

〔文章编号〕 1007-0893(2020)14-0096-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.14.049

洗涤式自体血回输治疗凶险性前置胎盘的价值

王兴和 杨学敏 代炳梅

(东莞市妇幼保健院, 广东 东莞 523000)

〔摘要〕 **目的:** 对洗涤式自体血回输治疗凶险性前置胎盘的价值进行探讨。**方法:** 采集东莞市妇幼保健院 2017 年 12 月至 2019 年 12 月凶险性前置胎盘患者 109 例, 所有患者均接受洗涤式自体血回输治疗, 按照输血量分为 54 例 A 组(输血量 < 800 mL)、25 例 B 组(输血量 800~1000 mL)、30 例 C 组(输血量 > 1000 mL), 比较三组患者不同时间段凝血功能、血红蛋白(Hb)水平变化情况。**结果:** 相较于术前, A、B、C 组术后 PT、APTT、TT 水平更高, FIB 水平更低 ($P < 0.05$); 相较于 A 组, B、C 组术后 PT、APTT、TT 水平更高, FIB 水平更低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 相较于 B 组, C 组术后 PT、APTT、TT 水平更高, FIB 水平更低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。相较于术前, A、B、C 组术后 Hb 水平更低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 相较于 A 组, B、C 组术后 Hb 水平更低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 相较于 B 组, C 组术后 Hb 水平更低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 在凶险性前置胎盘治疗中, 可通过洗涤式自体血回输方式达到明确的治疗效果, 但输血量越多对其凝血功能指标与 Hb 水平影响越大。

〔关键词〕 洗涤式自体血回输; 凶险性前置胎盘; 凝血功能; 血红蛋白

〔中图分类号〕 R 457.1; R 719.8 〔文献标识码〕 B

凶险性前置胎盘作为一种发生率较高的疾病, 随着我国二孩政策的开放与剖宫产应用率的提高, 该疾病发生率也呈现逐年增长的趋势^[1]。凶险性前置胎盘定义为上次分娩为剖宫产, 本次妊娠存在前置胎盘情况, 且胎盘附着于原子宫瘢痕相应位置, 多数存在胎盘植入情况。由于患者在剖宫产前后会出现无法控制的出血情况, 容易导致术中急救率增加, 因此患者往往需要接受血制品输注治疗^[2]。作为一种常见社会公用资源, 血制品本身库存较少, 再加上异体血输注造成的不良反应及疾病感染, 使得血制品更加稀缺, 因此对于自体血回输方式的研究具有重要意义^[3]。本研究旨在探讨在凶险性前置胎盘临床治疗中, 应用洗涤式自体血回输的实际效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集 2017 年 12 月至 2019 年 12 月本院凶险性前置胎盘患者 109 例, 所有患者均接受洗涤式自体血回输治疗, 标准为:

(1) 经检查后可确诊为凶险性前置胎盘; (2) 自愿参与且签署知情同意书; (3) 无输血禁忌证, 可适应自体血回输。按照输血量分为 54 例 A 组(输血量 < 800 mL)、25 例 B 组(输血量 800~1000 mL)、30 例 C 组(输血量 > 1000 mL)。其中 A 组年龄 22~42 岁, 平均 (28.40 ± 4.83) 岁, 孕周 31~37 周, 平均 (34.81 ± 0.40) 周; B 组年龄 22~43 岁, 平均 (28.56 ± 4.91) 岁, 孕周 32~37 周, 平均 (34.88 ± 0.39) 周;

C 组年龄 23~43 岁, 平均 (28.64 ± 4.85) 岁, 孕周 32~37 周, 平均 (34.85 ± 0.41) 周。三组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 仪器 本研究所用仪器为自体血液回输机 (cell saver 5+ 型, 美国 Haemonetics 公司)。

1.2.2 治疗方法 术前做好滤过器预充 (肝素盐水) 与双腔吸引管道 (肝素盐水), 并将管道与回收仪器相连接, 首先吸取术野与腹腔内所存在的血液, 并回收至储血管内; 连接负压吸引管与肝素盐水 (1000 mL 0.9% 氯化钠注射液加肝素 60000 U (海南灵康制药有限公司, 国药准字 H20080598)), 以负压方式将血液及肝素水同时吸取, 再滴入适量抗凝液, 使其与吸入血量之间比例达到 1:5, 对负压进行适当调节, 使其维持于 50 mmHg 以下。观察回收机储血管收集血量, 当其达到 400 mL 的标准时将相应程序开启 (过滤、离心、洗涤、浓缩等), 将浓缩红细胞泵置入集血袋内, 并于 2 h 内回输至患者, 对于出血量较大的患者应当注意同时进行回收与回输操作。

1.3 观察指标

(1) 统计三组不同时间段各项凝血指标变化情况, 主要包括: 凝血酶时间 (thrombin time, TT)、凝血酶原时间 (prothrombin time, PT)、活化部分凝血活酶时间 (activated partial thromboplastin time, APTT)、纤维蛋白原 (fibrinogen, FIB); (2) 统计三组不同时间段血红蛋白 (hemoglobin, Hb) 水平。

〔收稿日期〕 2020-05-19

〔作者简介〕 王兴和, 男, 副主任医师, 主要研究方向是病理产科。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 三组患者不同时间段凝血功能水平变化情况

相较于术前, A、B、C 组术后 PT、APTT、TT 水平更高, FIB 水平更低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 相

于 A 组, B、C 组术后 PT、APTT、TT 水平更高, FIB 水平更低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 相较于 B 组, C 组术后 PT、APTT、TT 水平更高, FIB 水平更低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 三组不同时间段 Hb 水平变化情况

相较于术前, A、B、C 组术后 Hb 水平更低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 相较于 A 组, B、C 组术后 Hb 水平更低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 相较于 B 组, C 组术后 Hb 水平更低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 三组患者不同时间段凝血功能水平变化情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	PT/s	FIB/g · L ⁻¹	APTT/s	TT/s
A 组	54	术前	10.31 ± 0.62	3.36 ± 0.24	25.74 ± 2.34	17.26 ± 2.13
		术后	13.08 ± 1.73 ^a	3.05 ± 0.21 ^a	29.80 ± 2.45 ^a	21.79 ± 2.21 ^a
B 组	25	术前	10.33 ± 0.59	3.44 ± 0.24	25.16 ± 2.33	17.43 ± 1.21
		术后	16.08 ± 1.80 ^{ab}	2.49 ± 0.15 ^{ab}	36.80 ± 3.04 ^{ab}	24.79 ± 2.43 ^{ab}
C 组	30	术前	10.28 ± 0.66	3.25 ± 0.23	25.44 ± 2.34	17.49 ± 2.28
		术后	19.94 ± 1.83 ^{abc}	1.89 ± 0.12 ^{abc}	45.54 ± 3.26 ^{abc}	28.86 ± 2.57 ^{abc}

与同组术前比较, ^a $P < 0.05$; 与 A 组比较, ^b $P < 0.05$; 与 B 组比较, ^c $P < 0.05$

注: A 组—输血量 < 800 mL; B 组—输血量 800 ~ 1000 mL; C 组—输血量 > 1000 mL; PT—凝血酶原时间; FIB—纤维蛋白原; APTT—活化部分凝血活酶时间; TT—凝血酶时间

表 2 三组不同时间段 Hb 水平变化情况 ($\bar{x} \pm s$, g)

组别	n	术前	术后
A 组	54	114.61 ± 10.29	99.65 ± 6.27 ^d
B 组	25	114.48 ± 10.43	95.60 ± 6.15 ^{dc}
C 组	30	114.58 ± 10.36	92.42 ± 6.07 ^{def}

与同组术前比较, ^d $P < 0.05$; 与 A 组比较, ^e $P < 0.05$; 与 C 组比较, ^f $P < 0.05$

注: A 组—输血量 < 800 mL; B 组—输血量 800 ~ 1000 mL; C 组—输血量 > 1000 mL; Hb—血红蛋白

3 讨论

根据相关资料显示, 凶险性前置胎盘属于一种导致产科出血的重要因素, 因此临床输血治疗具有重要意义^[4]。目前输血治疗已经广泛应用于凶险性前置胎盘临床治疗中。以往常用的非洗涤式血液回收本身开放装置较为简单, 容易导致血液受到污染, 使患者引发各种不良反应, 使术后感染风险性明显增加, 因此局限性较大^[5]。随着医学技术的发展, 一种新型的洗涤式自体血回输方法开始受到广泛关注。

相较于常规非洗涤式血液回收而言, 洗涤式自体血回输方式能够有效清除积血中处于游离状态的 Hb, 可明显减少不良反应, 使自体血中有害物质减少, 整体安全性更高^[6]。根据相关结果显示, 洗涤式自体血回输能够通过自体血回收机相关程序进行处理, 使红细胞悬液中的红细胞压积能够超过 50%, 与自体血去白细胞悬浮红细胞的红细胞压积具有相似性, 在临床输血过程中能够起到有效预防作用^[7-8]。但洗涤式自体血回输输血量越多, 对患者凝血功能指标与 Hb 水平的影响越大, 所有对于大量洗涤式自体血回输患者, 如何减少输血量, 保证输血安全是临床研究的重要内容。

在本研究中, 相较于术前, A、B、C 组患者术后 PT、APTT、TT 水平更高, FIB、Hb 水平更低; 相较于 A 组, B、C 组术后 PT、APTT、TT 水平更高, FIB、Hb 水平更低; 相较于 B 组, C 组术后 PT、APTT、TT 水平更高, FIB、Hb 水平。说明洗涤式自体血回输的实际应用效果明显, 能够有效改善患者凝血功能、红细胞比容与 INR 指数等, 其中少量输血对机体凝血功能影响较小, 输血量越多对其凝血功能指标与 Hb 水平影响越大。患者大量输血后, 因血液长期存储的关系, 会造成机体凝血因子与血小板遭到破坏, 促使机体活性凝血因子降低, 致使患者 PT, APTT, TT 升高, 进而对病患的凝血功能产生障碍。因此, 当患者的输血量 > 1000 mL 时, 医患人员需密切关注患者的情况, 避免凝血功能障碍对患者生命安全产生不良影响, 使其保持在正常范围内, 最大程度上确保洗涤式自体血回输治疗的安全性。

综上所述, 在凶险性前置胎盘治疗中, 可通过洗涤式自体血回输方式达到明确治疗效果, 但输血量越多对其凝血功能指标与 Hb 水平影响越大。

(参考文献)

- (1) 陈代娟, 段霞, 游泳, 等. 回收式自体输血在凶险性前置胎盘剖宫产术中的临床应用 (J). 实用妇产科杂志, 2018, 34(6): 63-68.
- (2) 王利民, 唐冬梅, 王筱林, 等. 宫腔填塞在镶嵌式治疗凶险性前置胎盘的临床价值 (J). 检验医学与临床, 2018, 15(10): 1462-1464.
- (3) 肖婧, 闫秋菊, 王宇祺, 等. 自体血液回输在凶险性前置

胎盘手术中的应用 (J). 中日友好医院学报, 2017, 31(6): 363.

(4) 杨杨. 回收式和稀释式自体血回输在凶险性前置胎盘中的应用价值比较 (J). 山西职工医学院学报, 2019, 29(2): 69-71.

(5) 马晓丽. 回收式与稀释式自体血回输在凶险性前置胎盘剖宫产中的应用 (J). 中国妇幼保健, 2017, 32(24): 39-42.

(6) 卢天捷. 不同自体血回输模式在凶险性前置胎盘剖宫产时对母婴结局的影响 (J). 中国医学前沿杂志 (电子版), 2017, 9(5): 87-91.

(7) 林毅, 张仕铜, 严海雅, 等. 凶险性前置胎盘行剖宫产时两种自体血回输应用比较 (J). 实用妇产科杂志, 2016, 32(1): 38-41.

(8) 段霞, 陈代娟, 徐金凤, 等. 凶险性前置胎盘高危孕产妇剖宫产术中回收式自体输血技术应用 (J). 中华妇幼临床医学杂志 (电子版), 2019, 15(1): 33-38.

(文章编号) 1007-0893(2020)14-0098-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.14.050

鼻内镜下经口鼻低温等离子腺样体消融术 治疗腺样体肥大患儿临床研究

刘洪全 梁小庄

(四会市人民医院, 广东 四会 526200)

〔摘要〕 **目的:** 探讨对腺样体肥大患儿采用鼻内镜下经口鼻低温等离子腺样体消融术进行治疗后获得临床效果。**方法:** 将四会市人民医院 2017 年 9 月至 2020 年 2 月收治的 94 例腺样体肥大患儿数字奇偶法分组; 观察组 (47 例): 采用鼻内镜下经口鼻低温等离子腺样体消融术展开腺样体肥大治疗; 对照组 (47 例): 采用鼻内镜下吸切割器展开腺样体肥大治疗; 就组间腺样体肥大总有效数据、平均手术时长以及平均失血量展开比较。**结果:** 观察组腺样体肥大患儿总有效率 (95.74%) 高于对照组 (72.34%), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组腺样体肥大患儿平均手术时长短于对照组, 平均失血量少于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 鼻内镜下经口鼻低温等离子腺样体消融术的实施, 可使得腺样体肥大患儿总体疗效显著提升, 并同时平均手术时长缩短, 将平均失血量减少。

〔关键词〕 腺样体肥大; 鼻内镜; 经口鼻低温等离子腺样体消融术; 儿童

〔中图分类号〕 R 764.2 **〔文献标识码〕** B

对于腺样体肥大而言, 其同炎症反复刺激表现出相关性, 临床症状主要集中于呼吸暂停以及打鼾等方面, 于儿童中多发, 其症状主要集中于睡觉打呼、张口呼吸以及睡眠不安几方面, 更为严重会呈现出听力减退、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征、注意力不集中以及耳鸣几方面, 需要对疾病治疗及时性做出充分保证^[1-2]。本研究针对腺样体肥大患儿探析鼻内镜下经口鼻低温等离子腺样体消融术应用可行性, 以实现腺样体肥大患儿的有效治疗。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将本院 2017 年 9 月至 2020 年 2 月收治的 94 例腺样体肥大患儿按数字奇偶法分组; 观察组 (47 例): 女 21 例,

男 26 例; 年龄 3 ~ 12 岁, 平均 (6.72 ± 2.12) 岁; 病程为 4 个月 ~ 4 年, 平均 (1.22 ± 0.22) 年; 对照组 (47 例): 女 22 例, 男 25 例; 年龄 4 ~ 13 岁, 平均 (6.75 ± 2.13) 岁; 病程 5 个月 ~ 5 年, 平均 (1.25 ± 0.23) 年; 两组患儿性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: 腺样体肥大获得有效确诊; 患儿症状主要集中于耳闷胀感合并听力下降、鼻塞以及打鼾几方面; **排除标准:** 存在腺样体肥大手术禁忌证; 对于手术要求家属不遵从。

1.2 方法

对照组: 采用鼻内镜下吸切割器展开腺样体肥大治疗, 主要依据常规展开; **观察组:** 采用鼻内镜下经口鼻低温等离子腺样体消融术展开腺样体肥大治疗; 针对患儿于临床合理

〔收稿日期〕 2020 - 05 - 04

〔作者简介〕 刘洪全, 男, 主治医师, 主要从事耳鼻咽喉头颈外科临床诊疗工作。