

介入栓塞治疗在难治性产后出血治疗中的研究

邢芳

威县人民医院 河北邢台 054700

摘要: **目的:** 分析对难治性产后出血患者应用介入栓塞治疗的实际效果; **方法:** 研究以前瞻性研究的形式, 选取2023年1月至2024年6月在我院接受治疗的72例难治性产后出血患者, 以随机数字法作为分组标准, 观察组与对照组各36例。对照组采取B-Lynch子宫压迫缝合止血法, 观察组采取介入栓塞治疗, 比较两组产妇的手术指标、并发症及复发情况; **结果:** 在对两组产妇的手术指标比较中, 在手术时长及术中出血量上无统计学差异 ($P > 0.05$), 但在止血操作时间、术后下床时间及住院时间上观察组均短于对照组 ($P < 0.05$)。观察组术后并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组术后复发1 (2.78) 例, 对照组术后复发4 (11.11) 例, 对照组的复发率明显更高 ($P < 0.05$); **结论:** 介入栓塞治疗对于难治性产后出血的应用效果良好, 能够缩短止血时间, 促进产妇术后更快康复, 降低并发症发生率及复发率。

关键词: 难治性产后出血; 剖宫产; 介入栓塞治疗; 手术指标; 复发率

产后出血作为分娩过程中的常见问题, 不仅会增加产妇的出血量, 严重时甚至可能导致产妇死亡, 需要给予足够重视。难治性产后出血则是在分娩1d内产妇大量出血, 且经过药物治疗并没有得到改善, 产妇出血量 $> 1500\text{mL}$, 则伴有不同程度的凝血功能障碍、低血容量等症状, 直接影响到产妇的生命安全^[1]。在难治性产后出血的治疗中, 多采用子宫动脉结扎、宫腔纱布球囊填塞等形式进行治疗, 但这类保守治疗的效果并不理想, 且容易受到多种因素的影响, 一旦治疗失败可能需要对产妇的子宫进行切除, 使得产妇生育能力丧失, 不利于维护产妇的预后生存质量^[2]。近年来, 随着临床医学的发展, 介入栓塞手术逐渐在产科手术治疗中得到应用, 为治疗难治性产后出血提供了新的思路。本文选取在我院接受治疗的72例难治性产后出血患者进行研究, 探究介入栓塞治疗的价值。

一、资料与方法

(一) 一般资料

研究以前瞻性研究的形式, 选取2023年1月至2024年6月在我院接受治疗的72例难治性产后出血患者, 以随机数字法作为分组标准, 观察组与对照组各36例。观察组产妇年龄在21~42岁, 平均 (27.38 ± 3.28) 岁, 孕周在31~41周, 平均孕周 (37.36 ± 2.14) 周, 初产妇

16例, 经产妇20例; 对照组产妇年龄在22~41岁, 平均 (27.13 ± 3.52) 岁, 孕周在32~41周, 平均孕周 (37.32 ± 2.23) 周, 初产妇18例, 经产妇18例。两组产妇在基本资料上无统计学差异 ($P > 0.05$), 且研究获得医院伦理委员会许可, 符合比较研究的实施标准。

(二) 纳入与排除标准

纳入标准: ①患者均符合《产后出血预防与处理指南》中对难治性产后出血的诊断标准^[3]; ②患者均在本院建档并接受一系列的产检; ③产妇及其家属均知晓本次研究, 自愿签署知情同意书。

排除标准: ①伴有其他可能导致产后出血的疾病; ②伴有精神异常或认知障碍的患者; ③临床病例资料不完整者。

(三) 方法

两组患者均为剖宫产, 在术中出现大出血情况后, 及时采用缩宫素或者子宫按摩等手段进行干预, 以此达到止血效果。

对照组采取B-Lynch子宫压迫缝合止血法。对产妇的膀胱腹膜进行反折, 使得产妇的子宫下段能够充分暴露出来。而后在产妇的子宫右侧划出3cm的切口, 从内侧3cm处进针并贯穿子宫全层。从子宫腔切口处上缘3cm处出针, 从距离宫角4cm处的宫底经过, 使得缝线能够从垂直的角度绕过子宫后壁, 并与子宫前壁正对处进针, 以横向的形式从左侧后壁进针, 待出针后使得缝线能够从垂直方向绕过宫底到达子宫前壁, 在右侧对应

作者简介: 邢芳, 1979年9月, 女, 汉族, 河北省邢台市威县人, 本科学历, 单位: 威县人民医院, 副主任医师。

处缝合子宫切口，完成子宫缝合手术。

观察组采取介入栓塞治疗。在治疗前对产妇进行局部麻醉，选用2%的利多卡因对患者进行麻醉处理，以注射的形式选择产妇身体右侧腹股沟韧带股动脉波动最强烈处作为入针位置，观察产妇的反应，确认无误后方可实施手术。利用Seldinger技术对产妇行股动脉穿刺，而后将5F导管鞘置入其中，利用数字减影血管造影对产妇进行监视，确保双侧髂内动脉插管的顺利开展，并以造影技术来分析产妇盆腔内部动脉血管的走向，以此找到引发出血的具体部位及位置。确认位置后，利用直径为1~2mm的明胶海绵进行栓塞，在血管造影下将海绵准确置于产妇产子宫动脉末梢血管处，并利用具有较强吸收性的明胶海绵再次对子宫动脉主干进行栓塞处理。在血管造影下，观察栓塞位置是否恰当，确认无误后再次对另一侧子宫动脉进行栓塞处理，完成对两侧子宫动脉血管的栓塞。结束后，再次观察血管造影影像，观察产妇的止血状况，当出血停止后有序撤除导管，并对切口处进行加压包扎。手术结束后，将产妇送入病房并进行密切观测，在术后0.5~1d内叮嘱产妇保持平卧体位，并使用常规抗生素进行抗感染治疗。定期对穿刺处的恢复情况进行观察，在出现出血、红肿等问题时及时采取措施应对，保障产妇术后康复效率。

(四) 观察指标

1. 手术指标

对两组产妇的手术时长 (min)、止血操作时间 (min)、术中出血量 (mL)、术后下床时间 (h) 及住院

时间 (d) 进行比较，判定手术治疗效果。

2. 术后并发症

对缝线滑脱、肠套叠、盆腔粘连、宫腔粘连等常见术后并发症的发生率进行比较，发生率越低表明手术治疗效果越佳。

3. 复发情况

术后1个月对产妇展开电话随访，判断是否存在阴道出血等症状，以此评估术后复发情况。

(五) 统计学方法

采用统计学软件SPSS (22.0版本) 对本次研究结果进行分析，其中计量数据 ($\bar{x} \pm s$) 选用t进行检验，计数数据选用 χ^2 进行检验，当 $P < 0.05$ 则表示组间数据差异化明显，具有统计学意义。

二、结果

(一) 手术指标比较

在对两组产妇的手术指标比较中，在手术时长及术中出血量上无统计学差异 ($P > 0.05$)，但在止血操作时间、术后下床时间及住院时间上观察组均短于对照组 ($P < 0.05$)。见表1：

(二) 术后并发症发生情况比较

观察组术后并发症发生率低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表2：

(三) 术后复发情况比较

观察组术后复发1 (2.78) 例，对照组术后复发4 (11.11) 例，对照组的复发率明显更高 ($P < 0.05$)。见表3：

表1 比较2组产妇的各项手术指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时长 (min)	止血操作时间 (min)	术中出血量 (mL)	术后下床时间 (h)	住院时间 (d)
观察组	36	88.28 ± 13.67	28.36 ± 4.81	2742.78 ± 286.48	33.13 ± 5.34	7.52 ± 1.61
对照组	36	94.38 ± 19.76	37.59 ± 5.67	2687.34 ± 258.32	52.77 ± 3.87	11.67 ± 2.05
t		1.893	9.374	0.982	6.389	4.589
P		0.245	< 0.001	0.526	0.026	0.041

表2 比较2组产妇的术后并发症发生率 (n, %)

组别	例数	缝线滑脱	盆腔粘连	宫腔粘连	肠套叠	总发生率 (%)
观察组	36	1 (2.78)	0 (0.00)	1 (2.78)	(0.00)	5.55
对照组	36	1 (2.78)	2 (5.55)	2 (5.55)	1 (2.78)	16.66
χ^2						6.251
P						0.012

表3 比较2组产妇的术后复发情况 (n, %)

组别	例数	复发	未复发
观察组	36	1 (2.78)	35 (97.22)
对照组	36	4 (11.11)	32 (88.89)
χ^2		5.368	5.368
P		0.020	0.020

三、讨论

在产科临床中,产后出血作为最常见的并发症之一,是引发产妇死亡的首要因素。根据有关报道显示,我国产后出血的发生率在2%~10%,具有较高的发生率^[4]。通常而言,少量的产后出血能够通过药物等保守治疗达到止血效果,但对于出血量在1500mL以上且经过保守治疗无效的患者,就被视为难治性产后出血。导致产妇在分娩后的死亡率大大提升,严重威胁产妇的生命安全。

在常规保守治疗无效后,通常会采用宫腔加压缝合的形式来进行止血。宫腔加压缝合的方法多样,如B-Lynch缝合术、Hayman缝合术、cho缝合术等等,其具有操作简单且行之有效的优势,对于操作者及操作环境的要求不高,在基层医院治疗中得到较为广泛的应用^[5]。但随着现代医学技术的进步,新的止血技术受到普遍重视,对于止血技术的要求越来越高,这使得传统的子宫压迫缝合已经难以满足止血需求,需要引进新的技术。“栓塞”本义是指血管被栓子堵塞的病症,而通过人为技术或工具来堵塞血管的技术则被视为栓塞术。介入栓塞治疗是在介入放射学的支持下,通过导管向靶向血管注入栓塞物质的过程,以此达到闭塞血管的治疗效果。止血作为栓塞术的常见用途,将其应用于难治性产后出血中显示出良好的应用前景。在2017年美国妇产科医师学会颁布的《产后出血指南实践公告》中,将血管栓塞作为治疗难治性产后出血的推荐方案,其对于产妇的损伤小,止血效果显著^[6]。介入栓塞治疗通过将栓塞剂注射到产妇体内,对出血动脉进行闭塞以达到止血效果,且不会对患者卵巢脑内的正常血管造成影响,有利于提升患者预后。

本次研究结果显示,两组在手术时长及术中出血量上无统计学差异($P>0.05$),但在止血操作时间、术后至下床时间及住院时间上观察组均短于对照组($P<0.05$),这表明介入栓塞治疗能够在保障手术时长及出血量的前提下,优化手术操作以缩短止血时间,促进产妇出血症状的快速改善。且产妇在术后能够更快下床活动并出院,节省产妇的住院时长及费用,显示出良好的经济效益。分析其原因在于,介入栓塞治疗利用血管造影来辅助治疗,能够实现对产妇出血部位的精准定位,提升栓塞治疗的成功率,实现快速止血。同时介入栓塞治疗对于产妇造成的损伤较小,其通过经皮到股动脉进行插管的形式,避免开腹等大面积创伤手术,利于产妇术后更快康复^[7]。介入栓塞治疗步骤简单易操作,利用血管造

影能够直达出血血管处,有效缩短寻找出血点的时间,促进止血操作时间的缩短。其次,观察组术后并发症发生率低于对照组($P<0.05$),对照组的复发率明显更高($P<0.05$),这显示出介入栓塞治疗能够在一定程度上降低产妇术后并发症的发生率,不仅能够促进术后创口的快速恢复,还能够降低复发性,缓解出血带给产妇日常生活的影响,对于维护产妇的术后生活质量显示出积极作用。为了进一步保障介入栓塞治疗的效果,在应用过程中要注重尽早治疗,防止出血量增加^[8]。当产妇的股动脉搏动幅度无法满足插管需求时,则可通过解剖股动脉的形式来解决,并注重手术过程中对产妇的生命体征监测与补液处理,保障手术的顺利开展。

综上所述,将介入栓塞治疗应用于难治性产后出血的治疗中,能够优化手术指标,降低并发症发生率及复发率,显示出良好的应用价值。

参考文献

- [1] 郭上玮, 刘敬, 胡国敏, 等. 盆腔血管介入栓塞治疗难治性剖宫产后出血患者的效果研究[J]. 河北医药, 2023, 45 (17): 2644-2647.
- [2] 俞兆儿, 高明明, 姚丹, 等. 难治性产后出血量估计误差的原因分析[J]. 临床血液学杂志, 2022, 35 (06): 443-446.
- [3] 彭艳, 肖平. 子宫收缩乏力性难治性产后出血患者介入治疗效果的影响因素[J]. 河南医学研究, 2022, 31 (03): 461-464.
- [4] 郭上玮, 刘敬, 张华, 等. 盆腔血管结扎与介入治疗产后出血患者的效果比较研究[J]. 河北医药, 2022, 44 (03): 366-369.
- [5] 王猛, 王滨. 子宫动脉栓塞介入治疗难治性产后出血的临床效果分析[J]. 继续医学教育, 2021, 35 (09): 74-76.
- [6] 郑重, 刘乔, 胡继英. 子宫动脉栓塞介入治疗难治性产后出血的价值[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14 (20): 157-159.
- [7] 陈玲. DSA介入栓塞治疗对产科大出血治疗效果的影响及安全性观察[J]. 现代医用影像学, 2021, 30 (07): 1374-1376.
- [8] 陈亚婷, 张琪. 子宫动脉栓塞术介入治疗子宫收缩乏力性难治性产后出血的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4 (35): 166-168.