不绝疗效观察[J].浙江中医药大学学报,2013,32(6):719-720.

(收稿日期:2016-08-12 修回日期:2016-10-18)

• 临床探讨 •

子宫压迫缝合术在剖宫产产后出血中的应用研究

黄达元,徐海燕[△],廖成英,孙 莉,陈海晏
(重庆市梁平县妇幼保健院妇产科 405200)

摘要:目的 探讨剖宫产产后出血时应用子宫压迫缝合术(改良 B-Lynch 缝合术)的临床效果及价值。方法 选取 2010 年 1 月至 2015 年 12 月在该院剖宫产中 42 例应用改良 B-Lynch 缝合术进行止血的患者作为研究对象,对病例资料进行回顾性分析。结果 42 例患者均抢救成功,有效止血,其中 1 例因瘢痕子宫合并多发性子宫肌瘤而要求进行子宫次全切除术外,其余 41 例均保留了子宫及生理功能,术后未发生严重并发症。结论 剖宫产术简单安全易行,无需特殊器械和手术技巧,避免了缝线滑脱引起脏器套叠和梗阻及子宫切除,值得临床重视和推广应用。

关键词:剖宫产; 产后出血; 子宫压迫缝合术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.02.046 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)-0270-03

产后出血是分娩期的严重并发症,是指 24 h 内胎儿经阴道分娩失血量超过 500 mL,剖宫产失血量超过 1 000 mL,是我国产妇死亡的主要原因^[1]。如果处理不及时可能给产妇带来严重后果甚至死亡,因此,降低产后出血发生率成为提升产科质量的重要指标。目前,随着剖宫产率不断增加,剖宫产产后

出血的比例也逐渐增大,对有高危因素的患者应尽早进行有效处理。本院应用子宫压迫缝合术(改良 B-Lynch 缝合术)治疗产后出血 42 例,取得了良好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2010 年 1 月至 2015 年 12 月因子

[△] 通信作者, E-mail:465431377@qq.com.

宫收缩乏力、胎盘因素引起产后出血而行改良 B-Lynch 缝合术的患者 42 例作为研究对象, 年龄 21~44 岁; 初产妇 18 例, 经产妇 24 例; 孕周 36⁺³~42⁺⁵ 周, 平均 39 周。发生产后出血的病例(以第一诊断为准): 前置胎盘 8 例, 巨大儿 13 例, 双胎妊娠 12 例, 妊娠高血压疾病 3 例, 瘢痕子宫 6 例。其中前置胎盘合并瘢痕子宫及胎盘植入 2 例, 瘢痕子宫合并子宫肌瘤 3 例, 双胎妊娠合并子宫肌瘤 2 例, 双胎妊娠伴产程延长 3 例, 妊娠高血压疾病伴产程延长 3 例, 巨大儿合并羊水过多 5 例。42 例产妇的临床表现是胎儿胎盘娩出后, 子宫收缩乏力、宫腔内胎盘剥离面发生大出血, 行按摩子宫、宫体注射缩宫素或益母草或欣母沛、静脉推注钙剂等常规处理, 观察子宫收缩仍差时, 加用子宫压缩缝合止血^[2]。

1.2 手术方法 首先, 术者将子宫暴露出腹腔, 双手挤压宫体, 若出血明显减少, 表示可用子宫压迫缝合术压迫止血^[1]。改良 B-Lynch 缝合术(图 1)是子宫压迫缝合术的一种术式: 用 1 号可吸收线从子宫切口左下缘 3 cm 距该侧子宫边缘 3 cm 处进针入宫腔, 在相同平面子宫后壁穿出, 缝线通过子宫后壁体部肌层向宫底方向垂直褥式缝合 1~2 针, 距宫角 3~4 cm 处绕过宫底, 通过子宫前壁体部肌层向子宫切口方向垂直褥式缝合 1~2 针, 于子宫切口左上缘 3 cm 距子宫边缘 3~4 cm 处进针入宫腔, 再于同侧切口下缘 1~2 cm 处出针。子宫右侧同法处理缝合。主刀医生与助手分别挤压宫体和牵拉左、右 2 根缝线, 使子宫呈纵向压缩, 小心拉紧缝线后分别于两侧打结, 观察宫腔内无明显出血后缝合子宫切口^[3]。

2 结 果

本院对剖宫产术中因子宫收缩乏力、胎盘剥离面残端出血的 42 例患者进行了改良 B-Lynch 缝合术后均有效止血, 出血量为 500~2 000 mL, 生命体征平稳, 术中、后输血 12 例, 术后继续缩宫、抗炎、对症治疗。所有患者均可避免子宫切除, 保留生育功能, 均于产后 5~7 d 痊愈出院。其中 1 例 44 岁产妇产因瘢痕子宫合并多发性子宫肌瘤, 向患者及家属交待病情风险后, 由于无生育要求, 要求行子宫次全切除术, 其余 41 例出院前血性恶露减少, 经腹部 B 超检查子宫复旧良好。未出现输尿管、膀胱、肠管损伤, 无子宫缺血坏死、晚期产后出血和切口感染等并发症发生。术后电话随访 6~12 个月, 除 1 例患者行子宫次全切除外, 其余均在术后 4~10 个月恢复月经, 未发现宫腔粘连及希恩综合征等并发症发生。

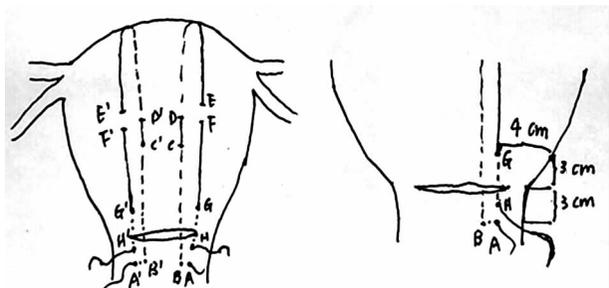


图 1 改良 B-Lynch 缝合术

3 讨 论

3.1 子宫压迫缝合术止血机制 由于子宫收缩乏力或者胎盘剥离面裸露, 使宫腔残端血管出血不止, 子宫压迫缝合术将子宫纵向机械性挤压、缝扎, 有效地压迫了子宫壁弓状血管, 使血流明显减缓、减少, 局部血栓形成后而止血。同时子宫肌层由

于缺血又刺激子宫进一步收缩, 使血窦受压关闭, 达到止血的目的。子宫压迫缝合术较于子宫动脉结扎安全简单, 是迅速控制子宫出血的最佳方法^[4]。

3.2 产后出血 产后出血是产妇在分娩期间的严重并发症, 占我国产妇死亡原因首位, 产后出血的诊断受测量方法和收集出血量的主观因素影响。有文献报道, 产后出血的发生率占分娩总数的 5%~10%^[5-6]。引起产后出血的原因主要是子宫收缩乏力, 占产后出血的 90%, 其常见因素有: 高龄产妇、多产、全身因素^[7]、妊娠并发症(比如多胎妊娠、巨大儿、羊水过多、妊娠高血压疾病等使子宫肌纤维过度伸展, 影响子宫正常收缩复旧, 从而增加宫缩乏力的风险)^[8]、胎盘因素(前置胎盘、胎盘早剥等)、子宫病变(子宫肌瘤、子宫肌纤维退行性变等)及不合理应用药物。子宫收缩乏力导致产后出血常用处理方法为^[1]: 按摩子宫、应用宫缩剂、填塞宫腔纱条、压迫缝合子宫、结扎盆腔血管、栓塞髂内动脉或子宫动脉、切除子宫等。有文献报道, 常规行按摩子宫、宫体注射缩宫素或欣母沛、静脉推注钙剂等, 绝大部分病例均能有效止血^[2]。由于妊娠子宫的血液 90% 来自子宫动脉, 当常规处理难以控制出血时, 行子宫动脉上行支结扎术可立即减少子宫肌层的血供, 止血效果更佳, 以后血管容易再通, 不影响再次妊娠与分娩^[4]。文献^[2]报道子宫动脉上行支结扎术成功率达 83%。虽然宫腔纱条填塞简单, 但存在隐匿性出血和迟发性出血可能; 动脉栓塞治疗也需要特殊设备及技术, 且费用高; 而子宫切除能有效控制产科出血, 但子宫被切除后子宫上的甾体激素受体丧失, 子宫作为内分泌器官, 受体作用周期被打乱导致卵巢分泌功能下降, 从而影响患者生活质量, 只适合于在关键时刻挽救患者生命^[9-12]。本院 42 例剖宫产产后出血经常规处理不理想, 子宫收缩仍差时, 立即行改良 B-Lynch 缝合术后出血明显减少或停止, 成功率达 100%。本组资料中有 9 例同时行子宫动脉上行支结扎术, 本研究发现将子宫动脉上行支结扎和改良 B-Lynch 缝合术结合应用具有协同作用。

3.3 改良 B-Lynch 缝合术术式探讨 1993 年有学者报道了一种控制产后出血的手术方法, 即经典的 B-Lynch 缝合术, 被广泛应用于临床^[1,9,13]。B-Lynch 缝合术在临床中逐渐被改进, 相关的改良术式有不同报道^[4,14-16]。本院在临床工作中发现 2 点不妥之处: (1) 全程使用 1 根缝线缝完, 子宫下段后壁缝合处在缝线拉紧后由于受缝线的牵拉作用使宫腔前、后壁不能紧贴而未能有效压缩止血; (2) 在子宫收缩后游离于子宫表面的缝线容易从子宫上滑脱形成线圈导致比如脏器套叠和梗阻等不良后果, 本研究在此基础上做了相应改进(见手术方法)。此种改良术式使缝合的子宫被缝线完全压缩, 左、右 2 根缝线拉紧打结后能有效止血。特别是对前置胎盘等子宫下段出血, 能使子宫下段前、后壁紧贴, 缝线收紧后压缩止血效果更好。同时用缝线将子宫前、后壁体部垂直褥式缝合 1~2 针, 防止术后子宫复旧变小后缝线从子宫上滑脱, 避免了滑脱的缝线形成线圈将其他脏器套入而引起梗阻或坏死^[14]。本研究未发现宫腔粘连, 避免了子宫切除及其他远期并发症发生, 改善了预后。

总之, 通过临床应用发现, 改良 B-Lynch 缝合术对剖宫产术中的止血效果是肯定的, 此手术视野清晰, 缝合准确, 止血可靠, 无需特殊器械和手术技巧, 操作简单安全易行, 不增加患者的经济费用^[9]; 避免了子宫切除及其他远期并发症发生, 对子宫复旧、月经恢复无不良影响, 保留了生育功能^[15]。改良 B-

Lynch 缝合术值得在基层医院推广应用。

参考文献

[1] 沈铿, 马丁. 妇产科学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2015:103.

[2] 吴江平, 黄达元. 子宫动脉结扎术在剖宫产术中大出血的临床应用[J]. 检验医学与临床, 2013, 10(19): 2581-2582.

[3] 刘海华, 崔玉萍. 改良 B-Lynch 缝合术在产后出血中的应用[J]. 实用妇产科杂志, 2011, 27(5): 395-396.

[4] 严宇, 孙江川, 常淑芳. 宫缩乏力性产后出血治疗现状[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2010, 20(2): 149-151.

[5] 陈冰, 任东平, 侯朝晖. 子宫动脉栓塞介入治疗难治性产后出血的临床观察[J]. 检验医学与临床, 2013, 10(10): 1212-1213.

[6] 王颖. 产后出血致子宫切除的相关因素分析[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(19): 3097-3100.

[7] 胡珊, 胡燕. 米索前列醇预防产后出血 52 例分析[J]. 重庆医学, 2012, 41(18): 1832-1833.

[8] Park JK, Shin TB, Baek JC, et al. Failure of uterine artery embolization for controlling postpartum hemorrhage[J]. J Obstet Gynaecol Res, 2011, 37(8): 971-978.

[9] 马之淑, 张青玲. 背带式缝合治疗宫缩乏力性产后出血 13

例分析[J]. 检验医学与临床, 2013, 10(17): 2302-2303.

[10] 龚琼华, 曾丽, 邵勇. 产后出血致子宫切除 35 例临床分析[J]. 重庆医学, 2011, 40(19): 1934-1936.

[11] Obiechina NJ, Eleje GU, Ezebialu IU, et al. Emergency peripartum hysterectomy in Nnewi, Nigeria: a 10-year review[J]. Niger J Clin Pract, 2012, 15(2): 168-171.

[12] 丁静, 谢书琼, 李英. 子宫全切除术对卵巢内分泌功能远期影响的临床研究[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(6): 866-868.

[13] 刘艳, 蒋小亚, 吴婉林. 子宫压迫缝合术在产后出血治疗中的临床应用研究[J]. 实用妇产科杂志, 2012, 28(2): 155-156.

[14] 鄧玲玲, 马秀华, 王会芝, 等. 改良 B-lynch 缝合术在剖宫产中产后出血的临床应用[J]. 重庆医学, 2013, 42(5): 559-560.

[15] 王晓霜. 产后出血行 Blynch 缝合术对子宫复旧的影响[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(16): 1980-1981.

[16] 王静, 陶航, 王文杰, 等. B-Lynch 背包式缝合术在产后出血中的应用观察[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(11): 1843-1844.

(收稿日期: 2016-06-25 修回日期: 2016-07-13)

• 临床探讨 •

等离子前列腺剜除术在大体积前列腺中的应用分析

陈 斌

(河北省张家口市崇礼县人民医院外科 076350)

摘要:目的 探讨等离子前列腺剜除术治疗大体积前列腺增生的临床效果和安全性。方法 将 70 例经该院临床确诊的大体积前列腺增生(>80 g)患者纳入研究, 并根据手术方法不同分为对照组(前列腺双极电切术)和观察组(等离子前列腺剜除术), 每组 35 例, 对比 2 组手术情况、临床疗效及并发症情况。结果 2 组患者手术时间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组血红蛋白丢失量、膀胱冲洗时间、留置导尿管时间和平均住院时间(10.85 ± 1.77)g/L、(2.71 ± 0.54)d、(4.25 ± 0.42)d、(7.79 ± 0.51)d, 均较对照组相应数值明显减少($P<0.05$); 观察组切除腺体质量(108.73 ± 8.45)g, 较对照组相应数值明显增加($P<0.05$)。观察组与对照组患者手术后残余尿量(RUV)、国际前列腺症状评分(IPSS)、生活质量(QOL)评分及最大尿流率(Qmax)均较本组手术前明显改善($P<0.05$), 但两组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组并发症发生率 5.71%, 较对照组(22.86%)明显降低, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 等离子前列腺剜除术治疗大体积前列腺增生疗效显著, 安全性高。

关键词: 等离子前列腺剜除术; 大体积前列腺增生; 手术时间; 血红蛋白

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.02.047 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)02-0272-03

良性前列腺增生是目前临床常见的一种泌尿系统疾病, 易导致中老年男性排尿困难, 影响其生活质量, 而随着我国老龄化进程的加速其患病率也逐年攀升, 手术切除是临床治疗的常见手段^[1-2]。经尿道前列腺切除术一直是治疗良性前列腺增生的金标准, 但对于大体积前列腺增生患者, 手术治疗的风险增加而术后并发症增多, 临床应用受到限制^[3]。因此, 需寻求安全、有效的手术方式。本研究探讨经尿道等离子前列腺剜除术在大体积前列腺增生治疗中的应用价值, 现对研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本院临床检查并确诊的 70 例大体积前列腺增生患者纳入研究, 均伴有明显的下尿路症状。患者年龄为

65~83 岁, 病程为 11 个月至 11 年, 术前均经直肠 B 超、直肠指诊及术后病理等检查确诊, 并测得前列腺体积 80~162 mL, 其中伴有膀胱结石 8 例, 急、慢性尿潴留 30 例, 充盈性尿失禁 4 例。经直肠前列腺穿刺活检排除前列腺恶性病变者; 排除神经源性膀胱、尿路狭窄、严重尿路感染者; 排除有前列腺、尿道、膀胱手术史或明确手术禁忌证者等。本研究内容报医院伦理委员会审核并经讨论通过, 研究所选患者均知情同意并签署知情同意书, 按照手术方法不同将患者分为 2 组, 其中对照组 35 例, 患者年龄为 65~82 岁, 平均(75.12 ± 3.60)岁; 病程为 11 个月至 10 年, 平均(4.10 ± 0.68)年; 前列腺体积 83~150 mL, 平均(122.54 ± 8.93)mL。观察组 35 例, 患者年龄 63~83 岁, 平均(75.94 ± 3.44)岁; 病程为 12 个月至 11 年, 平均($4.67 \pm$