

92 例前置胎盘的高危因素及围生儿结局观察

何红芬,李 红,刘欣婕(云南省曲靖市第一人民医院妇产科 655000)

【摘要】 目的 探讨前置胎盘发生的高危因素及其对妊娠结局的不良影响。**方法** 回顾性分析 9 年间分娩的 92 例单胎前置胎盘病例(前置胎盘组)和 186 例单胎非前置胎盘对照产妇(对照组)的临床资料。**结果** 前置胎盘发生率为 0.93%(92/9 620)。前置胎盘组产妇年龄大于对照组(≥ 35 岁, $OR=8.75, P<0.01$),胎次(≥ 3 次, $OR=5.70, P<0.01$)产次(≥ 2 次, $OR=6.77, P<0.01$)、流产次数(≥ 3 次, $OR=7.03, P<0.01$)、前次剖宫产史($P<0.01$)均多于对照组。前置胎盘组新生儿早产发生率高于对照组(47.83%比 7.07%, $P<0.01$),早产儿 1 min Apgar 评分低于对照组[(7.04 $\pm$ 2.06)分比(9.09 $\pm$ 0.81)分, $P<0.01$],新生儿出生体质量低于对照组($P<0.01$);两组新生儿出生性别的差异无统计学意义。**结论** 高龄(≥ 35 岁)、多产(≥ 2 次)、多胎(≥ 3 次)、多次流产(≥ 3 次)及前次剖宫产史的孕妇前置胎盘发生率高,且易导致早产和新生儿窒息,是产前重点监护的对象。

【关键词】 前置胎盘; 高危因素; 围生儿结局
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.07.019 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)07-0805-03

Observation of high risk factors of placenta previa and neonatal outcome in 92 cases HE Hong-feng, LI Hong, LIU Xin-jie (Obstetrics and Gynecology Department, the First People's Hospital of Qujing, Qujing, Yunnan 655000, China)

【Abstract】 Objective To evaluate the high risk factors of placenta previa and the adverse effect of pregnancy outcome. **Methods** From March 2002 to April 2011, retrospective case-control study was carried out in included a total of 92 singlet pregnancies with placenta previa and 184 non-placenta previa singlet pregnancies as controls. **Results** The incidence of placenta previa was 0.93%. Factors significantly associated with development of placenta previa were advanced maternal age (≥ 35 years, $OR=8.75, P<0.01$), gravidity of 3 times and more ($OR=5.70, P<0.01$), more than one previous delivery ($OR=6.77, P<0.01$), abortions ($\geq 3, OR=7.03, P<0.01$), history of previous cesarean section ($P<0.01$). The main perinatal complication was preterm birth (47.83% vs 7.07%, $P<0.01$), and preterm infants of mothers with placenta previa were more likely to have lower first minute Apgar scores (7.04 $\pm$ 2.06 vs. 9.09 $\pm$ 0.81) ($P<0.01$). Infants of mothers with placenta previa had significantly lower birth weight than that of controls ($P<0.01$). No difference was found between the groups concerning about sex at birth. **Conclusion** The high risk factors of placenta previa are advanced maternal age, gravidity of 3 times or more, more than one previous delivery, abortions and history of previous cesarean section. The main problems in pregnancies with placenta previa are premature delivery and neonatal asphyxia. Careful antepartum monitoring of these high-risk pregnancies is of utmost importance.

【Key words】 placenta previa; high risk factors; neonatal outcome

前置胎盘是妊娠晚期阴道流血的主要原因之一,对母婴威胁大,是引起孕产妇死亡、围产儿死亡和致残的主要原因之一^[1-4]。前置胎盘常在产前出血,或 B 超检查、手术,或临床医护人员了解产程进展时(如肛查、人工破膜触发大出血时)发现。发病机制目前尚不完全清楚,现对本院 2002 年 3 月至 2011 年 4 月 92 例前置胎盘发生的高危因素及其对妊娠结局的不良影响进行回顾性分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2002 年 3 月至 2011 年 4 月在本院妇产科住院分娩的产妇 9 620 例,其中 92 例单胎前置胎盘产妇作为前置胎盘组。前置胎盘的诊断以终止妊娠前最后 1 次检查结果为准,包括 B 超测定胎盘距宫颈内口的位置。并经剖宫产手术及阴道分娩后胎盘检查所证实。从同期住院分娩产妇中选择 184 例单胎非前置胎盘产妇(前置胎盘产妇分娩前、后各 1 例产妇)作为对照组。

1.2 研究方法 采用回顾性分析方法,由专人收集有关资料,包括年龄、胎次、产次、流产次数,前次剖宫产史、胎方位、分娩

时的孕周、新生儿体质量、性别,新生儿 1 min Apgar 评分等。

1.3 统计学处理 应用 SAS6.0 统计软件行 χ^2 和 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 前置胎盘的发生率 前置胎盘的发生率为 0.93%(92/9 620 例)。

2.2 前置胎盘与年龄的关系 前置胎盘组产妇年龄为 21~40 岁,平均为(30.42 $\pm$ 3.18)岁;对照组产妇年龄为 20~39 岁,平均为(27.62 $\pm$ 3.25)岁;随着年龄的增长,前置胎盘的发生率明显上升,见表 1。

表 1 两组年龄分布情况[n(%)]

组别	年龄(岁)			
	<25	>25~29	>30~34	≥ 35
前置胎盘组	16(17.39)	23(25.00)	32(34.78)	21(22.83)
对照组	60(32.61)	81(44.02)	36(19.57)	7(3.80)
OR 值	1.00	1.29	5.18	8.75

注:两组比较, $\chi^2=28.69, P<0.01$ 。

2.3 前置胎盘与胎次、产次、流产次数、前次剖宫产史的关系 随着胎次、产次、流产次数的增多,前置胎盘的危险度逐步递增;前置胎盘组中前次剖宫产史和胎位异常比率明显高于对照组($P<0.01$)。见表 2。

2.4 前置胎盘与新生儿妊娠结局的关系 前置胎盘组的早产率明显高于对照组($P<0.01$)。前置胎盘组的早产儿的 1 min

Apgar 评分明显低于对照组($P<0.01$),但两组足月产儿的 1 min Apgar 评分的差异无统计学意义($P=0.58$)。前置胎盘组早产儿和足月产儿的出生体质量均明显低于对照组($P<0.01$)。两组新生儿出生性别的差异无统计学意义($P=0.64$),见表 3。

表 2 两组各种高危因素的比值[n(%)]

组别	胎次					产次			
	1	2	3	4	≥5	0	1	2	≥3
前置胎盘组	19(20.65)	26(28.26)	28(30.43)	12(13.04)	7(7.61)	57(61.45)	26(28.26)	6(6.52)	3(3.26)
对照组	105(57.07)	40(21.74)	27(14.67)	8(4.35)	4(2.17)	156(84.78)	25(13.59)	2(1.09)	1(0.54)
OR 值	1.00	3.60	30.15	7.95	11.13	1.00	16.75	6.77	8.26

续表 2 两组各种高危因素的比值[n(%)]

组别	流产次				前次剖宫产	胎位异常
	0	1	2	≥3		
前置胎盘组	31(70.33)	32(34.78)	19(20.65)	10(10.87)	9(9.78)	12(13.04)
对照组	120(65.22)	41(22.28)	17(9.24)	6(3.26)	2(1.09)	13(7.07)
OR 值	1.00	3.03	22.79	7.03	—	—

注:—表示无数据。两组胎次比较, $\chi^2=5.700,P<0.01$;产次比较, $\chi^2=2.880,P=0.001$;流产次比较, $\chi^2=4.480,P=0.001$;前次剖宫产比较, $\chi^2=8.160,P=0.004$;胎位异常比较, $\chi^2=4.070,P=0.010$ 。

表 3 两组新生儿妊娠结局的比较

组别	分娩孕周[n(%)]		1 min Apgar 评分($\bar{x}\pm s$,分)		出生体质量($\bar{x}\pm s$,g)		性别[n(%)]	
	<37 周	≥37 周	<37 周	≥37 周	<37 周	≥37 周	男	女
前置胎盘组	44(47.83)	48(52.17)	7.04±2.06	9.48±0.75	2130.43±503.97	3186.00±426.56	51(55.13)	41(44.87)
对照组	13(7.07)	171(92.93)	9.09±0.81	9.54±0.81	2616.6±291.67	3582.29±315.02	96(51.92)	88(48.08)
P 值	0.001		<0.01		<0.01		0.64	

3 讨 论

前置胎盘的发生,总结其原因有:分娩次数多,既往有剖宫产史、人工流产史、宫外孕史者,前置胎盘发生率随之升高^[1-4]。原因可能为多次孕产史致子宫内膜炎或子宫内膜受损,使子宫蜕膜血管缺陷,当受精卵着床时,血液供给不足,为摄取足够营养,胎盘伸展到子宫下段所致前置胎盘^[5]。国内易念华^[6]报道其发生率由 1981 年的 0.54% 上升到 2000 年的 1.13%。本研究中前置胎盘的发生率为 0.93%,在国内的报道范围之内,但较 1981 年的 0.54% 有了明显的上升,并高于国外报道,这与近年来人工流产和剖宫产率增加有关。

本组资料显示,与小于 25 岁组相比,30~34 岁孕妇的前置胎盘 OR 值增加 5 倍,特别是 35 岁以后增加 9 倍。本研究还发现,年龄小于 25 岁时,前置胎盘的发生率最低。从生理学方面来说,随着妇女年龄的增加,越来越多的胶原蛋白替代了子宫肌层动脉壁的肌肉成分,这些血管壁损害可限制动脉管腔的扩张,继而影响胎盘的血液循环,这些情况被推测有可能在高龄孕妇前置胎盘的发生过程有重要作用^[7]。

既往有自然流产史,人工流产史及中期妊娠引产史者,无论应用刮匙清宫或吸宫术等宫腔操作均可损伤子宫内膜,导致内膜瘢痕的形成,在受孕时蜕膜发育不良,使孕卵种植下移,或因子宫内膜血供不足,为获得更多的血供而致胎盘面积增大,

从而导致前置胎盘的发生。本研究也发现,随着胎次或流产次数增加到 3 次以上及产次增加到 2 次以上,前置胎盘相对危险度增加,与 Abu-Heija 等^[8]的报道一致。

既往剖宫产史与前置胎盘的发生呈显著正相关,且随着既往剖宫产次数的增加,其发生的危险性也增加^[9]。对于既往剖宫产导致前置胎盘发生危险性增加的机制尚不清楚,有学者认为前次古典式或下段直切口剖宫产,宫体或下段有纵向瘢痕形成,再次妊娠时局部蜕膜血供差,易导致前置胎盘的发生;也有学者提出子宫下段的瘢痕可能以某种方式吸引胎盘种植或胎盘黏附于子宫下段,从而导致前置胎盘的发生率增加;而另外也有学者认为带着瘢痕的子宫下段在孕足月时特异性地对伸张不利,而致原来较低位置的胎盘不易向上迁移,造成前置胎盘的发生。本调查显示,前置胎盘组 9 例(9.78%)有剖宫产史,对照组为 2 例(1.09%),两组差异有统计学意义($P<0.01$)。本组资料中,前置胎盘合并胎位异常者较常见,往往由胎盘附着于子宫下段影响胎头衔接所致,13.04% 多为臀位或横位,明显高于对照组的 7.07% ($P<0.05$)。

产科及围生儿的监护技术发展迅速,胎儿孕龄得到延长,围生儿病死率明显降低。尽管如此,早产仍是主要问题之一。不足 36 周者,用硫酸镁、盐酸利托君等抑制宫缩,地塞米松促胎肺成熟等期待疗法,除部分患者出血量较多不能控制外,多

能起到较好的止血、安胎效果,尽量延长孕周,对产妇及新生儿预后有较大益处。田洪兰等^[10]观察应用硫酸镁治疗前置胎盘患者 230 例,成功率 98.7%,对母胎无不良反应,疗效显著。本组中,47.83% 的前置胎盘孕妇发生早产,且早产儿 1 min Apgar 评分明显低于对照组($P<0.01$);足月儿 1 min Apgar 评分与对照组的差异无统计学意义。前置胎盘孕妇新生儿的出生体质量明显低于对照组($P<0.01$),可能由于前置胎盘孕妇易引起急性失血,致母体血氧含量不足;气体交换障碍,胎盘从子宫壁剥离,使绒毛和胎盘血窦之间接触面积减少;胎盘广泛梗死,羊膜绒毛膜炎,胎盘血管床大量纤维蛋白沉积,均影响母儿交换,致胎儿生长发育迟缓。本研究中前置胎盘组男性新生儿的出生比例略高,但与女性新生儿的差异无统计学意义($P>0.05$)。

总之,了解前置胎盘的危险因素及其对胎儿的影响后,可以根据产科危险因素对高危人群进行筛查,早期发现,以便早期预防,及早处理,对临床具有指导意义。特别是年龄大于或等于 35 岁,3 胎以上妊娠,前次剖宫产史的孕妇,一旦妊娠,就应该加强产前检查和监护,并在中期妊娠时仔细地进行超声检查,减少围生期的不良结局^[11]。另外,提倡尽早产检,及早发现前置胎盘等妊娠并发症,增加母婴安全是一项极重要的措施。

参考文献

- [1] 邹梅芳. 前置胎盘 67 例的临床探讨[J]. 现代妇产科进展, 2011, 20(3): 246-247.
- [2] 金川. 回顾性分析干预性早产对母婴预后的影响[J]. 安

徽医药, 2011, 15(4): 475-476.

- [3] 袁鹤, 王琰琳, 陈媛媛. 前置胎盘阴道流血与母婴预后的关系[J]. 中国临床医学, 2010, 17(6): 861-862.
- [4] 于冰, 黄惠英. 前置胎盘类型及产前出血与妊娠结局的分析[J]. 实用临床医药杂志, 2011, 15(3): 109-111.
- [5] 乐杰. 妇产科学[M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 135.
- [6] 易念华. 1981~2000 年前置胎盘发生率变化[J]. 中国生育健康杂志, 2004, 15(3): 270-280.
- [7] 李荷莲, 何津. 前置胎盘与早期剥离的病因学研究[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2001, 16(2): 81-83.
- [8] Abu-Heija AT, El-Jallad F, Ziadeh S. Placenta previa: effect of age, gravidity, parity and previous caesarean section[J]. Gynecol Obstet Invest, 1999, 47(1): 6-8.
- [9] Hendricks MS, Chow YH, Bhagavath B, et al. Previous cesarean section and abortion as risk factors for developing placenta previa[J]. J Obstet Gynaecol Res, 1999, 25(2): 137-142.
- [10] 田洪兰, 李全德. 硫酸镁治疗前置胎盘疗效观察[J]. 潍坊医学院学报, 2002, 24(1): 56-57.
- [11] 陈洪. 24 例前置胎盘的临床分析[J]. 医学信息: 上旬刊, 2012, 25(8): 500-501.

(收稿日期: 2012-09-20 修回日期: 2012-12-18)

(上接第 804 页)
一种机制未明的多因素疾病,重在预防,应正确地评估患者情况,选择个体化的治疗方案,避免严重并发症的产生。

参考文献

- [1] Budev MM, Arrogia AC, Falcone T. Ovarian hyperstimulation syndrome[J]. Crit Care Med, 2005, 33(10suppl): S301-S306.
- [2] 杨洁, 王雪燕, 陈敦金, 等. 卵巢过度刺激综合征 245 例临床分析[J]. 实用医学杂志, 2008, 24(14): 2475-2477.
- [3] 范光升. 卵巢过度刺激综合征(OHSS)[J]. 中国计划生育杂志, 2007, 142(8): 505-506.
- [4] Golan A, Ronel R, Herman A, et al. Ovarian hyperstimulation syndrome: an update review[J]. Obstet Gynecol Surv, 1989, 44(6): 430-440.
- [5] Delvigne A, Rozenberg S. Review of clinical course and treatment of ovarian hyperstimulation syndrome(OHSS)[J]. Hum Reprod Update, 2003, 9(1): 77-96.
- [6] 田贵岚, 李雪洁, 佟晓. 卵巢过度刺激综合征的临床分析与探讨[J]. 中外医学研究, 2010, 8(2): 61-63.
- [7] 陆英华, 何成章, 吕蓓, 等. 卵巢过度刺激综合征相关因素探讨[J]. 南京医科大学学报: 自然科学版, 2004, 24(3): 271-274.
- [8] 黄家佳, 杨健之. 卵巢过度刺激综合征危险因素及发病机制的研究进展[J]. 生殖与避孕, 2011, 31(4): 283-287.
- [9] Swanton A, Storey L, Mcveigh E, et al. IVF outcome in

women with PCOS, PCO and normal ovarian morphology[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2010, 149(1): 68-71.

- [10] Kim YJ, Ku SY, Jee BC, et al. A comparative study on the outcomes of in vitro fertilization between women with polycystic ovary syndrome and those with sonographic polycystic ovary-only in GnRH antagonist cycles[J]. Arch Gynecol Obstet, 2010, 282(2): 199-205.
- [11] Shapiro BS, Daneshmand ST, Garner FC, et al. Effects of the ovulatory serum concentration of human chorionic gonadotropin on the incidence of ovarian hyperstimulation syndrome and success rates for in vitro fertilization[J]. Fertil Steril, 2005, 84(1): 93-98.
- [12] 许诺丽, 丘映, 滕联秧, 等. 发生中重度卵巢过度刺激综合征危险因素预测的相关分析[J]. 中国优生与遗传杂志, 2010, 18(3): 141-144.
- [13] 于丛一, 周灿权, 庄广伦. 卵巢过度刺激综合征发生危险因素的 Logistic 回归分析[J]. 中华妇产科杂志, 2002, 37(8): 491.
- [14] Lee KH, Kim SH, Jee BC, et al. Comparison of clinical characteristics between early and late patterns in hospitalized patients with ovarian hyperstimulation syndrome[J]. Fertil Steril, 2010, 93(7): 2274-2280.
- [15] 孙梅, 陈子江. 卵巢过度刺激综合征[J]. 实用妇产科杂志, 2008, 24(8): 462-464.

(收稿日期: 2012-09-26 修回日期: 2012-12-23)