

难治性产后出血干预性治疗方法疗效对比

韦宝玉

(广西省东兰县人民医院 547400)

摘要: 目的 本文研究难治性产后出血干预性治疗方法及疗效。方法 研究时间:2019年12月到2021年12月。研究对象为我院收取的86例难治性产后出血患者,随机进行分组,每组患者数量:43例。常规组采用常规方法治疗。干预组采用干预性联合治疗。收集然后分析各组患者的治疗有效率、凝血功能、满意度、出血量、血红蛋白、血钙、不良事件情况等数据。结果 干预组治疗有效率高于常规组, $P < 0.05$ 。其中,干预组治疗有效率:100.00%(43例);常规组治疗有效率:90.70%(39例)。干预组部分凝血活酶时间、凝血酶原时间、血小板计数高于常规组,而血浆纤维蛋白原、D-二聚体低于常规组, $P < 0.05$ 。干预组满意度高于常规组; $P < 0.05$ 。其中,干预组满意度:97.67%(42例);常规组满意度:86.05%(37例)。干预组产后2小时、24小时出血量均低于常规组, $P < 0.05$ 。在治疗后干预组血红蛋白、血钙数据高于常规组, $P < 0.05$ 。干预组不良事件数量低于常规组, $P < 0.05$ 。干预组不良事件数量:1例(2.33%);常规组不良事件数量:6例(13.95%)。结论 在针对难治性产后出血的治疗中,为患者予以干预性联合治疗能够有效帮助患者控制出血情况,改善患者凝血功能,降低患者产后出现林,并具有较高的安全性,建议在实的治疗工作中予以借鉴和应用。
关键词: 难治性; 产后出血; 干预性治疗; 临床效果

难治性产后出血是一种较为常见的产后并发症,会导致患者出现贫血等症状,对患者的健康和生命安全产生严重的威胁,需要及时为患者进行治疗^[1]。在传统的治疗中,主要是为患者予以单一的治疗干预,但是效果并不理想。这就需要为患者选择更为可靠、全面的治疗方案,帮助患者迅速控制出血症状,改善患者凝血功能,恢复患者子宫收缩功能^[2]。而缝合手术以及药物干预是当前治疗难治性产后出血的常用方法,具有良好的治疗效果。因此,本文将选择2019年12月到2021年12月期间我院收取的86例难治性产后出血患者作为研究对象,针对难治性产后出血干预性治疗方法的临床效果展开分析。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

研究时间:2019年12月到2021年12月。研究对象为我院收取的86例难治性产后出血患者,随机进行分组,每组患者数量:43例。一般资料:干预组:平均年龄(28.65±4.98)岁、平均孕周(39.11±0.47)周;常规组:平均年龄(28.59±7.5)岁、平均孕周(39.67±0.38)周。采集难治性产后出血患者一般资料;数据分析显示:一般资料差异在统计学上无意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

常规组采用常规方法治疗。为患者予以子宫球囊压迫治疗,将球囊置入患者子宫底部,并为患者及时充液250ml-500ml;在患者止血后使用填塞纱卷进行干预,2天后取出^[3]。

干预组采用干预性联合治疗。(1)药物干预:为患者予以卡前列素氨丁三醇治疗。剖腹产患者进行子宫体注射,药物剂量:250μg。阴道分娩患者予以肌内注射,药物剂量:250μg^[4]。(2)B-Lynch缝合治疗。在患者脐下三指位置行切口,推开膀胱并反折子宫腹膜,暴露子宫下段。再使1号线对子宫腔进行缝合,进针到分娩切口上缘,在子宫底部出针^[5]。然后进针到子宫腔,出针方向为子宫左侧后壁位置。在子宫切口上下缘以及子宫前等位置分别出针,收紧后

加压肠线,最后予以结扎^[6]。缝合后为患者予以子宫球囊压迫治疗,方法与常规组相同。

1.3 观察指标

收集治疗有效率、凝血功能、满意度、出血量、血红蛋白、血钙、不良事件情况等数据。(1)治疗有效率:治疗有效率:显效:出血症状完全消失。有效:出血症状缓解。无效:未达到以上标准。治疗有效率=(显效+有效)/病例数*100.00%。(2)凝血功能:部分凝血活酶时间、血小板计数、血浆纤维蛋白原、D-二聚体、凝血酶原时间。(3)满意度:选择我院自制调查表获取数据。调查表满分100分。包括三个标准等级。满意度=(十分满意+基本满意)/病例数*100.00%。(4)出血量:分别采集治疗后2小时、24小时出血量。(5)血红蛋白、血钙:通过全自动血液分析设备对患者血液样本进行检测。(6)不良事件:心悸、头晕、恶心呕吐、面色潮红。

1.4 统计学方法

使用SPSS23.0软件处理各项治疗数据。通过率(%)表示治疗有效率、满意度、不良事件情况等计数数据,通过 χ^2 检验。通过±标准差表示凝血功能、出血量、血红蛋白、血钙等计量数据,经t检验。数据判定标准: $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 患者治疗有效率比较

干预组治疗有效率:100.00%(43例);其中显效数量:27例(62.79%)、有效数量:16例(37.21%)、无效数量:0例(0.00%)。常规组治疗有效率:90.70%(39例);其中显效数量:15例(34.88%)、有效数量:24例(55.81%)、无效数量:4例(9.30%)。干预组治疗有效率高于常规组, $P < 0.05$ 。

2.2 患者凝血功能比较

治疗前患者凝血功能数据接近;治疗后,干预组部分凝血活酶时间、凝血酶原时间、血小板计数高于常规组,而血浆纤维蛋白原、D-二聚体低于常规组, $P < 0.05$ 。表1为患者凝血功能比较。

表1 患者凝血功能比较

组别	n	检测时间	部分凝血活酶时间(s)	血小板计数(10 ⁹ /L)	血浆纤维蛋白原(g/L)	D-二聚体(mg/L)	凝血酶原时间(s)
干预组	43	治疗前	19.44 ± 1.58	200.44 ± 22.47	3.49 ± 0.95	1.42 ± 0.61	8.41 ± 1.06
常规组	43	治疗前	19.52 ± 2.24	200.25 ± 22.21	3.52 ± 0.89	1.53 ± 0.58	8.57 ± 1.12
t/p	--		0.191/0.848	0.039/0.968	0.151/0.880	0.856/0.393	0.680/0.498
干预组	43	治疗后	29.02 ± 1.22	182.44 ± 14.29	1.21 ± 0.42	1.44 ± 0.21	17.51 ± 2.44
常规组	43	治疗后	22.47 ± 2.44	164.08 ± 22.91	2.52 ± 0.77	1.98 ± 0.56	10.48 ± 1.58
t/p ^a	--		15.744/0.000	4.458/0.000	9.793/0.000	5.920/0.000	15.858/0.000

P: 治疗前数据对比; p^a: 治疗后数据对比

2.3 患者满意度比较

干预组满意度:97.67%(42例);其中十分满意数量:25例

(58.14%)、一般满意数量: 17 例 (39.53%)、不满意数量: 1 例 (2.33%)。常规组满意度: 86.05% (37 例); 其中非常满意数量: 14 例 (32.56%)、一般满意数量: 23 例 (53.49%)、不满意数量: 6 例 (13.95%)。数据显示: 干预组满意度高于常规组; $P < 0.05$ 。

2.4 患者出血量比较

在治疗后, 干预组产后 2 小时、24 小时出血量均低于常规组, $P < 0.05$ 。表 2 为患者出血量比较。

表 2 患者出血量比较 (ml)

组别	n	治疗后 2 小时出血量	疗后 24 小时出血量
干预组	43	151.53 ± 50.64	221.44 ± 67.44
常规组	43	252.78 ± 65.17	348.41 ± 70.31
t	--	8.044	8.546
p	--	0.000	0.000

2.5 患者血红蛋白、血钙比较

治疗前患者血红蛋白、血钙相近, 在治疗后干预组血红蛋白、血钙数据高于常规组, $P < 0.05$ 。表 3 为患者血红蛋白、血钙比较。

表 3 患者血红蛋白、血钙比较

组别	n	血红蛋白 (g/L)		血钙 (mmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
干预组	43	100.54 ± 5.25	109.22 ± 4.55	2.01 ± 0.61	2.85 ± 0.44
常规组	43	100.81 ± 5.61	103.17 ± 6.56	2.05 ± 0.42	2.17 ± 0.51
t	--	0.230	4.969	0.354	6.620
p	--	0.818	0.000	0.724	0.000

2.6 患者不良事件数据比较

干预组不良事件数量: 1 例 (2.33%), 其中头晕 1 例 (2.33%); 常规组不良事件数量: 6 例 (13.95%), 其中心悸 2 例 (4.65%)、头晕 2 例 (4.65%)、恶心呕吐 1 例 (2.33%)、面色潮红 1 例 (2.33%)。根据数据分析显示: 干预组不良事件数量低于常规组, $P < 0.05$ 。

3 讨论

难治性产后出血是一种较为常见的产后并发症, 患者发病因素相对复杂, 主要是由于患者出现子宫收缩乏力、凝血功能障碍、产道损伤或者胎盘因素等情况造成的^[7]。此外, 患者年龄过高、羊水过多以及胎盘前置等情况也会导致患者出现难治性产后出血。患者出现难治性产后出血后, 会导致患者贫血、血压降低等症状, 严重时甚至会导致患者死亡^[8]。因此, 需要及时为难治性产后出血患者予以治疗干预。在传统的治疗方法中, 主要是为患者予以子宫球囊压迫以及纱条填充等方法进行干预, 但是实际效果并不理想^[9]。这就需要为患者选择更为科学可靠的方法进行治疗干预。而在产后出血的治疗中, 药物干预是相对常见的方法之一, 在传统治疗中通常会为患者使用缩宫素等药物干预, 然后药物的半衰期相对较短, 无法长期发挥药物效果。而卡前列素氨丁三醇的临床效果高于缩宫素, 在进入机体后能够迅速被子宫吸收, 促进血小板进一步聚集, 达到止血的效果^[10]。而 B-Lynch 缝合治疗是产后出血常用的手术治

疗方法。通过手术缝合可以进一步压迫患者子宫, 增加子宫表面的牵引力, 进而提高患者子宫的收缩功能。此外, 通过手术缝合, 能够降低分娩对患者肠道损伤的情况, 降低患者缝合线发生脱落的风险, 为患者保留再次生育的能力, 对于难治性产后出血具有良好的治疗效果。通过药物干预和手术缝合联合治疗可以有效控制患者产后出血症状。根据本文数据显示: 在为患者予以干预性联合治疗后, 患者出血情况明显改善, 出血量减少, 各项指标数据优于常规方法干预患者。其中, 干预组治疗有效率: 100.00% (43 例); 常规组治疗有效率: 90.70% (39 例)。同时, 患者予以联合方法干预后, 凝血功能、血红蛋白、血钙等指标得到显著改善, 各项数据均优于常规治疗方法。此外, 患者予以干预性联合治疗后, 出现不良事件的数量更低。由此可见, 患者予以干预性联合治疗对于难治性产后出血的治疗工作具有十分重要的作用。

综上所述, 在针对难治性产后出血的治疗中, 为患者予以干预性联合治疗能够有效帮助患者控制出血情况, 改善患者凝血功能, 降低患者产后出现林, 并具有较高的安全性, 建议在实际的治疗工作中予以借鉴和应用。

参考文献:

- [1]周玲,肖敏素,苏彩玲.B-Lynch 缝合术与子宫交叉捆绑术对剖宫产术中难治性产后出血的疗效分析[J].贵州医药,2021,45(11):1767-1768.
- [2]孙华萍,宋洁.改良 B-Lynch 缝合术治疗剖宫产难治性产后出血的临床研究[J].浙江创伤外科,2021,26(05):917-918.
- [3]贾俊华.氨甲环酸联合凝血因子补充法在难治性产后出血患者中的治疗效果[J].黑龙江医药,2021,34(05):1091-1093.
- [4]齐秀玲,李联.子宫背带缝合术联合子宫动脉上行支结扎术治疗难治性产后出血的临床效果[J].临床医学研究与实践,2021,6(30):79-81.
- [5]张慧.改良子宫背带式缝合术+双侧子宫动脉上行支结扎术在剖宫产分娩难治性产后出血中的应用[J].黑龙江医学,2021,45(19):2072-2073.
- [6]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.
- [7]董丹晓,许敏,范平,高丽娜,陈星星.改良 B-Lynch 缝合联合子宫动脉上行支结扎在难治性产后出血中的临床应用[J].浙江创伤外科,2021,26(04):701-703.
- [8]刘杰杰,范建灵,方晨,张云,张宁芝.宫腔球囊压迫、子宫动脉结扎和 B-Lynch 缝合在剖宫产难治性产后出血中的应用[J].蚌埠医学院学报,2021,46(08):1069-1073.
- [9]张会乐.卡前列素氨丁三醇联合低位 B-Lynch 缝合术在难治性前置胎盘产后出血的应用分析[J].药品评价,2021,18(15):951-954.
- [10]于晓荣,乌御飞.干预性治疗方法治疗难治性产后出血的临床疗效分析[J].航空航天医学杂志,2016,27(01):76-78.