

浅析妇产科术后大出血研究

◆葛月曹丛

(石家庄市第四医院)

摘要: 随着科技的高速发展,医学水平相应提高,治疗妇产科术后大出血的方式也逐渐增多,并各有特点,其中动脉栓塞的治疗方法是常见的类型,本文通过对比的方法进行了比较。

关键词: 妇科;术后大出血;动脉栓塞

1 资料与方法

1.1 资料来源

本文选取本医院近五年产后大出血患者为例,两组,甲组用动脉静栓塞方式治疗,乙组用动脉结扎手术治疗,两组年龄均在 29 ± 3.6 岁,孕周 29.5 ± 7 周,甲组初产妇38例,经产妇40例,乙组初产妇36例,经产妇42例。

1.2 治疗方法

甲组:采用动脉静栓塞方式治疗产妇术后大出血,医生确认患者后,预防治疗期间休克的同时使用1%的利多卡因进行局部麻醉、穿刺、插管进行DSA,成功后注入造影剂进行血管造影,并将导管插入到患者髂内血管之中,以确定导管插入的位置,确认导管位置插入正确后将明胶海绵颗粒填入动脉中,实施髂内动脉前干或子宫动脉栓塞,而后再次进行造影,进一步了解栓塞情况。对于宫颈妊娠的患者,要在栓塞前实施埃及灌注化疗,具体可以选用氟尿嘧啶,栓塞成功后继续进行手术治疗,手术后进行街景检查确认出血情况,如已停止出血无外溢,可将导管拔出,对穿刺点进行压迫止血,包扎穿刺部位。栓塞完成后叮嘱患者禁止剧烈运动,在栓塞完成后24 h内可以进行局部的加压处理,并且注意预防患者感染,滴液维持水电解质平衡等支持治疗。在造影过程中要注意采集有关图像,对患者髂内血管情况进行调查,要具体了解子宫的血液供应以及有异常染色。乙组:本组患者采用子宫髂内动脉结扎手术治疗方案来进行治疗妇产科术后大出血症状,对产后大出血患者进行用动脉血管和子宫肌层缝合、穿刺、在子宫肌层内外动脉分界的地方将缝线打结,然后缝合结扎。术后对甲乙两组患者进行手术时间、出血量和子宫切除人数进行比较。

1.3 甲乙两组术后数据分析与结论总结

乙组阴道出血时间、出血量和手术时间高于甲组,甲组2例患者子宫切除,切除率为2.6%,乙组11例患者子宫切除,切除率为14.1%,甲组子宫切除率低于乙组。甲组患者术后临床症状较好,出血停止,多数患者臀部疼痛和下腹痛5~7 h后患者未用药自行缓解,另外患者通过服用镇痛药物治疗4~7 d后疼痛得到缓解,少数患者手术后出现低热现象,两天后未用药自行缓

解。

1.4 数据分析

妇产科术后大出血特别是产科大出血,一直都是妇产科的危重病例。此疾病发展迅速,常因短时间内大量出血,速度过快而造成失血性休克,继而导致DIC、多器官功能衰竭、急性垂体组织坏死等严重危及患者生命。多数产妇大出血发生的时间在分娩结束后两个小时左右,医学界把产妇产后大出血视为妇产科最严重的术后并发症,其特点突出性大,发病急出血量大速度快,事先没有任何预兆,因此妇产科产后大出血是产妇致命的一个重要原因。所有资料记载,产妇产后大出血死亡率高,占分娩总数量的2%~3%。对于产妇来说,在分娩过程中阴道从收缩到恢复正常期间会有一定出血现象,因此在手术过程中医生一定要关注患者的出血量。

其中宫缩乏力是导致产妇大出血的最重要原因。患者在分娩过程中出现宫缩乏力会延长分娩时间,延缓胎盘剥离时间,阴道处于不流血或少量流血状态,胎盘剥离后子宫收缩乏力失去止血功能导致产妇出现失血性休克。再者由于患者产前有严重的妇科疾病,在产检时未发现患者存在高危因素,没有对其及时的处理和治疗,也容易出现大出血症状。

2 预防策略

产褥期是生殖器官复员的一段时期,由于正气比较虚弱,很容易导致外邪入侵而形成瘀阻,患者产后一定要注意保暖,禁忌生冷食物的刺激,医生要鼓励产妇尽床活动,有利于恶露瘀血的排出,促进子宫恢复,卧床休息时可用盐袋压住剖宫产刀口处,并注意产褥期个人卫生,勤换内衣内裤,注意外阴清洁,使用孕妇专用卫生纸巾,禁止盆浴和房事,以防感染,平时要保持心情愉快,避免忧郁等不良精神刺激,防止气滞血瘀加重瘀血症状。

经医院多名患者实际验证,采用动脉栓塞术治疗产妇术后大出血取得了良好的医疗效果,具有有见效快、止血效果好、创面小、安全,最重要的是可保留患者子宫和生育功能。在术后要配合医生做好自我身体恢复工作,避免或降低产后大出血的可能性,尽快恢复身体状态。

参考文献:

- [1]董金凤.难治性妇产科大出血的临床治疗方法研究[J].中国现代医生,2017.
- [2]袁英曾俊仁 李渊渊 李辉.子宫动脉栓塞治疗妇产科急性子宫大出血及有大出血风险患者26例疗效分析[J].中国医药指南,2016.

