课题研究 · 论著

延长球囊子宫支架放置时间治疗中重度宫腔粘连的疗效及安全性分析

韦红兰，　林　忠，　樊慧流，　吴秀芬，　陈武玲，　巫晓霞

基金项目：广西卫健委科研课题(编号:Z20170493)

作者单位：545001　广西,柳州市妇幼保健院妇科
作者简介：韦红兰(1976 -),女,大学本科,学士学位,副主任医师,研究方向:妇科内镜诊疗与生殖外科诊疗。E-mail:1921439673@qq.com
通讯作者：林　忠(1968 -),女,医学博士,主任医师,研究方向:妇科微创诊疗及生殖整复诊疗。E-mail:uters@126.com

［**摘要**］　**目的**　探讨延长球囊子宫支架放置时间治疗中重度宫腔粘连分离术后预防再次粘连的临床效果及安全性。**方法**　选择2016-01 ~ 2018-12在该院诊断为中重度宫腔粘连并行粘连分离术的患者210例,采用随机数字表法将其分为对照组和观察组,每组105例。对照组在予宫腔镜宫腔粘连分离术后放置球囊子宫支架,1周后整体取出。观察组在予宫腔镜宫腔粘连分离术后放置球囊子宫支架,1周后剪球囊尾管放出球囊内液体,留置球囊支架,术后第2次月经干净后取出。比较两组术后宫腔粘连、月经恢复、并发症的发生情况。**结果**　对照组术后第1个月月经改善率为72.38%,观察组为77.14%,两组差异无统计学意义($P > 0.05$);但两组术后第2个月、第3个月及第6个月观察组的月经改善率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。对照组宫腔粘连改善有效率为76.19%,观察组为87.62%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组术后并发症发生率高于对照组,差异有统计学意义(9.52% vs 0.00%, $\chi^2 = 10.500$, $P = 0.001$)。**结论**　延长球囊子宫支架放置时间可以改善宫腔粘连,改善月经量,延长放置球囊子宫支架虽存在一定的风险,但经处理后可治愈,是相对安全的,临床工作中仍需严密观察及随访。

［**关键词**］　球囊子宫支架；　延长放置；　宫腔粘连；　宫腔粘连分离术
［**中图分类号**］　R 713　［**文献标识码**］　A　［**文章编号**］　1674 - 3806(2020)03 - 0262 - 05
doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2020.03.12

Efficacy and safety of prolonged placement of balloon uterine stent in treatment of moderate to severe intrauterine adhesions

WEI Hong-lan, LIN Zhong, FAN Hui-liu, et al. Department of Gynaecology, Liuzhou Maternity and Child Healthcare Hospital, Guangxi 545001, *China*

［**Abstract**］　**Objective**　To explore the clinical efficacy and safety of prolonged placement of balloon uterine stent in prevention of readhension after the separation of moderate to severe intrauterine adhesions. **Methods**　A total of 210 patients diagnosed with moderate to severe intrauterine adhesions and underwent adhesion separation were selected in our hospital from January 2016 to December 2018. The patients were divided into control group and observation group by random number table method, with 105 cases in each group. In the control group, the balloon uterine stent was placed after the separation of intrauterine adhesions by hysteroscopy, and were removed one week later. In the observation group, the balloon uterine stent was placed after the separation of intrauterine adhesions by hysteroscopy, and the tail tube of the balloons was cut to let out the fluid in the balloons one week later, and the stents of the balloons were retained. After the second menstruation, they were removed. The incidence rates of postoperative intrauterine adhesions, menstrual recovery and complications were compared between the two groups. **Results**　The improvement rate of the first menstrual period after operation was 72.38% in the control group and 77.14% in the observation group, but the difference was not statistically significant ($P > 0.05$). However, at the 2nd month, 3rd month and 6th month after operation, the improvement rates of menstruation in the observation group were significantly higher than those in the control group ($P < 0.05$). The effective rate of improvement of intrauterine adhesions was 76.19% in the control group and 87.62% in the observation group, with a significant difference between the two groups ($P < 0.05$). The incidence of postoperative complications in the observation group was higher than that in the

control group, and the difference was statistically significant(9.52% vs 0.00%, χ^2 =10.500, P =0.001). **Conclusion** Prolonged placement of balloon uterine stent can improve intrauterine adhesion and menstruation. Although prolonged placement of balloon uterine stent has certain risks, the complications caused by the balloon placement can be cured after treatment and is relatively safe. Clinical work still requires close observation and follow-up.

[**Key words**] Balloon uterine stent; Prolonged placement; Intrauterine adhesions; Hysteroscopic adhesiolysis

宫腔粘连多因人工流产刮宫过度或流产后出血刮宫损伤子宫内膜所致,也称为 Asherman 综合征[1]。近年来,宫腔粘连的发生率逐年增加,且粘连程度也逐渐加重,这主要与剖宫产术、清宫术、人工流产术的增加及宫腔镜技术的普遍应用有关[2],严重者影响生育期妇女的生育能力及身心健康[3]。目前,宫腔镜下宫腔粘连分离术(transcervical resection of adhesion, TCRA)是治疗该疾病的首选方式,术后辅助治疗可预防粘连复发。目前最常用预防 TCRA 术后宫腔粘连复发的方法主要是在子宫创面修复的早期放置物理屏障以减少创面接触,称之为子宫腔隔离屏障法。目前临床治疗上主要应用的子宫腔隔离屏障的材料包括子宫内节育器、球囊支架、透明质酸或羧甲基壳聚糖等生物胶类制品[4]。有研究[5,6]报道 TCRA 术后联合应用球囊子宫支架与术后口服戊酸雌二醇,可以明显恢复月经量及改善宫腔粘连情况。对于球囊支架留置宫腔的时间,2015 年发表的《宫腔粘连临床诊疗中国专家共识》[4]建议球囊支架留置时间为 5 ~7 d[4],而大部分宫腔再粘连多在术后 1 周 ~ 1 个月内出现。对此,学者们对球囊支架放置的时间也有不同的探索,但学术界还未对此达成共识。本研究旨在探讨延长球囊子宫支架放置时间在中重度宫腔粘连术后的安全性及临床意义,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016-01 ~2018-12 在广西柳州市妇幼保健院妇科诊断并接受治疗的 210 例中重度宫腔粘连的患者作为研究对象。采用随机数字表法分为对照组和观察组,每组 105 例。两组患者既往月经规律,在年龄、病程、宫腔粘连程度、宫腔手术史等一般资料比较差异均无统计学意义(P >0.05),具有可比性。见表 1。

表 1 两组一般资料比较[n(%),($\bar{x} \pm s$)]

组 别	例数	年龄(岁)	病程(月)	宫腔操作次数	宫腔粘连程度	
					中度	重度
观察组	105	30.04 ±4.77	19.79 ±3.03	3.29 ±1.08	50(40.00)	55(52.38)
对照组	105	29.47 ±4.96	20.14 ±2.80	3.44 ±1.02	50(40.00)	55(52.38)
t/χ^2	–	0.849	0.869	1.035	0.000	
P	–	0.397	0.386	0.302	1.000	

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:(1)术前经宫腔镜检查确诊中度或重度宫腔粘连[7];(2)排卵正常,性激素检查正常;(3)无生殖道急性炎症或合并有其他内外科疾病者;(4)无雌、孕激素用药禁忌证者。排除标准:(1)因垂体、下丘脑性引起的闭经或子宫内膜结核导致的闭经;(2)合并有子宫肌瘤、子宫腺肌病或子宫畸形。研究对象均知情并签字同意手术,且经医院伦理委员会同意。

1.3 方法

1.3.1 手术方法 两组患者均住院治疗行 TCRA,术前排除手术禁忌证。手术时间:月经干净后 3 ~7 d,闭经患者不限手术时间。手术前晚 22 时和术前 3 h 于阴道后穹隆处放置米索前列醇 400 μg 软化宫颈或于术前 2 h 放置一次性宫颈扩张棒。采用全麻,超声或腹腔镜监视下用宫颈扩张棒将宫颈逐号扩张至 10 号,采用 HEOS 全高清冷刀双重等离子宫腔镜系统,膨宫液选择 0.9% 的氯化钠溶液,压力维持在 15 ~21 kPa,宫腔灌流速度为 200 ~260 ml/min。在宫腔镜直视下使用剪刀锐性剪开或等离子针状电极切开宫腔粘连带,逐渐打开宫腔,子宫内膜瘢痕处小心且仔细剪开,在尽量恢复宫腔形态至正常的同时尽可能保护残存的子宫内膜,以两侧子宫角可显示、输卵管开口(一侧或两侧)可见作为完全性分离的标志。两组患者于 TCRA 术后宫腔内放置宫腔用交联透明质酸钠凝胶(宫安康)3 ml,然后在宫腔内放置球囊子宫支架(型号 J-BUS-404000,美国 COOK 公司),预防术后宫腔创面再次粘连,向球囊内注入 2 ~3 ml 无菌生理盐水。

1.3.2 术后处理 术后两组患者适当给予抗生素预防感染,对照组于术后 7 d 取出球囊子宫支架,术后第 2 次月经干净后行宫腔镜探查。观察组于术后 7 d 平宫颈外口水平剪掉球囊尾管放出球囊内液体,同时取宫颈拭子检查,球囊子宫支架延长留置,于第 2 次月经干净 3 ~7 d 内行宫腔镜探查并取出球囊。两组均于术后当天开始予人工周期修复内膜,口服戊酸雌二醇片 2 mg,2 次/d,连服 21 d;后 10 d 加服黄体酮胶囊 100 mg,2 次/d,停药后出现撤退性出血;下次月经第 5 天开始重复前方式用药,连

续用药 3 个月经周期。如术后探查仍发现有粘连形成均再次予粘连分离,直至宫腔形态恢复正常。

1.4 观察指标 (1)美国生育学会(American Fertility Society,AFS)评分:参考 AFS1988 年宫腔粘连评分标准(AFS 评分标准)[7],AFS 总分 = 宫腔粘连累及范围得分 + 粘连类型得分 + 月经模式得分,轻度 1 ~ 4 分,中度 5 ~ 8 分,重度 9 ~ 12 分。(2)术后月经改善情况:月经过少者出现月经量增多;闭经患者恢复月经[8]。(3)术后疗效:术后第 2 次月经干净后行二次宫腔镜探查,评估宫腔形态恢复情况、内膜情况并评价疗效[9]:治愈,宫腔形态恢复正常,无粘连,双侧宫角及输卵管开口可见;好转,宫腔形态基本恢复,存在部分粘连;无效,术后宫腔再次粘连,月经无改善。总有效率 = (治愈 + 好转)/总例数 × 100%。(4)术后并发症发生率:感染、子宫出血、子宫穿孔和球囊支架嵌顿等。

1.5 统计学方法 应用 SPSS19.0 统计软件对数据进行分析,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用成组 t 检验;计数资料以百分率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验;等级资料组间比较采用秩和检验。$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后月经改善情况比较 在术后第 1 个月,对照组月经改善率为 72.38%,观察组为 77.14%,两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$);但两组在术后第 2 个月、第 3 个月及第 6 个月的月经改善率比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组术后月经改善情况比较[n(%)]

组 别	例数	术后 1 个月	术后 2 个月	术后 3 个月	术后 6 个月
观察组	105	81(77.14)	84(80.00)	85(80.95)	80(76.19)
对照组	105	76(72.38)	71(67.62)	69(65.71)	65(61.90)
χ^2	–	0.631	4.163	6.340	5.013
P	–	0.427	0.041	0.013	0.025

2.2 两组术后疗效比较 对照组宫腔粘连改善总有效率为 76.19%,观察组为 87.62%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组术后疗效比较[n(%)]

组 别	例数	治愈	好转	无效	总有效率(%)
观察组	105	66	26	13	92(87.62)
对照组	105	50	30	25	80(76.19)
Z/χ^2	–		2.452		4.627
P	–		0.014		0.031

2.3 两组术前及术后 AFS 评分比较 两组术前 AFS 评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。二次宫腔镜检查时,对照组术后 AFS 评分高于观察组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组术前及术后 AFS 评分比较[($\bar{x} \pm s$),分]

组 别	例数	术前	术后
观察组	105	8.41 ± 1.81	3.64 ± 3.16
对照组	105	8.28 ± 2.02	4.62 ± 3.74
t	–	0.505	2.054
P	–	0.614	0.041

2.4 两组术后并发症发生率比较 对照组于术后 7 d 取出宫腔球囊,术后随访无感染病例,无异常子宫出血史,无子宫穿孔。观察组术后 7 d 剪掉尾管放出球囊内液体,同时检查宫颈拭子未见异常,随访发现术后出现子宫出血、感染、球囊嵌顿等并发症共 10 例[发生率为 9.52%(10/105)]。两组术后并发症发生率比较差异有统计学意义($\chi^2 = 10.500$, $P = 0.001$)。

3 讨论

3.1 宫腔粘连的主要病理组织学变化为子宫内膜纤维化及瘢痕形成。目前首选的手术治疗为 TCRA,在宫腔镜直视下切除、分离粘连组织,恢复宫腔的正常解剖学形态,保护宫腔内残存的内膜组织。临床上对于宫腔粘连采取电切术进行分离后,由于宫腔壁的损伤导致术后立即出现炎症反应,48 ~ 72 h 后肌纤维母细胞开始增生,并在 5 d 后产生大量胶原纤维,30 d 后即可形成致密粘连,这是 TCRA 术后容易复发的主要病理机制[10]。TCRA 术后子宫内膜需要较长时间修复,在修复期患者较容易出现宫腔再次粘连[11,12]。子宫内膜修复期与粘连范围及程度相关,如粘连范围 < 1 cm^2 且粘连程度较轻,内膜术后 1 个月内即可完全恢复生长。而对于广泛的纤维性或肌性粘连、中重度粘连患者,内膜恢复则需约 2 个月的时间[13]。因 TCRA 术后辅助治疗可促进子宫内膜生长及修复,预防再次粘连的发生。因此本研究 TCRA 术后延长放置球囊子宫支架 2 个月,同时配合 3 个周期的人工周期治疗,评估其治疗效果。

3.2 球囊子宫支架,即子宫梨形支架,其主要组成部分包括导管、充液膨胀式的等腰三角形液囊、充液接头和中间的连接装置。当球囊子宫支架放置宫腔后,通过充液接头(即尾管)向液囊中充满液体后,其可膨胀形成心形(或三角形),类似宫腔形态,以更好地贴合宫腔内壁,达到较理想的抗粘连效果。有研究[14]报道,相对于 Foley 球囊,类似宫腔形态的球囊子宫支架能减少对子宫壁的压迫,减少组织坏死。球囊子宫支架材质为硅树脂,不含乳胶,不会与内壁形成粘连,同时其以物理方式发挥作用,不含任

何药物,避免了药物治疗对体内激素平衡的影响,避免影响子宫基底层和内膜的修复增生。患者仅在放置时自觉下腹坠胀,无其他不适[15]。先在宫腔内放入宫腔用交联透明质酸钠凝胶(宫安康),即可以和创面紧密贴合,又可以起到保护内膜的作用,也可以促进内膜组织修复,从而减轻局部炎性反应,同时减少炎症细胞浸润,止血和防止再次粘连,效果良好。再放入球囊子宫支架,利用物理屏障阻隔宫腔内创面之间相互黏附,宫腔内炎性渗出液、宫腔内出血也可以充分引流出来,减少宫腔感染的机会,从而可以减少再次粘连的发生。

3.3 球囊子宫支架放置 1 周后放出球囊内液体,留置球囊支架至第 2 次月经干净后行二次宫腔镜检术同时取出球囊。本研究结果提示,观察组术后第 1 个月月经恢复情况与对照组比较差异无统计学意义,但第 2 个月、第 3 个月及第 6 个月的月经量较对照组有显著改善。宫腔粘连分离术后延长放置宫腔球囊支架,有利于巩固和维持宫腔粘连手术对宫腔重建的效果[16],促进部分内膜组织的修复及生长,预防短时间内再次粘连的发生。本研究结果发现术后 2 个月二次宫腔镜探查提示观察组宫腔塑形及宫腔粘连恢复情况均较对照组好,观察组术后 AFS 评分低于对照组,提示延长放置球囊支架在临床上可以明显改善月经情况及减少再次粘连的发生。这与国内相关报道[17]相似。对于延长放置球囊子宫支架,临床上主要担心术后并发症,如感染、出血、子宫穿孔、球囊嵌顿等。本研究发现并发症中最多的是子宫出血(8 例),其中 2 例因同时出现下腹痛、低热等感染症状,经过口服抗生素后腹痛及发热好转,同时予取出球囊支架,患者术后无其他不适,说明感染是可控制的。患者术后出现感染,可能主要与子宫出血有关,球囊子宫支架留置宫腔内,为子宫内异物,可刺激子宫收缩,刺激子宫内膜组织而出现不同程度的点滴状出血。由于血液为良好的细菌培养基质,反复出血可诱发不同程度的感染。有研究[17]报道,TCRA 术后宫腔内长时间放置球囊子宫支架出现的子宫出血与放置宫内节育器(intrauterine device, IUD)引起的子宫出血无统计学差异。球囊子宫支架是按宫腔形态制成的硅胶物,放置在宫腔内并充盈后能撑起整个子宫体,尤其是在最容易出现粘连的子宫边缘,支撑的同时还借助压力形成屏障和止血功能[18]。因此,TCRA 术后放置球囊子宫支架出现子宫出血,仍在可控制范围内,在出现子宫出血后给予适当口服止血药及术后辅助人工周期促进内膜生长及修复,可明显改善子宫出血情况;对于感染症状,给予适当的抗生素口服,同时取出球囊子宫支架后腹痛及发热症状明显好转,未造成严重感染。本研究中出现球囊嵌顿 2 例,子宫穿孔 0 例。球囊嵌顿可能与以下原因有关:(1)术中未充分扩张宫颈,在宫颈扩张不理想状态下强制放置宫腔球囊,导致球囊嵌顿至子宫肌层[19];(2)TCRA 手术时,分离粘连过深,导致子宫肌层菲薄,在放出球囊内液体后,球囊支架缩小压扁变薄,且是三角形状,随着子宫的收缩,可出现球囊支架往肌层嵌顿;(3)手术者技术不熟练,手术操作不够仔细及轻柔。因此,关于 TCRA,尤其对于重度粘连患者,建议在三甲医院由有一定资历的手术者实施,术前宜充分扩张宫颈,行 B 超监测或腹腔镜监视下手术,术后应及时随访复查,及时发现及时治疗,可减少术后并发症的发生。

综上所述,TCRA 术后延长放置球囊子宫支架有利于重塑宫腔形态,改善月经量,减少再次粘连的发生。对于术后的并发症,仍在可控制范围内,是相对安全的,术中谨慎操作及术后严密随访,部分并发症应可避免。对于延长放置球囊支架出现的其他远期并发症,如宫颈机能不全,因随访时间短,目前暂未发现,有待进一步的随访观察。

参考文献

1 谢 幸,孔北华,段 涛 主编. 妇产科学[M]. 第 9 版. 北京:人民卫生出版社,2018: 344.

2 余超秀. 宫腔镜诊治宫腔粘连 65 例临床疗效观察[J]. 重庆医学,2011,40(27):2754,2757.

3 王俏霞. 稽留流产患者清宫治疗时应用黄体酮联合补佳乐对术后粘连的预防效果[J]. 中国妇幼保健,2014,29(35):5865 - 5867.

4 中华医学会妇产科学分会. 宫腔粘连临床诊疗中国专家共识[J]. 中华妇产科杂志, 2015,50(12):881 - 887.

5 肖天慧,乐爱文,卓 蓉,等. 联合应用几丁糖、球囊支架在预防重度宫腔粘连术后再粘连的效果分析[J]. 重庆医科大学学报,2017,42(4):433 - 436.

6 徐婴花,汪期明,叶玲芳,等. 中重度宫腔粘连术后放置 COOK 球囊和宫内节育器的疗效分析[J]. 现代妇产科进展,2019,28(6):454 - 456,459.

7 The American Fertility Society. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, mullerian anomalies and intrauterine adhesions[J]. Fertit Steril,1988,49(6):944 - 955.

8 周琴琴,金群俏,胡小军. COOK 球囊联合医用几丁糖预防重度宫腔粘连术后再次宫腔粘连的临床分析[J]. 实用妇产科杂志,2017,33(9):716 - 718.

9 梁 岚,赵仁峰,封意兰. HEOS 宫腔镜手术治疗重度宫腔粘连效果观察[J]. 山东医药,2018,58(19):42 - 44.

10 戚亚琴,王素敏. 宫腔粘连发病机制的研究进展[J]. 医学综述,2016,22(5): 932 - 935.

11 Shan T, Zhang L, Zhao C, et al. Angiotensin-(1-7) and angiotensin Ⅱ induce the transdifferentiation of human endometrial epithelial cells in vitro[J]. Mol Med Rep, 2014, 9(6): 2180 – 2186.
12 Roy KK, Negi N, Subbaiah M, et al. Effectiveness of estrogen in the prevention of intrauterine adhesions after hysteroscopic septal resection: a prospective, randomized study[J]. J Obstet Gynaecol Res, 2014, 40(4): 1085 – 1088.
13 Hamou J, Salat-Baroux J, Siegler AM. Diagnosis and treatment of intrauterine adhesions by microhysteroscopy[J]. Fertil Steril, 1983, 39(3): 321 – 326.
14 Myers EM, Hurst BS. Comprehensive management of severe Asherman syndrome and amenorrhea[J]. Fertil Steril, 2012, 97(1): 160 – 164.
15 郭冬瑾. 重度宫腔粘连分离术后辅助 COOK 球囊子宫支架的疗效观察[J]. 吉林医学, 2015, 36(12): 2516 – 2517.
16 曹　杨, 邓　姗, 陈　蓉, 等. 延长放置宫腔球囊支架预防中重度宫腔粘连术后复粘的临床初探[J]. 生殖医学杂志, 2019, 28(1): 29 – 35.
17 郭碧辉, 廖洁慈, 吴立明, 等. 宫腔镜下宫腔粘连电切术后长时间放置 COOK 球囊支架预防再粘连的临床研究[J]. 中国妇幼保健, 2019, 34(5): 1182 – 1184.
18 孟环宇, 邝　彪, 杨　沫, 等. 宫腔粘连宫内防治装置的研究进展[J]. 现代妇产科进展, 2015, 24(12): 946 – 948.
19 项松英, 周爱妹, 陈志文. 宫腔粘连术后患者放置球囊子宫支架的效果观察[J]. 护理学报, 2015, 22(19): 51 – 53.

[收稿日期　2019 – 09 – 05][本文编辑　余　军　吕文娟]

课题研究 · 论著

继发性甲状旁腺功能亢进术后出血的原因及处理
——附 6 例临床分析

廖　丹,　张梦蝶,　郑厚普,　曾　琳,　夏可义,　傅汉锟,　王宇坤,　郭　璐,　曾鸿孟

基金项目: 广西科学研究与技术开发计划项目(编号:桂科攻 1598012 – 15)

作者单位: 530023　南宁, 广西中医药大学第一附属医院甲状腺乳腺外科
作者简介: 廖　丹(1964 –), 男, 大学本科, 医学学士, 副主任医师, 研究方向: 甲状腺乳腺疾病的诊疗。E-mail: gzyliaodan@126.com

[**摘要**]　**目的**　分析继发性甲状旁腺功能亢进(SHPT)术后出血的临床特征及处理预防措施。**方法**　该院 2014-08 ~ 2017-08 接受手术治疗 SHPT 患者 100 例, 对其中 6 例发生术后出血患者的临床资料进行回顾性分析。**结果**　6 例患者中 2 例为皮瓣出血, 2 例为颈前静脉出血, 2 例为颈前肌肉出血。6 例患者均给予相应的处理措施, 均未出现窒息等严重后果, 治愈后出院。**结论**　围手术期积极处理所有可能导致术后出血的原因, 在手术过程中仔细操作并在关闭切口前彻底的止血, 是避免术后出血的关键。

[**关键词**]　继发性甲状旁腺功能亢进;　术后出血;　处理
[**中图分类号**]　R 582.1　[**文献标识码**]　A　[**文章编号**]　1674 – 3806(2020)03 – 0266 – 03
doi: 10.3969/j.issn.1674 – 3806.2020.03.13

Causes and management of postoperative bleeding of secondary hyperparathyroidism: a report of 6 cases

LIAO Dan, ZHANG Meng-die, ZHENG Hou-pu, et al. Department of Thyroid and Breast Surgery, the First Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning 530023, *China*

[**Abstract**]　**Objective**　To explore the clinical characteristics and preventive measures of postoperative hemorrhage of secondary hyperparathyroidism(SHPT). **Methods**　One hundred SHPT patients were performed operation in our hospital from August 2014 to August 2017, among whom 6 cases had postoperative bleeding and their clinical data were retrospectively analyzed. **Results**　Of the 6 cases, 2 cases had skin flap bleeding, 2 cases had anterior cervical vein hemorrhage and 2 cases had anterior cervical muscle bleeding. The 6 cases were given corresponding treatment measures. No severe consequences such as asphyxia occurred and they were cured and discharged. **Conclusion**　Dealing with all the causes of perioperative bleeding and operating on the patients carefully during the operation and completing hemostasis before closing the incision are the key points to avoid bleeding after operation.

[**Key words**]　Secondary hyperparathyroidism(SHPT);　Postoperative bleeding;　Management