

两种宫腔填塞术在阴道分娩产后出血中的疗效比较

王良娟, 李立平, 张建玲 (浙江省余姚市梨洲医院, 浙江 余姚 315400)

产后出血是产科危急重症, 是引起我国孕产妇死亡的主要原因, 迅速、有效地控制产后出血是治疗的关键。本院收治的阴道分娩发生产后出血 40 例, 分别采用宫腔水囊填塞止血(水囊组)和宫腔纱布填塞止血(纱布组), 现对两者止血效果进行比较分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2006年1月—2009年1月, 本院住院分娩共 2 111 例, 阴道分娩发生产后出血 40 例, 经常规的催产素应用、子宫按摩、舌下含米索前列醇(400 μg)效果不明显。根据发生产后出血日期的单双号将出血产妇随机分成 2 组, 单号采用宫腔水囊填塞止血(水囊组)22 例, 双号采用宫腔纱布填塞止血(纱布组)18 例, 比较两者的疗效。两组患者的一般资料、产次、出血原因相比无明显差异。

作者简介: 王良娟(1970—), 女, 副主任医师, 学士。

侧的面颊部、下颌部皮肤轻则压红, 重则压伤或糜烂。应选用合适形状和大小的鼻(面)罩, 摆好位置和调整合适的固定张力, 在病情允许的情况下间歇通气, 松开面罩, 让病人休息, 均有利于减少压迫感从而避免皮肤损伤; 充分利用患者饮水、进食、排痰等时间用温水洗脸, 改善面部血液循环, 恢复皮肤弹性; 使用额垫可减少鼻梁压力, 也能减少罩的上下滑动。

1.7.3 胃胀气 胃胀气主要是由于反复吞气, 或上气道内的压力超过食道贲门括约肌的压力, 使气体直接进入胃^[2]。对患者提前进行正确呼吸方法指导, 嘱其闭口尽可能深慢呼吸, 用鼻吸气, 减少吞咽动作, 呼气时间尽可能长, 慢慢调节自己的呼吸, 可以减少气体进入胃肠道; 指导病人饮食宜清淡易消化, 避免进食刺激性及易于产气的食物, 防止便秘及加重腹胀; 对于出现胃肠道胀气的患者, 则协助顺时针按摩腹部, 在保证疗效的前提下避免吸气压力过高, 有明显胃胀气者, 可保留胃管持续开放或负压引流。

1.7.4 误吸 应及时清除面部和呼吸道的分泌物, 避免分泌物随机送气时误吸入气道。误吸可造成吸入性肺炎和窒息。因此在使用无创呼吸机时, 应避免饱餐后使用,

表 1 两组一般资料及出血原因

项目	水囊组	纱布组
平均年龄(岁)	26.6	26.7
平均孕次	2.53	2.52
平均产次	0.93	0.94
平均孕周	39.2	39.4
宫缩乏力(例)	15	12
胎盘剥离面渗血(例)	7	6
边缘性前置胎盘(例)	4	3

1.2 止血方法

1.2.1 宫腔水囊填塞术 水囊制作材料选用消毒避孕套 1 只(紧急时用碘伏浸泡或涂擦消毒内外两面)和气囊尿管 1 条。将带气囊一端尿管插入避孕套所形成的囊内, 只需结扎 1 处即可。将制作好的尿管和避孕套插入到宫腔内, 向尿管气囊内注入 5~10 mL 盐水, 经过尿管向水囊内注入 250~500 mL 生理盐水, 必要时注入 500~1 000 mL。这样形成一个膨大的球囊以填充宫腔以控制因宫缩乏力导致的产后出血。在出血减少后, 尿管远端结扎封闭, 固定于大腿内侧。为防止球囊脱出, 阴道内填塞无菌纱布。催产素维持 24 h, 密切观察宫底高度和阴

一般在餐后 1~2 h 使用为宜。适当的头高位或半坐卧位和应用促胃动力药, 可减少误吸的发生。

2 讨论

护士只要熟练掌握无创呼吸机的性能、使用方法, 加强对患者的心理疏导, 严密监测生命体征, 预防并发症, 确保有效通气, 就能较快改善患者的临床症状, 显著减少气管插管率、住院死亡率、平均住院时间和平均住院费用, 病人痛苦小, 并发症少, 提高了患者的生活质量, 体现了人性化的治疗, 同时亦避免了气管插管或气管切开所带来的繁重的护理任务^[3]。

3 参考文献

- [1] 欧丽华. 慢性阻塞性疾病的健康教育[J]. 现代老年医学与保健, 2001, 10(3): 33.
- [2] 云洁, 于新荣, 尤春红. 面罩机械通气治疗呼吸衰竭 22 例的护理与体会[J]. 解放军护理, 2001, 18(6): 49-50.
- [3] 刘敏, 梁燕仪. 双水平气道正压呼吸机在 COPD 急性加重期患者的应用和护理[J]. 现代护理, 2004, 10(11): 1011.

(收稿日期: 2009-06-03)

道流血状况,观察有无宫腔积血或再出血,24 h 后取出避孕套。

1.2.2 宫腔纱布填塞术 将 6 cm × 15 m 的 4 层碘仿纱布,用卵圆钳夹住纱布一端,经宫口送入宫腔,自宫底由左向右“Z”形折叠式填塞,不留空隙,充分填实宫腔,尾端露出于宫颈口外约 2 cm,必要时剪去多余纱条,24 h 后取出。

1.2.3 一般处理 术后严密观察生命体征、宫底高度、子宫出血情况,给予一线抗生素加甲硝唑联合预防感染(必要时增减),静脉滴注宫缩素,并实施抗休克治疗。

1.3 观察指标

① 手术操作时间:水囊组从放置水囊到注水完毕所需的时间;纱布组从开始填塞纱布到完全填塞。② 止血所需时间:从填塞完毕到出血停止的时间。③ 24 h 出血量:填塞的 24 h 内出血量,纱布用称重法(1g = 0.95 mL)。④ 有无术后再出血。

1.4 统计学方法

数据采用 SPSS 11.0 软件进行统计分析,统计方法采用完全随机设计两独立样本均数 *t* 检验,以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

对产后出血两组处理均有效,24 h 出血量比较差异无统计学意义;两组手术操作时间、止血所需的时间差异有统计学意义(*t* 分别为 -85.297、-67.86, *P* < 0.01)。水囊组两组手术操作时间和止血所需的时间均少于纱布组(表 2)。40 例病例无一例发生再出血或宫腔积血,无一例发生子宫压痛及异常阴道流血。5 d 后会阴切口拆线愈合良好,腹部 B 超检查无异常。5 d 后出院,产后 42 d 随访无异常,无一例出现再次出血,无一例经腹手术,保留了子宫的完整性。

表 2 两组 24 h 出血量、手术操作时间、止血时间比较($\bar{x} \pm s$)

	24 h 出血量(mL)	手术操作时间(s)	止血所需的时间(s)
水囊组	71.80 ± 17.56	299.80 ± 4.43	180.10 ± 4.76
纱布组	83.30 ± 18.31	423.40 ± 4.70	298.80 ± 6.29
<i>t</i> 值	1.969	-85.297	-67.866
<i>P</i> 值	>0.050	0.000	0.000

3 讨论

统计资料表明,我国孕产妇死亡原因中产科出血仍占第 1 位^[1],产后 2 h 的早期产后出血占 90%,产后出血中的子宫收缩乏力为最主要原因。简便、及时、有效的处

理产后出血,仍是妇产科领域关注的主要课题。对于产后出血处理方法的报道甚多,经典的宫腔纱条填塞术,宫腔水囊填塞术,子宫动脉或/和髂内动脉结扎术,子宫捆绑式缝合术,子宫动脉或/和髂内动脉栓塞术以及子宫切除术。

对于子宫收缩乏力,胎盘剥离面出血,采用宫腔纱条填塞术仍被公认为是可行的急症止血方法。但技术要求高,操作时间长,容易造成宫腔积血;纱条取出时,纱条与宫腔粗糙面粘连,容易发生再出血,不能迅速有效地控制产后出血。采用水囊填塞术,根据水囊的可塑性和自重所产生的压力使水囊与宫腔紧密贴近,子宫与水囊的形状相适应,有足够的压力直接压迫子宫壁血管,使子宫血管闭锁达到有效而迅速的止血。本组资料中 40 例阴道分娩发生产后出血,虽然两组的 24 h 出血量无明显差异,但应用宫腔水囊填塞术手术操作时间、止血所需的时间优于宫腔纱布填塞术。此方法操作简单,技术要求低,止血起效快,值得在临床上推广使用。

据报道^[2,3],宫腔水囊压迫在前置胎盘剖宫产术中出血和剖宫产术中子宫收缩乏力出血止血效果良好。于丹等^[4]报道,在妇科宫腔镜手术出血中在宫颈妊娠诊刮后大出血用 Foley 球囊注水行宫腔填塞压迫止血;Tinelli 等^[5]报道用 Foley 球囊注水行宫腔填塞压迫止血。本院也曾在 1 例人工流产子宫大出血病例用水囊止血,也起到了良好的效果,因病例少,尚需进一步总结。对于子宫腔血窦开放的子宫出血可考虑用水囊压迫止血,主要在于水囊大小和止血时间的选择。宫腔水囊压迫止血的不良反目报道甚少,对于子宫压迫时间长是否引起子宫内膜的坏死,尚需进一步实验室和临床的总结。

4 参考文献

- [1] 吴连方. 产科出血病情的变化趋势及防治[J]. 中华妇产科杂志, 2005, 40(11): 791-792.
- [2] 李苗, 徐小凤, 孟晓红. 宫腔水囊压迫止血法在前置胎盘剖宫产术后出血中的应用[J]. 中国妇幼保健, 2007, 22: 670-671.
- [3] 王红霞, 罗克妹, 刘映珍, 等. 水囊压迫与纱布填塞治疗剖宫产术中出血的疗效比较[J]. 中国误诊杂志, 2007, 7(21): 5001-5002.
- [4] 于丹, 夏恩兰. 宫腔镜手术出血并发症的防治[J]. 国外医学妇产科分册, 2002, 29(5): 276-278.
- [5] Tinelli A, Malvasi A, Vergara D. et al. Emergency surgical procedure for failed methotrexate treatment of cervical pregnancy: A case report [J]. Eur J Contracept Reprod Health Care, 2007 16: 1-5.

(收稿日期: 2009-03-24)