

凶险性前置胎盘 129 例临床分析

米热阿依·朶依提,焦永慧(新疆维吾尔自治区人民医院产科,乌鲁木齐 830001)

【摘要】 目的 分析凶险性前置胎盘的临床特点及对母婴的危害性,进一步提高对凶险性前置胎盘的认识。**方法** 对 2012 年 1 月至 2014 年 6 月新疆维吾尔自治区人民医院收治的 129 例凶险性前置胎盘中的中央型组与非中央型组孕产妇相关因素及妊娠结局进行回顾性分析。**结果** 凶险性前置胎盘中央型与非中央型距前次妊娠间隔及发生产前出血时间差异有统计学意义($P<0.05$),流产次数、剖宫产次数、术中出血量、弥散性血管内凝血(DIC)发生率、胎盘植入率及子宫切除率比较差异有统计学意义($P<0.05$),两组孕妇年龄及新生儿结局差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 凶险性前置胎盘中央型出血量明显高,易发生胎盘植入,发生 DIC 危及母婴生命安全。在临床实践中,应当严格掌握剖宫产手术相关指征,尽量降低剖宫产率,并做好计划生育,以降低人工流产率,能够有效预防凶险性前置胎盘发生。

【关键词】 凶险性前置胎盘; 中央型与非中央型前置胎盘; 产后出血; 子宫切除
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.23.023 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)23-3507-03

Clinical analysis of 129 cases of pernicious placenta previa Mireayi Gayiti, JIAO Yong-hui (Department of Obstetrics, Xinjiang Uygur Autonomous Region People's Hospital, Urumqi, Xinjiang 830001, China)

【Abstract】 Objective To analyze the clinical characteristics of pernicious placenta previa and its harm to mothers and infants, so as to deepen understanding of it. **Methods** To retrospectively analyze pregnant women-related factors and pregnancy outcomes of 129 cases of pernicious placenta previa between central type of placenta previa group and non-central type of placenta previa group from January 2012 to June 2014. **Results** Compared with the non-central type of placenta previa group, the time from last pregnancy was statistically shorter and the time for the first vaginal bleeding during this pregnancy was statistically sooner in the central type of placenta previa group ($P<0.05$), while times of abortion, times of cesarean section, bleeding volume during the operation, incidence of DIC, rate of placenta increta and rate of hysterectomy in the two groups were respectively statistically different ($P<0.05$). And ages of pregnant women and infant outcomes in the two groups were statistically same ($P>0.05$). **Conclusion** Central type of pernicious placenta previa has significantly more bleeding volume and is more liable to acquire placenta increta and DIC with much harm to mothers and infants. So, diagnosis and operation-related preparation before the operation, cooperation between different departments, operation technique and control bleeding during the operation are vital to the effective treatment. In addition, strictly mastering indications of cesarean section, reducing rate of cesarean section, doing well birth control and decreasing times of abortion can effectively prevent occurrence of pernicious placenta previa.

【Key words】 pernicious placenta previa; central type of placenta previa; non-central type of placenta previa; postpartum hemorrhage; hysterectomy

前置胎盘是产科的常见危重急症,是妊娠晚期出血的一个重要原因,其中凶险性前置胎盘病情最为严重。近年来,在多种因素作用下,我国剖宫产率呈现出不断上升趋势,而凶险性前置胎盘的发生率也随之上升^[1]。与非中央型前置胎盘相比,中央型凶险性前置胎盘中胎盘植入及产后严重出血的发生风险明显增高,从而更容易导致子宫切除事件发生^[2]。本研究通过总结新疆维吾尔自治区人民医院 2012 年 1 月至 2014 年 6 月 129 例凶险性前置胎盘患者的临床特点,分析比较中央型与非中央型凶险性前置胎盘患者的妊娠结局,以期临床上提高对该疾病的认识及处理能力提供理论参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年 1 月至 2014 年 6 月新疆维吾尔自治区人民医院共 6 616 例产妇分娩,其中前置胎盘 576 例(8.71%),576 例前置胎盘中凶险性前置胎盘 129 例

(1.95%)。凶险性前置胎盘分为两组,即中央型 58 例(44.96%)和非中央型 71 例(55.04%)。其中非中央型又分为部分型 12 例,边缘型 59 例。

1.2 诊断标准 前置胎盘:妊娠 28 周后,胎盘附着于子宫下段,其下缘达到或者已经覆盖子宫颈的内口,胎盘位置低于胎儿先露部^[3]。凶险性前置胎盘是指剖宫产史孕妇此次妊娠出现胎盘附着在子宫手术瘢痕部位的前置胎盘,最早由 Chatto-padhwai 等^[4]学者提出,根据胎盘绒毛侵入子宫肌层的程度分为粘连性胎盘、植入性胎盘及穿透性胎盘 3 种类型。根据胎盘组织覆盖子宫颈内口程度分为中央型(完全覆盖)、部分型(部分覆盖)及边缘型(未覆盖子宫颈内口)3 种类型。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件分析相关数据,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以 n (%)表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计

学意义。

2 结 果

2.1 两组一般情况比较 见表 1。两组研究对象年龄差异无统计学意义($P>0.05$);首次阴道出血时间凶险性前置胎盘中央型明显早于非中央型,差异有统计学意义($P<0.05$);距前次妊娠时间凶险性前置胎盘中央型明显短于非中央型,差异有统计学意义($P<0.05$);流产次数及剖宫产次数凶险性前置胎盘中央型明显多于非中央型,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 两组妊娠结局比较 见表 2。凶险性前置胎盘中央型胎盘植入 22 例,其中胎盘粘连 6 例,植入 8 例,8 例穿透性胎盘患者,术中见子宫下段菲薄,表面血供丰富,可见血管怒张,其中 4 例穿透膀胱。凶险性前置胎盘中央型切除子宫 13 例,其中 2 例患者孕期末定期产前检查,分别孕 30 周及 35 周时突发出血而入院,入院时出血量超过 2 000 mL,胎死宫内,失血性休克,弥散性血管内凝血(DIC)而行急诊子宫切除术。3 例穿

透性胎盘患者,术中胎盘人工剥离后,短时间出血量超过 3 000 mL,血压急剧下降,术中出现失血性休克,立即行子宫切除术。其余 8 例患者术中生命体征平稳,均先采用保守性手术,保守治疗无效后,行子宫切除,子宫切除率为 22.41%。凶险性前置胎盘非中央型胎盘植入 7 例,其中 4 例粘连,2 例植入,1 例为穿透性胎盘,子宫切除 2 例,子宫切除率 2.82%。凶险性前置胎盘中央型胎盘植入率明显高于非中央型,差异有统计学意义($P<0.05$)。凶险性前置胎盘中央型术中出血($1\,630.12\pm1\,713.81$) mL,明显高于凶险性前置胎盘非中央型的(721.62 ± 568.31) mL,两组差异有统计学意义($P<0.05$)。DIC 发生率及子宫切除率两组比较,中央型明显高于非中央型,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患者分娩的新生儿结局相比,凶险性前置胎盘中央型早产儿发生率及新生儿窒息率相对高,但两组差异无统计学意义($P>0.05$),新生儿病死率差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 两组一般情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	年龄(岁)	流产次数(次)	剖宫产次数(次)	距前次妊娠时间(min)	阴道首次流血时间(周)
凶险性前置胎盘中央型	58	32.3±7.6	3.40±1.07	3.12±1.3	29.12±16.61	30.18±5.12
凶险性前置胎盘非中央型	71	33.6±6.7	2.16±1.62	2.05±1.7	34.33±18.19	33.09±2.90

表 2 两组妊娠结局比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	产前出血	DIC	胎盘植入	子宫切除	新生儿窒息	新生儿死亡	早产儿
凶险性前置胎盘中央型	58	28(48.28)	11(18.97)	22(37.93)	13(22.41)	9(15.52)	2(3.45)	34(58.62)
凶险性前置胎盘非中央型	71	32(45.07)	2(2.82)	7(9.86)	2(2.82)	2(2.82)	1(1.41)	34(47.89)
<i>P</i>		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05

3 讨 论

3.1 凶险性前置胎盘的诊断 目前,临床上主要通过腹部 B 超、MRI 等辅助检查进行前置胎盘的产前诊断。相关研究显示,三维能量多普勒诊断前置胎盘的阳性检测率可以达到 76%^[5]。但是,有国外文献报道,与经腹部超声检查相比,经阴道超声检查具有更高的敏感性、特异性、阳性预测值及阴性预测值,而且即使在阴道流血状态下,经阴道检查也是安全可行的^[6]。本研究 129 例患者中,所有患者结合相关病史及术前彩超检查均诊断为凶险性前置胎盘,经过手术均得到证实,其诊断准确率达到 100%。目前,超声检查是临床上辅助诊断凶险性前置胎盘的常用辅助检查手段。一般情况下,超声检查能够准确判断胎盘的具体位置及前置胎盘类型,但凶险性前置胎盘病情危重,常伴随胎盘植入等严重并发症。因此,该疾病的产前诊断重点为前置胎盘伴胎盘植入的产前预测及诊断。

大多数文献报道彩超辅助检查诊断胎盘植入具有较高的的特异度及敏感度,二者均可超过 85%,但是该检查存在一定局限性,当患者为体型肥胖者,或者胎盘附着于子宫底部或子宫后壁时,容易出现假阴性而漏诊,而且对胎盘植入肌层的深度显示不清,不能明确判断。当出现上述情况时,MRI 检查是较为理想的选择。MRI 检查具有极高的组织分辨率,且对血流非常敏感,可以清楚观察到胎盘的具体情况。另外,MRI 检查在显示子宫与胎盘关系方面具有明显优势。因此,对疑诊为凶险性前置胎盘的患者,建议在手术前进行 MRI 检查,以确定手术方式,并作出较为准确的预后判断。MRI 检查费用高,需要专门的检查仪器,临床难以普及和重复检查,推广局限,因此

在本院行 MRI 检查病例数较少,有待进一步研究。

3.2 凶险性前置胎盘的病因 前置胎盘的病因与人工流产清宫史、盆腔炎史、分娩次数及剖宫产史有关。Chattopadhyay 等^[4]报道多次剖宫产后再次妊娠出现前置胎盘伴胎盘植入者较多,其中 2 次以上剖宫产后其发生率高达 59.2%。随后国内外学者的多项研究均报道了前置胎盘或不伴胎盘植入发生率随剖宫产率增加而逐渐增加的趋势。有研究显示,剖宫产手术会损伤子宫内层及肌层,当再次受孕时则不能形成正常的子宫蜕膜血管,导致胎盘血液灌注不足,从而刺激胎盘面积不断增大,并逐渐延伸至子宫下段^[7-9]。另外,剖宫产手术遗留的子宫下段切口瘢痕将影响胎盘在妊娠晚期向上迁移过程,从而增加前置胎盘的发生风险。相关数据显示,我国妇女正常妊娠后前置胎盘发生率为 0.25%,而剖宫产后前置胎盘发生率增加至 1.22%,瘢痕子宫再次妊娠后前置胎盘发生率甚至达到无瘢痕子宫发生率的 5 倍,凶险性前置胎盘发生率为 0.05%~3.92%。本研究孕妇中凶险性前置胎盘发生率为 1.95%,与上述相关研究报道相似。胎盘植入率方面,凶险性前置胎盘中央型胎盘植入率(37.93%)显著高于非中央型(9.86%),这主要与中央型前置胎盘常附着于子宫下段薄弱处有关,植入到原剖宫产切口瘢痕位置的风险更高。

3.3 凶险性前置胎盘的治疗 当产妇出现凶险性前置胎盘时,容易导致严重的产前、产时和产后出血。如果合并胎盘植入,则病情更凶险,产妇可能在短时间内大量失血而出现休克状态,严重威胁产妇生命健康,其中央型前置胎盘植入率高于非中央型,病情更严重,必须重视。因此,及时识别胎盘部位及

胎盘植入情况,在产前明确判断胎盘位置及其与子宫瘢痕位置的关系对该疾病的治疗具有重要意义。另外,在手术前应 与患者及家属进行详尽的术前谈话,充分告知疾病情况,并签好相关知情同意书,一旦发生大出血时,能够争分夺秒实施子宫切除抢救生命。术前,充分准备血制品和缩宫剂,让操作经验丰富的产科医生实施手术。术前与麻醉科联系,并联系新生儿科医生。术中术后密切观察患者病情变化,动态观察尿量、血红蛋白、血小板、凝血功能、肝肾功能及电解质等常规检查,根据结果及时补充血容量及凝血因子,避免稀释性凝血功能紊乱发生。必要情况下送至重症监护室进行密切监护。在手术过程中,正确辨认解剖结构,避开已经怒张的血管,通常选择胎盘较薄处进宫腔。国内学者刘正平等^[10]认为,对于中央型前置胎盘,手术中采用阿氏切口能够明显减少前置胎盘手术过程中的出血,而且在术前应当有目的地设计好切口,使其在术中操作时不会伤及胎盘和脐带,避免胎儿娩出前的异常出血导致胎儿失血,保证胎儿安全娩出,而且采用此手术切口手术不会延长手术时间,术后恢复良好。

另外,避免盲目剥离胎盘,在胎儿娩出后,不要急于娩出胎盘,应当仔细探查宫腔及子宫下段具体情况,明确胎盘植入情况,如果存在胎盘植入,可以先结扎双侧子宫动脉上行支,然后将止血带穿过双侧阔韧带无血管区两端拉紧尽量靠近宫颈内口,血管钳夹持固定,暂时阻断子宫血供;再按摩子宫,使胎盘逐渐娩出。如果胎盘植入面积小或者胎盘粘连浅层植入,可以等到胎盘剥离后再切除植入部分及子宫肌层。当子宫下段菲薄,血管出现怒张,应高度警惕子宫疤痕穿透性胎盘,此时可暂不娩出胎盘,先剪开子宫疤痕,然后在此处娩出胎盘,并彻底剪除子宫疤痕及其植入的胎盘组织,松开止血带,仔细检查胎盘剥离面,查看是否有流血,同时“8”字全层缝合进行止血,并给予宫腔填塞,子宫 B-Lynch 缝合术及术前置管介入栓塞预防术后出血^[11-12]。本研究中 29 例出现前置胎盘伴胎盘植入患者,14 例成功保留子宫。当胎盘植入面积过大经过保守性手术治疗无效,止血存在困难时,应当及时切除子宫,避免大出血而危及产妇生命。

3.4 凶险性前置胎盘的预防 近年来,凶险性前置胎盘发生率具有不断增高趋势,严重威胁产妇生命,降低其发生率的关键在于预防。(1)对育龄妇女特别是未婚妇女进行健康教育,加强对本病的认识,搞好计划生育;(2)做好避孕措施,避免多次行人工流产术及刮宫;(3)减少宫腔感染机会,有生殖道炎性反应应及时治疗;(4)提倡自然分娩,加强相关健康宣教,开展陪伴分娩、镇痛分娩、家庭式产房的多种人性化服务,尽量降低社会因素导致的剖宫产,并严格把握剖宫产指征,达到降低剖

宫产率的目的;(5)加强孕妇管理,及时产前检查,对前置胎盘早期诊断,正确治疗。

凶险性前置胎盘胎盘植入发生率高,病情重,尤其是凶险性中央型前置胎盘容易发生严重产后出血、失血性休克、DIC,从而增加子宫切除的风险,且输血率高,其诊断处理不同于一般的前置胎盘。在整个诊治过程中应当强调早期诊断,早期干预,多学科、多科室联合,并且经常进行相关诊治培训,防止 DIC 发生,达到减少子宫切除事件、降低凶险性前置胎盘的目的,降低孕产妇病死率,改善其生存质量。

参考文献

- [1] 李雅岑,叶彩眉,梁琤,等. 59 例凶险性前置胎盘患者并发症的观察及护理[J]. 中华护理杂志,2011,46(5):455-456.
- [2] 严小丽,陈诚,常青,等. 凶险性前置胎盘 20 例临床分析[J]. 实用妇产科杂志,2013,29(9):704-707.
- [3] 丰有吉,沈铿. 妇产科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2011:11-19.
- [4] Chattopadhyay SK, Khariff H, Sherbeeni MM. Placenta previa and accrete after previous cesarean section[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol,1993,52(3):151-156.
- [5] Hsu TY. Abnormal invasive placentation-placenta previa increta and percreta[J]. Taiwan J Obstet Gynecol,2009,48(1):1-2.
- [6] Lawrence O, Anthory A. Diagnosis and management of Placenta previa[J]. Int J Gyn obstet,2008,103(1):89-94.
- [7] 曹译毅. 中华妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:479-450.
- [8] 韩燕,赵崇伟. 前置胎盘的发病因素及其对妊娠结局影响的研究[J]. 中国当代医药,2012,20(35):53-54.
- [9] 潘勉. 凶险前置胎盘伴胎盘植入 16 例临床分析[J]. 中国实用医药,2011,6(16):167.
- [10] 刘正平,郭晓玲,刘燕,等. 中央型前置胎盘手术中阿氏切口的临床应用研究[J]. 中国妇幼保健,2008,23(29):4203.
- [11] 陈勇兰,金明华. 前置胎盘合并胎盘植入 27 例临床分析[J]. 中国实用医药,2011,6(10):52.
- [12] 康苏娅. 10 例凶险性中央型前置胎盘的临床分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2010,31(15):2428.

(收稿日期:2015-04-02 修回日期:2015-06-19)

(上接第 3506 页)

- [6] 李敏,苏传生,姜勇. 黛力新联合心理干预治疗卒中后抑郁/焦虑对脑卒中预后的影响[J]. 中国社区医师:医学专业,2010,24(8):36.
- [7] 黄雯雯,林朝仙. 帕罗西汀联合心理治疗脑卒中后抑郁的临床疗效[J]. 实用预防医学,2011,18(5):880-882.
- [8] 鲁文莉,李琳,魏贤文,等. 氟西汀联合黛力新治疗脑卒中后抑郁的临床疗效[J]. 罕少疾病杂志,2014,21(2):37-39.
- [9] 刘建梅,马爱芝. 氟西汀联合心理干预治疗卒中后抑郁的

疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2013,22(21):2364-2365.

- [10] 张肖师. 氟西汀联合短疗程黛力新治疗脑卒中后抑郁的临床观察[J]. 医药论坛杂志,2012,33(2):110-111.
- [11] 田金水,孟庆莲,袁玉洁,等. 氟西汀与黛力新联合治疗首发脑梗死患者卒中后抑郁的临床研究[J]. 中外医学研究,2012,10(23):29-30.

(收稿日期:2015-03-22 修回日期:2015-07-15)