

顽固性产后出血的干预措施及其对产妇生存质量的影响

赵晶清

(大理州人民医院妇科, 云南 大理 671000)

[摘要] **目的** 探讨不同干预措施在顽固性产后出血抢救中的临床价值及其对产妇生存质量的影响。 **方法** 回顾性分析 2005 年 5 月至 2011 年 12 月大理州人民医院收治的 55 例顽固性产后出血患者的临床资料, 其中 9 例成功接受药物治疗, 15 例成功接受介入栓塞治疗, 14 例成功接受宫腔纱布填塞治疗, 12 例成功接受 B-Lynch 缝合治疗, 5 例接受子宫次全切治疗。术后 12 个月, 采用 Otson 婚姻质量调查问卷、健康调查简易量表对其生存质量进行评价。 **结果** 介入治疗起效时间最短仅为 (5.3 ± 1.5) min, 药物治疗起效时间最长为 (14.8 ± 3.2) min ($P < 0.01$), 治疗成功率方面以介入和子宫次全切最高 100% ($P < 0.05$), 其他 3 组差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 术后并发症方面以子宫次全切术和宫腔填塞最高 ($P < 0.05$), 其他 3 组差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后 12 个月, 子宫次全切患者在婚姻质量和生活质量方面显著低于其他干预措施 ($P < 0.01$), 其次是接受 B-Lynch 缝合术的患者 ($P < 0.05$), 接受药物治疗和介入治疗的患者普遍生存质量较高 ($P < 0.05$), 但各组患者在社会功能方面差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。 **结论** 各项干预措施具有不同特点和临床效果, 应根据临床适应症合理选择, 其中子宫切除术对患者术后生存质量影响较大, 应慎重选择。

[关键词] 顽固性产后出血; 干预措施; 效果评价; 生存质量

[中图分类号] R714.46*1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 2095 - 610X (2013) 06 - 0122 - 05

Intervention Measure and Its Influence on Quality of Life of Puerpera with Intractable Postpartum Hemorrhage

ZHAO Jing - qing

(Dept. of Gynecology, People's Hospital of Dali Prefecture, Dali Yunnan 671000, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the effect of different interventions in treating patients with intractable postpartum hemorrhage and its influence on quality of life. **Methods** The data of 55 patients with intractable postpartum hemorrhage were retrospective analyzed. Among them, 9 cases were successfully treated by medicine, 15 cases by interventional embolization, 14 cases by gauze packing, 12 cases by B-Lynch suture and 5 cases by subtotal hysterectomy. Their quality of life was surveyed after 12 month of treatment. **Results** The shortest and longest of onset time was (5.3 ± 1.5) min and (14.8 ± 3.2) min by interventional embolization and medicine, respectively ($P < 0.01$). The treatment success rate by interventional embolization and subtotal hysterectomy was highest (100%), and there was no significant difference between other three groups ($P > 0.05$). The complication rate of subtotal hysterectomy and gauze packing was highest ($P < 0.05$), and there was no significant difference between other three groups ($P > 0.05$). 12 months after surgery, the life and marital quality of subtotal hysterectomy group was lowest, and followed by B-Lynch suture ($P < 0.05$). Patients treated by medicine and interventional embolization got a better life ($P < 0.05$). **Conclusion** Each intervention has its virtue and effect, and reasonable choice should be based on clinical indications. However, hysterectomy has a significant impact on the quality of patients life and should be chosen carefully.

[Key words] Intractable postpartum hemorrhage; Interventions; Effect evaluation; Quality of life

产后出血 (Postpartum hemorrhage) 是妇产科常见的并发症之一, 发生率约为 2%~3%, 经保守治疗多可治愈, 仅部分病例 24 h 内出血量超过 1 000 mL, 且保守治疗无效, 则称为顽固性产后出血, 若处理不及时或干预措施不当常导致子宫切除或孕产妇的死亡^[1,2]。近年来, 随着对产后出血机制研究的不断深入, 多种干预措施在顽固性产后出血的治疗中取得了较好的效果, 包括药物、宫腔无菌纱条填塞法、B-Lynch 缝合法、动脉栓塞介入和子宫切除术^[3]。目前国内外研究仅限于对单一或部分方法的临床疗效分析, 而缺乏对多项方法的临床差异比较, 以及对患者后续生存质量影响的追踪研究。本研究通过对顽固性产后出血患者的临床治疗及生存质量进行分析, 旨在为临床选择提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择大理州人民医院于 2005 年 5 月至 2011 年 12 月收治的顽固性产后出血且病例资料较完整的患者 55 例, 平均年龄 (27.4 ± 3.0) 岁 (21~42 岁), 其中阴道分娩 34 例, 剖宫产 21 例; 初产妇 12 例, 经产妇 43 例, 平均产次 (1.8 ± 0.7) 次 (1~4 次), 平均孕周 (37.0 ± 2.4) 周 (34~43 周)。出血原因: 子宫收缩乏力 15 例, 胎盘早剥 9 例, 胎盘前置 6 例, 胎盘粘连 7 例, 重度妊高症 10 例, 巨大儿 5 例, 凝血功能障碍 2 例, 堕胎妊娠 1 例。所有患者出血量均 ≥ 1 000 mL, 且经按摩子宫、输液、止血及缩宫素子宫注射等保守治疗无效。

1.2 治疗方法

1.2.1 药物治疗 常规使用缩宫素 20 U 供体注射, 若出血量继续增加, 给予欣母沛 250 μg 宫体、宫颈或深部肌肉注射, 同时放置米索前列醇 200 μg 于直肠内^[4], 并观察 2 h 出血量。

1.2.2 介入栓塞治疗 根据患者具体情况选择栓塞的方法, 病情相对危重的患者选择经皮双侧髂内动脉栓塞术, 其他患者采用经皮双子宫动脉栓塞术治疗。术前常规输血、补液和纠正休克, 患者取平卧位, 行双侧股动脉穿刺, 将 4~5 Facabra 导管送至腹主动脉根部分叉上 2~3 cm 处, 注入造影剂, 明确出血部位及其动脉分支, 根据造影结果, 将导管送至髂内或子宫动脉, 注入栓塞颗粒, 随后以数字减影动脉造影术确认^[5]。

1.2.3 宫腔纱布填塞 根据患者的分娩方式采用

不同的填塞方法, 顺产者应先按压宫底, 固定子宫, 将已消毒的碘伏纱条从宫底两角开始至宫颈外口填塞; 剖宫产者则将纱条紧密的填塞于宫底和宫角, 将纱条末端置于阴道内 2~3 cm, 连续缝合子宫, 注意勿缝到纱布^[6], 填塞时均要确保填塞无死腔。

1.2.4 B-Lynch 缝合术 先以双手对子宫加压, 出血明显减少, 则可采用此方法。以 1-0 号可吸收线, 在子宫下段切口左侧中、外 1/3 处下方约 2 cm 处进针, 子宫下段切口上缘 1 cm 处出针, 向宫体方向行褥式缝合 2 针, 出针时绕子宫底, 约在宫底 1/3 处, 在前壁相同的位置进针达宫腔。横向拉线至左侧^[7], 穿过宫体后壁, 垂直绕子宫底达子宫前壁, 按上述子宫切口部位进出针, 并在子宫边加压收线、打结。

1.2.5 子宫次全切术 经上述治疗无效、合并凝血功能障碍或因转院而丧失上述治疗机会的患者, 根据病情选择子宫次全切术治疗。

1.3 指标观察

对各项干预措施起效时间、治疗效果和术后并发症进行比较。

所有患者出院后 12 个月以电话访视的方式对患者进行生存质量评价, 包括婚姻质量调查和生活质量调查。其中婚姻质量调查采用 Otson 婚姻质量调查问卷, 包括性生活、婚姻满意度和夫妻交流三部分, 采用 0~4 五级计分制, 0 代表完全肯定, 1 代表部分肯定, 2 代表不同意也不反对, 3 代表半否定, 4 代表完全否定^[8]; 生活质量评价采用 WHO 推荐的健康调查简易量表 (SF-36), 包括精力、疼痛、情感反应、睡眠、社会性功能和躯体性功能, 按百分制计算每项的受损情况, 分值越高, 损伤越重^[9]。

1.4 统计学方法

所有数据分析采用 SPSS 进行统计学分析, 均数以表示, 正态分布资料组间比较采用方差分析及 *t* 检验, 非正态资料采用 Kruskal-Wallis H 检验和 Mann-Whitney U 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $\alpha = 0.05$ 为检验水准。

2 结果

2.1 不同干预措施治疗效果比较

不同干预措施之间在起效时间、止血成功率和子宫切除率方面均有统计学差异 ($P < 0.05$)。其中介入组起效时间最短, 仅为 (5.3 ± 1.5) min, 显著低于其他 3 组 ($P < 0.05$), 宫腔填塞和 B-Lynch

缝合起效时间相近, 差异不显著 ($P > 0.05$), 但均显著优于药物治疗组 ($P < 0.05$)。介入组均获止血成功, 显著优于其他 3 组 ($P < 0.05$), 药物治疗

组仅成功 6 例, 宫腔填塞成功 14 例, B-Lynch 缝合止血成功 12 例, 3 组间差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 1。

表 1 不同干预措施治疗效果比较 ($\bar{x} \pm s$)

Tab. 1 Effect comparison of different intervention measures ($\bar{x} \pm s$)

干预措施	n	起效时间 (min)	成功率 [n(%)]	子宫切除率 [n(%)]
药物治疗	16	14.8 ± 3.2	9(56.3)	1(6.3)
介入治疗	15	5.3 ± 1.5 [▲]	15(100.0) [▲]	0(0.0) [▲]
宫腔填塞	19	10.8 ± 2.5 ^{▲△}	14(66.7) [△]	2(10.5) [△]
B-Lynch	15	10.4 ± 1.9 ^{▲△}	12(80.0) [△]	2(13.3) [△]

与药物治疗组比较, [▲] $P < 0.05$; 与介入治疗组比, [△] $P < 0.05$ 。

2.2 术后并发症情况

各组间并发症发生率差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 其中以宫腔填塞和子宫次全切并发症最高, 分别为 50.0% 和 60.0%, 显著高于其他 3 种

措施 ($P < 0.05$), 但二者间差异不显著 ($P > 0.05$), 药物治疗、介入和 B-Lynch 缝合 3 组间并发症率存在差异, 但无统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 不同干预措施术后并发症情况 (n)

Tab. 2 The postoperative complications of different intervention measures (n)

干预措施	n	感染	盆腔疼痛	发热	并发症率 (%)
药物治疗	9	1	0	1	22.2 ^{△*}
介入治疗	15	0	2	0	13.3 ^{△*}
宫腔填塞	14	2	2	3	50.0
B-Lynch	12	1	1	2	33.3 ^{△*}
子宫次全切	5	1	1	1	60.0

与宫腔填塞组比较, [△] $P < 0.05$; 与子宫次全切组比较, ^{*} $P < 0.05$ 。

2.3 不同干预措施术后生存质量影响

5 种干预措施术后患者生存质量差异明显 ($P < 0.05$), 婚姻质量方面接受介入治疗和药物治疗的患者评分最高 ($P < 0.05$), 且 2 组差异不显著 ($P > 0.05$), 子宫次全切患者在婚姻满意度、夫妻交流和性生活评分方面均显著低于其他 4 组 ($P < 0.05$)。生活质量方面药物治疗和介入治疗患者的各项评分 (除社会功能外) 均显著好于子宫次全切组 ($P < 0.05$), 宫腔填塞和 B-Lynch 组间差异不显著 ($P > 0.05$), 各组在社会性功能方面差异不显著 ($P > 0.05$), 见表 3。

3 讨论

顽固性产后出血机制研究尚无定论, 目前认为主要与子宫收缩乏力、胎盘因素、产道裂伤以及凝血功能障碍有关。该并发症往往起病急, 若处理不

及时或干预措施不当常导致子宫切除或孕产妇的死亡。近些年随着对产后出血机制研究的不断深入, 越来越多的干预措施用于顽固性产后出血, 并取得一定的疗效, 但国内外研究仅限于对单一或部分方法的临床疗效分析, 而缺乏对多项方法的临床差异比较。

药物治疗是基层普遍使用的方法之一, 常用的药物包括缩宫素、米索前列醇、欣母沛等, 这些药物的共同点是均能够刺激子宫平滑肌, 加强其收缩能力^[9], 因此对宫缩乏力、胎盘因素等导致的产后出血具有一定的疗效。周素芳^[10]对 89 例顽固性产后出血产妇给予缩宫素无效的情况下, 加用卡前列素氨丁三醇宫体注射, 30 min 内出血量显著减少, 且总量小于未采用卡前列素氨丁三醇宫组, 不良反应发生率为 15%。临床研究表明药物治疗虽然具有一定的技术优势, 但仅限于宫缩乏力或因胎盘原因引起的出血, 且产后 2 h 内为最佳时机, 对于软

表 3 不同干预措施术后生存质量影响 ($\bar{x} \pm s$)
 Tab. 3 Effect of different intervention measures on quality of life ($\bar{x} \pm s$)

项 目	干预措施				
	药物治疗 (n = 9)	介入治疗 (n = 15)	宫腔填塞 (n = 14)	B-Lynch (n = 12)	子宫次全切 (n = 5)
婚姻质量					
婚姻满意度	48 ± 2 ^{**#}	44 ± 3 ^{*#}	43 ± 2 ^{*▲}	41 ± 3 [*]	35 ± 2
夫妻交流	45 ± 3 ^{*#}	48 ± 4 ^{**#}	43 ± 3 ^{*#}	40 ± 2 [*]	37 ± 4
性生活	49 ± 1 ^{**#}	42 ± 3 ^{*#}	42 ± 2 ^{*#}	39 ± 5 ^{Δ*}	32 ± 6
生活质量					
精力	6.5 ± 1.6 ^{**#}	6.4 ± 1.3 ^{**#}	6.8 ± 2.0 ^{**#}	7.6 ± 1.1 ^{**}	14.3 ± 3.8
疼痛	4.9 ± 0.7 ^{*#}	4.7 ± 0.9 ^{*#}	5.3 ± 1.3 ^{*▲}	5.5 ± 1.0 [*]	6.2 ± 1.1
情感反应	4.0 ± 1.1 [*]	4.0 ± 0.7 ^{**}	4.2 ± 0.6 [*]	4.4 ± 0.9 [*]	5.0 ± 1.0
睡眠	6.8 ± 0.7 [*]	7.3 ± 1.1 ^{*▲}	7.0 ± 1.5 [*]	7.1 ± 1.5 [*]	7.7 ± 1.4
社会性功能	2.0 ± 0.2	2.0 ± 0.2	2.1 ± 0.3	2.0 ± 0.3	2.2 ± 0.3

与子宫次全切比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$; 与 B-Lynch 组比较, # $P < 0.05$; 与药物组比较, ▲ $P < 0.05$.

产道损伤和凝血功能障碍则不适用, 其不良反应率较低, 可作为首选方案, 无效时尽快选择其他方案, 对存在 DIC 倾向的患者应立即选择子宫切除治疗. 介入栓塞治疗是近年来出现的微创性治疗方案, 通过造影剂对血管内情况的显示, 准确的看到出血的部位和范围, 止血具有直观性, 作为栓塞剂的海绵能够迅速吸附血小板, 起到快速止血的目的, 因此适用于除凝血功能障碍外的各类型产后出血, 及保守或手术止血治疗失败后的补救. Saeed F 等^[11]通过 10 a 的研究认为动脉介入栓塞治疗在治疗顽固性产后出血中具有止血迅速、机体损伤较小、成功率高等特点. 潘淑媛等^[9]利用介入术对 12 例顽固性产后出血产妇成功实施了止血处理, 成功率达 100%, 且副作用仅为 10%. 但需满足创面出血速度达 0.5 mL/分, 造影剂方可显影, 且临床反应该技术也存在手术风险以及射线损伤的危害. 宫腔纱布填塞是另一种应用广泛的产后止血措施, 其原理是通过局部填充、压迫出血点, 达到快速止血的目的, 光瑾等^[6]利用该技术治疗 6 例顽固性产后出血患者, 5 例成功, 1 例子官切除, 认为该技术可快速止血, 适用于基础医院产后出血的快速处理. 但由于无法确保纱条填塞紧密, 因此极易发生隐形出血或纱条取出后出血, 且研究表明其术后感染等并发症发生率较高, 失败后子宫切除率也较高^[9]. B-Lynch 缝合具有较长的产科应用历史, 通过缝合线为子宫加压, 达到止血的目的. 周玉萍等^[7]发现其能够不透过子宫蜕膜层缝合, 因此降低了宫腔感染的风险. 但子宫缝合线不具有弹性, 子宫瘢痕明显. 子宫次全切技术虽然能够迅速止血, 适用于各类出血, 但由于其对子宫造成不可修复的损伤,

因此主要作为最后的防线使用. 本研究通过对 55 例顽固性产后出血病例回顾性分析亦发现药物治疗虽然起效较慢, 成功率仅为 56.3%, 但子宫切除率和术后并发症发生率均较低, 而宫腔填塞和 B-Lynch 缝合两种方法在起效时间、成功率、子宫切除率和并发症情况方面均具有相似的结果, 且适应症相近. 而介入治疗起效最快, 成功率 100%, 且对于其他方法无效的病例, 亦可成功治疗, 术后并发症也较低, 但技术要求较高.

产后出血作为分娩的并发症之一, 对产妇的生理和心理均造成了较大的影响^[2], 且不同的止血干预措施, 其术后不良反应和远期影响亦不相同, 但国内外未见针对于各种止血术后患者后续生存质量影响的追踪. Marcovic 等^[13]研究研究表明子宫切除的患者, 卵巢血运较少达 50% 左右, 子宫与卵巢轴间激素受体平衡紊乱, 且子宫还可能有未被认识的内分泌功能^[13]. B-Lynch 缝合后子宫较深的疤痕, 收缩功能受到一定抑制, 虽然不影响生育功能, 但对于有剖宫产意愿的产妇势必造成影响. 而其他干预措施造成的并发症, 如宫腔感染或盆腔疼痛若治疗不彻底, 及术中造成的卵巢或尿路损伤、盆腔脱垂, 势必会影响患者的生活和心理. 本研究通过对产妇进行追踪调查, 利用婚姻质量和生活质量问卷对其生存质量进行短期回访, 结果发现子宫次切除术虽然尽可能的保留了患者的子宫, 但调查结果表明其在性生活、夫妻交流及婚姻满意度, 以及除社交功能外的生活质量方面均为最低 ($P < 0.05$), 提示子宫的部分切除还是给患者的心理和生理, 及其家人的心理造成一定的影响. 此外, 调查发现通过药物治疗的患者, 无论是在婚姻质量和

生活质量上均较为满意,其次为介入治疗,提示这两种方法对患者的生理损伤最小,且术后恢复快,利于患者生理和心理的平复。而B-Lynch缝合术虽然具有较好的效果,但由于子宫瘢痕的存在,还是在对患者的生活产生了一定的影响。

总之,各项干预措施具有不同特点和临床效果,应根据临床适应症合理选择,其中子宫切除术对患者术后生存质量影响较大,应慎重选择。但由于本研究涉及病例数量较少,尚需大样本量进一步研究。

[参考文献]

- [1] 乐杰主编. 妇产科学[M]. 第7版. 北京:人民卫生出版社,2008:205-208.
- [2] HENRICH W,SURBEK D,KAINER F,et al. Diagnosis and treatment of peripartum bleeding [J]. J Perinat Med, 2008,36(6): 467-468.
- [3] 苏凤丽. 产后出血的治疗进展[J]. 中国医药导报, 2011,36(8):15-17.
- [4] 王线,郭俊红. 欣母沛联合米索前列醇片治疗顽固性宫缩乏力产后出血的临床观察 [J]. 中国医药科学, 2012,10(2):89-90.
- [5] 潘淑媛,苏玛,李志健,等. 介入治疗顽固性产后出血临床效果分析[J]. 中华妇幼临床医学杂志(电子版), 2009,5(4):417-420.
- [6] 光瑾,丛林. 宫腔填塞纱条治疗剖宫产术中顽固性产后出血的临床分析[J]. 安徽医学,2010,31(8):887-888.
- [7] 周玉萍,高霞. B-Lynch缝合术在剖宫产术中治疗产后出血临床效果评估 [J]. 鄯阳医学院学报,2009,28(3):260-261.
- [8] 刘晓鹏,张永萍,杨荣阁,等. 不同治疗方式对子宫腺肌病患者性生活及婚姻生活质量的影响[J].中国妇幼保健,2012,27(4):585-587.
- [9] 李荔,罗喜平,陈伟芳,等. 微波子宫内膜去除术后患者性功能及生存质量分析 [J]. 实用医学杂志, 2009,25(9):3 058-3 060.
- [10] 周素芳. 卡前列素氨丁三醇治疗顽固性产后出血的疗效分析[J]. 中国基层医药,2011,18(8):1 139-1 140.
- [11] SAEED F,KHALID R,KHAN A,et al. Perigartum hysterectomy:a ten-year experience at a tertiary care hospital in a developing country[J]. Trop Doct, 2010,40(1): 18-21.
- [12] 徐洪香. 产后出血的临床分析[J]. 医学信息(中旬刊),2010,5(10):2 838-2 839.
- [13] MARCOVIC L,ROSENZWEIG B A, BRILL A I,et al. C-cervical pregnancy: case reports and a current lit literature review[J]. Obstet Gynecol Surv, 1994,49(15):49.

(2013-03-23 收稿)