

胎盘早剥并发子宫胎盘卒中的产前诊断研究^{*}

祖丽菲娅·阿布力克木,米热阿依·尕依提(新疆维吾尔自治区人民医院产科,乌鲁木齐 830001)

【摘要】 目的 探讨胎盘早剥并发子宫胎盘卒中产妇的发病危险因素、临床特征、母婴结局及其与产前诊断的关系。**方法** 选取 2012 年 7 月至 2014 年 7 月 73 例经手术证实的胎盘早剥产妇为研究对象,将其分为观察组(32 例)和对照组(41 例),观察组产妇并发子宫胎盘卒中,对照组产妇未并发子宫胎盘卒中,采用回顾性分析方法探讨观察组子宫胎盘卒中产妇的发病危险因素、临床特征、母婴结局及与产前诊断的关系,并与对照组产妇进行比较。**结果** 观察组产妇发生在子痫前期发病率为 75%(24/32)高于对照组 21.95%(9/41),差异有统计学意义($P<0.05$);两组产妇在在宫体压痛、弥散性血管内凝血、休克、子宫张力增高及胎死宫内发生率比较,差异有统计学意义($P<0.05$);两组产妇产前 B 超检查提示胎盘早剥检出率分别为 78.13%(25/32)和 46.34%(16/41),差异有统计学意义($P<0.05$);两组产妇胎盘位置及胎盘剥离面积比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 重视产前检查和诊断,及早诊断胎盘早剥并发子宫胎盘卒中,并采取积极措施干预,以改善其预后。

【关键词】 胎盘早剥; 子宫胎盘卒中; 临床调查; 产前诊断

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.10.035 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)10-1420-02

胎盘早剥是指胎儿娩出前胎盘全部或部分从子宫壁剥离,其发病急,进展快,胎儿病死率较高,预后较差,严重威胁母婴安全^[1]。发生胎盘早剥的机制目前尚不完全明确,可能与机械压力、孕妇血管病变、孕妇宫腔内压力急剧下降和子宫静脉压的突然升高等因素有关^[2]。子宫底蜕膜出血,产生血肿,胎盘从附着处分离是胎盘早剥的主要病理变化^[3]。子宫胎盘卒中是胎盘早剥发生后,血液浸润子宫肌层产生肌纤维分离、断裂和变性。本研究对胎盘早剥并发子宫胎盘卒中产妇的发病危险因素、临床特征、母婴结局及其与产前诊断的关系进行观察研究,总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 7 月至 2014 年 7 月本院 73 例经手术证实的胎盘早剥产妇为研究对象,年龄 23~40 岁,平均(29.2±5.5)岁,孕周 35~41 周,平均(38.4±1.1)周。根据是否并发子宫胎盘卒中,分为观察组和对照组,观察组产妇 32 例并发子宫胎盘卒中,23~30 岁 20 例,31~40 岁 12 例;孕产次小于或等于 1 次 21 例,大于 1 次 11 例;孕周小于 37 周 25 例,大于或等于 37 周 7 例;早产 17 例,外伤诱发胎盘早剥 9 例,胎膜早破 1 例,子痫前期 24 例,脐带因素 6 例。对照组产妇 41 例未并发子宫胎盘卒中,23~30 岁 26 例,31~40 岁 15 例;孕产次小于或等于 1 次 28 例,大于 1 次 13 例;孕周小于 37 周 30 例,大于或等于 37 周 11 例;早产 24 例,外伤诱发胎盘早剥 13 例,胎膜早破 2 例,羊水过多 2 例,子痫前期 9 例,脐带因素 5 例。两组在年龄、孕产次、孕周、早产及发诱因素等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组产妇产子痫前期发病

率为 75%(24/32)高于对照组的 21.95%(9/41),差异有统计学意义($P<0.05$)。

1.2 胎盘早剥分型标准 胎盘早剥根据病情程度分为 3 度,Ⅰ度:产妇腹痛轻微或无腹痛发生,胎盘剥离面积较小,贫血表现不明显;Ⅱ度:产妇发生持续性腰酸、腹痛或腰背痛,胎盘剥离面占胎盘面积约 1/3,阴道无流血或者阴道出血量不多;Ⅲ度:产妇表现为面色苍白、恶心、呕吐、脉搏细数、四肢湿润或冷、血压下降等休克症状,胎盘剥离面占胎盘面积超过 1/3^[4]。

1.3 方法及评价指标 据病情进行治疗,对产前出现休克症状的产妇积极输注新鲜血液制品、补充血容量等抗休克治疗,并适量增加凝血因子;对生产过程中出现子宫胎盘卒中的产妇,应及时取出胎儿,并用热盐水纱布覆盖和按摩子宫,再用宫缩剂促进子宫收缩;重度卒中宫缩乏力出血者若保守治疗无效,则采取子宫次全切除术^[5]。分析探讨观察组子宫胎盘卒中产妇的发病因素、临床特征、母婴结局及与产前诊断的关系,并与对照组产妇进行比较。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计学软件对数据进行处理,计数资料采用百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇临床特征与母婴结局比较 两组产妇在阴道出血、腹痛、恶心、宫腔积血、血性羊水发生率和新生儿窒息率比较,差异无统计学意义($P>0.05$);在宫体压痛、弥散性血管内凝血、休克、子宫张力增高及胎死宫内发生率比较,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组产妇临床特征与母婴结局比较[n(%)]

组别	阴道出血	腹痛	宫体压痛	恶心	子宫张力增高	血性羊水	宫腔积血	休克	弥散性血管内凝血	胎死宫内	新生儿窒息
观察组	20(62.50)	24(75.00)	22(68.75) ^a	26(81.25)	16(50.00) ^a	20(48.78)	12(37.50)	25(78.13) ^a	27(84.38) ^a	7(21.88) ^a	6(18.75)
对照组	31(75.61)	37(90.24)	14(34.15)	36(87.80)	5(12.20)	21(51.21)	17(41.46)	16(39.02)	0(0.00)	1(2.44)	7(17.07)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

^{*} 基金项目:新疆维吾尔自治区自然科学基金(2012211A084)。

2.2 两组产妇产前检查与胎盘位置及剥离面积比较 两组产妇产前 B 超检查提示胎盘早剥检出率分别为 78.13%(25/32)和 46.34%(16/41),观察组检出率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组产妇胎盘位置及胎盘剥离面积比较,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组产妇产前检查与胎盘位置及剥离面积比较[n(%)]

组别	n	胎盘剥离面积			胎盘附着部位	
		I度	II度	III度	子宫前后壁	子宫底/宫角
观察组	32	1(3.13) ^a	8(25.00) ^a	18(56.25) ^a	11(34.38) ^a	21(65.63) ^a
对照组	41	24(58.54)	12(29.27)	3(7.32)	27(65.85)	14(34.15)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3 讨 论

胎盘早剥多发生在正常妊娠 20 周以后或分娩期,属于妇产科的危急重症,其发生率为 4.6%~21.0%^[4]。胎盘早剥在妊娠期高血压疾病孕妇多见,多发隐性出血,且伴有弥散性血管内凝血和失血性休克,胎盘剥离面积大于 1/3 时,多应考虑本病^[6-7]。

本研究结果发现,观察组产前 B 超胎盘早剥检出率分别为 78.13%,明显高于对照组的 46.34%,差异有统计学意义($P<0.05$),提示产前检查对胎盘早剥诊断和发现意义重大,与范开蓉等^[7]的报道相符。杨玲玲^[8]认为妊娠期高血压是发生胎盘早剥的高危因素,宫体压痛、弥散性血管内凝血、休克、子宫张力增高是其特征表现。观察组产妇产前发病率为 75%(24/32)高于对照组的 21.95%(9/41),差异有统计学意义($P<0.05$),与杨玲玲^[8]研究结论相符。两组产妇在宫体压痛、弥散性血管内凝血、休克、子宫张力增高及胎死宫内发生率比较,差异有统计学意义($P<0.05$);这为确诊和发现胎盘早剥并发子宫卒中的临床特征提供了参考。比较两组产妇胎盘位置及胎盘剥离面积,差异亦有统计学意义($P<0.05$),观察组在子宫前后壁、子宫底/宫角的发生率明显高于对照组,说明该部位是胎盘早剥并发子宫卒中的好发部位,这与宋莉莉等^[9]的研究结果一致。由于胎儿尚未娩出,胎盘早剥发生后胎盘剥离面积有继续扩大和出血持续加重的可能性,可由轻度向重度胎盘早剥发展,应重视产前检查和诊断,对胎盘早剥产妇尽早

诊断并及时处理^[10-11]。临床中应根据产妇的出血量、病情严重程度、孕周及并发症、胎儿状况及产程进展多方面因素而采取相应的处理措施。

综上所述,重视产前检查和诊断,尽早诊断胎盘早剥并发子宫胎盘卒中,并采取积极措施干预,以改善其预后。

参考文献

[1] 杨雪芳,阮秀兰,陈皆锋,等. 胎盘早剥有无并发子宫胎盘卒中的临床观察[J]. 浙江实用医学,2010,15(4):291-292.

[2] 张雪梅. 胎盘早剥的诊断及处理[J]. 中外医学研究,2011,9(17):125-126.

[3] 周文红. 46 例胎盘早剥产妇的妊娠结局分析[J]. 现代预防医学,2011,38(9):1628-1629.

[4] 卢明霞. 胎盘早剥并发子宫胎盘卒中 12 例临床分析[J]. 中国妇幼保健,2012,27(36):5895-5897.

[5] 廖念权,周利平,李小清. 胎盘早剥的预防与护理[J]. 医学临床研究,2010,27(1):185-186.

[6] 温慧芬,徐晓红,孟红. 61 例胎盘早剥的高危因素及临床分析[J]. 中国医学工程,2010,18(3):149-150.

[7] 范开蓉,饶世萍,吴侃侃. 胎盘早剥并发子宫胎盘卒中临床结局分析[J]. 中国妇幼保健,2013,28(21):3430-3432.

[8] 杨玲玲. 妊娠晚期胎盘早剥 38 例临床分析与产前检查的关系[J]. 现代医药卫生,2011,27(2):192-194.

[9] 宋莉莉,刘世凯. 胎盘早剥并发子宫胎盘卒中的诊断与治疗[J]. 河北医药,2014,11(6):856-858.

[10] 王雅楠,杨孜. 影响胎盘早剥临床结局的相关因素及防范策略[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2010,26(2):114-118.

[11] Elsasser DA, Ananth CV, Prassad V, et al. Diagnosis of placental abruption:relationship between clinical and histopathological findings[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol,2010,148(2):125-130.

(收稿日期:2014-11-10 修回日期:2015-01-20)

(上接第 1419 页)

characteristics of poisoning:a prospective hospital-based study in Oman[J]. J Toxicol ChinToxicol,2001,4(10):371-380.

[8] 韩明,钟立新,梁丽燕. 1380 例急性中毒的临床分析[J]. 岭南急诊医学杂志,2006,11(1):57-58.

[9] 宋维,吕诗荣,丁庆生. 1010 例急性中毒流行病学研究[J]. 中国热带医学,2002,2(4):536-537.

[10] 弓荣泉,崔彦芬. 急性中毒 536 例流行病学调查及分析[J]. 河北医药,2008,30(2):234-235.

[11] 王栋梅,孙萍. 长托宁与阿托品合用治疗急性重症有机磷农药中毒的护理体会[J]. 鄯阳医学院学报,2009,28(1):93-94.

[12] 张宁湘. 长托宁治疗急性有机磷农药中毒 70 例临床疗效观察[J]. 中国社区医师:综合版,2007(12):56.

[13] 余凌云. 长托宁与阿托品联合治疗急性有机磷中毒 31 例临床观察[J]. 中华中西医杂志,2006,4(7):73-75.

[14] 王莉萍. 2009-2011 年合肥市蜀山区农药中毒流行病学分析[J]. 职业与健康,2013,29(6):738-739.

[15] 邓玮淳,林潮鑫,蔡振练. 2005-2010 年某蓄电池厂铅接触职业危害的情况[J]. 职业与健康,2013,29(3):304-306.

[16] 林志萍,莫浩联,牛姬飞,等. 2006-2010 年深圳市职业病报告情况分析[J]. 职业与健康,2013,29(2):165-167.

[17] 杜文贤. 急性一氧化碳中毒后迟发性脑病的临床影响因素探讨[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2013,11(4):448-449.

[18] 朱保锋,陈建荣. 急诊农药中毒 87 例流行病学调查分析[J]. 海南医学,2012,23(14):134-136.

(收稿日期:2014-11-05 修回日期:2015-01-15)