

凶险型前置胎盘 30 例围术期临床分析

陈 磊, 刘 羽

[摘要] **目的:**探讨凶险型前置胎盘围术期的相关风险和预防措施。**方法:**收集凶险型前置胎盘 30 例作为研究组,同期非凶险型前置胎盘 32 例作为对照组,分析 2 组在围术期的术前超声检查情况、术前出血率、术中出血量、胎盘植入率、子宫切除率、术中采取的止血措施、新生儿窒息、术后恢复时间等方面情况。**结果:**2 组在术前超声检查情况上差异有统计学意义($P < 0.01$);2 组术前出血率和新生儿窒息差异均无统计学意义($P > 0.05$);2 组术中出血量、总输血量、术中生命体征不稳定、胎盘植入率、子宫切除率、术中采取的止血措施方面差异均有统计学意义($P < 0.01$);2 组术后体温和住院时间差异均有统计学意义($P < 0.01$)。术后血红蛋白恢复 2 组差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论:**凶险型前置胎盘围术期风险巨大,需做好多学科协作的抢救措施,保障母婴安全。

[关键词] 凶险型前置胎盘;围术期;风险

[中国图书资料分类法分类号] R 714.46

[文献标志码] A

The clinical analysis of 30 cases with pernicious placenta praevia

CHEN Lei, LIU Yu

(Department of Obstetrics, Anhui Maternal and Child Care Hospital, Hefei Anhui 230001, China)

[Abstract] **Objective:** To explore the perioperative risks and preventive measures of pernicious placenta praevia. **Methods:** Thirty cases with pernicious placenta praevia and 32 cases with non-pernicious placenta praevia were divided into the study group and control group from 2010 to 2013, respectively. The preoperative ultrasound, preoperative bleeding rate, intraoperative blood loss, placenta implantation rate, uterus resection rate, intraoperative hemostatic measures, neonatal asphyxia and postoperative recovery time between two groups were analysed. **Results:** The difference of preoperative ultrasound in two groups was statistical significance($P < 0.01$). There was not significant difference in preoperative bleeding rate and neonatal asphyxia between two groups($P > 0.05$). The differences of intraoperative blood loss, total amount of blood transfusion, intraoperative vital signs placenta implantation rate, uterus resection rate and intraoperative hemostatic measures between two groups were statistically significant($P < 0.01$). The differences of postoperative body temperature and hospital stay in two groups were statistically significant($P < 0.01$), and the difference of postoperative hemoglobin recovery in two groups was not statistically significant($P > 0.05$). **Conclusions:** The perioperative risk of pernicious placenta praevia is great, which need some collaboration rescue measures of multidisciplinary to ensure the safety of motherhood and infant.

[Key words] pernicious placenta praevia; perioperation; risk

凶险型前置胎盘最早是在 1993 年由沙特医师 Chattopadhyay 提出的,指既往有剖宫产史,本次妊娠为前置胎盘,并且胎盘附着于原来的子宫瘢痕处,分植入型和非植入型^[1]。凶险型前置胎盘导致的难治性产后出血、休克、弥散性血管内凝血(DIC)是孕产妇死亡的重要原因^[2]。近年来,随着剖宫产率的逐步上升,凶险型前置胎盘越来越多地呈现,其手术中极易发生凶猛、迅速、难以控制的出血。如何做好凶险型前置胎盘围术期的风险评估,并采取有效的抢救措施来保障母婴安全,是广大产科工作者关注的热点。本文就凶险型前置胎盘围术期的风险作一探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 7 月至 2013 年 9 月我院收治凶险型前置胎盘 30 例作为研究组,选择同期非凶险型前置胎盘 32 例作为对照组。将 2 组围术期的术前超声检查情况、术前出血率、术中出血量、胎盘植入率、子宫切除率、术中采取的止血措施、新生儿窒息、术后恢复时间等方面进行分析。

1.2 方法 所有患者术前行彩超检查,了解胎盘附着部位(前壁为主、后壁为主、侧壁为主、环绕型)、血流是否丰富或伴有多个低回声、有无胎盘植入等。对于超声提示有胎盘植入的患者,术前均行右侧股动脉鞘置管固定,备介入栓塞治疗用。术中采用多种止血方法如宫腔纱条填塞、Bakri 止血球囊压迫止血、各种止血缝扎、子宫动脉结扎、髂内动脉结扎、子宫切除等。

1.3 统计学方法 采用 χ^2 检验和 t (或 t')检验。

2 结果

2.1 2组患者术前风险情况 研究组术前出血率53.33%,对照组为50.00%,2组差异无统计学意义($P>0.05$)。研究组术前彩超提示胎盘血流丰富或伴有多个低回声为56.67%,对照组无胎盘血流丰富或伴有多个低回声;研究组术前彩超提示胎盘植入率为30.00%,对照组无胎盘植入的影像。2组在术前彩超提示胎盘血流丰富或伴有多个低回声、胎盘植入差异均有统计学意义($P<0.01$)(见表1)。

2.2 术中风险及抢救措施情况 2组术中平均出

血量、胎盘植入率、生命体征是否稳定、子宫切除率、3种以上止血方法使用率、采用介入栓塞治疗差异均有统计学意义($P<0.01$)(见表2)。

表1 2组患者术前一般情况比较[n ;百分率(%)]

| 分组 | n | 术前出血 | 胎盘血流丰富 或伴有多个低回声 | 超声示 胎盘植入 |
|----------|-----|-----------|--------------------|-------------|
| 研究组 | 30 | 16(53.33) | 17(56.67) | 9(30.00) |
| 对照组 | 32 | 16(50.00) | 0(0.00) | 0(0.00) |
| 合计 | 62 | 32(51.61) | 17(27.42) | 9(14.52) |
| χ^2 | — | 0.07 | 24.98 | 8.94 |
| P | — | >0.05 | <0.01 | <0.01 |

表2 2组患者术中情况比较[n ;百分率(%)]

| 分组 | n | 出血量/ml | 生命体征 不稳定 | 术中 胎盘植入 | 子宫 切除 | 3种以上 止血方法 | 介入 治疗 |
|----------|-----|-------------------|-------------|------------|-----------|--------------|----------|
| 研究组 | 30 | 2 380 ± 984.85 | 19(63.33) | 12(40.00) | 11(36.67) | 27(90.0) | 8(26.67) |
| 对照组 | 32 | 881 ± 446.08 | 2(6.25) | 0(0.00) | 0(0.00) | 7(21.88) | 0(0.00) |
| 合计 | 62 | — | 21(33.87) | 12(19.35) | 11(17.74) | 34(54.84) | 8(12.90) |
| χ^2 | — | 7.63 [△] | 22.53 | 15.87 | 14.26 | 29.02 | 7.57 |
| P | — | <0.01 | <0.01 | <0.01 | <0.01 | <0.01 | <0.01 |

△示 t' 值

2.3 新生儿结局 研究组新生儿体质量(2 675.67 ± 726.58)g,对照组为(2 619.69 ± 707.08)g,2组差异无统计学意义($t=0.31, P>0.05$);研究组新生儿窒息率16.67%(5/30),对照组为9.38%(3/32),2组差异无统计学意义($\chi^2=0.23, P>0.05$)。

2.4 2组患者术后恢复情况比较 2组患者术后血红蛋白差异无统计学意义($P>0.05$);术后3d体温,研究组高于对照组($P<0.01$);术后住院时间研究组长于对照组($P<0.01$);总输红细胞量研究组多于对照组($P<0.01$)(见表3)。

表3 2组患者术后恢复情况比较($\bar{x} \pm s$)

| 分组 | n | 术后血红 蛋白/(g/L) | 术后3d 体温/℃ | 住院 时间/d | 总输 红细胞量/U |
|-----|-----|------------------|--------------|-------------------|-------------------|
| 研究组 | 30 | 86.50 ± 12.06 | 37.29 ± 0.35 | 7.77 ± 2.96 | 8.05 ± 5.41 |
| 对照组 | 32 | 86.38 ± 9.78 | 36.89 ± 0.32 | 5.56 ± 1.41 | 1.97 ± 1.76 |
| t | — | 0.04 | 4.70 | 3.71 [△] | 5.87 [△] |
| P | — | >0.05 | <0.01 | <0.01 | <0.01 |

△示 t' 值

3 讨论

3.1 凶险型前置胎盘的病理学特点 剖宫产以后,在子宫下段瘢痕处子宫内膜愈合不良,内膜的完整性受到破坏,形成一个薄弱区,该区域还缺少子宫平

滑肌纤维,加上妊娠以后,蜕膜形成不良,蜕膜的缺失,导致该处胎盘面积过大并向纵深发展,发生植入,同时使胎盘向上发生迁移的能力受到限制。有剖宫产史的孕妇发生胎盘植入的概率是无剖宫产手术史的35倍;凶险型前置胎盘中胎盘植入率20%~40%;并且其发生率随剖宫产次数的增加而增加,1次剖宫产后发生前置胎盘伴植入的概率为10%,而2次及2次以上剖宫产后其概率则高达59.2%^[3]。本资料显示研究组中胎盘植入率40.00%,与上述文献报道一致。

3.2 凶险型前置胎盘的危害性 胎儿娩出后,胎盘附着面的血窦靠子宫肌肉的收缩而关闭,起到止血的作用。凶险型前置胎盘特殊的病理学特点,使得胎盘剥离后无子宫平滑肌收缩,或无法剥除胎盘,对宫缩剂无效,而出现汹涌且难以控制的大出血。据文献^[4]报道凶险型前置胎盘伴植入者,剖宫产术中平均出血3 000~5 000 ml,甚至高达10 000 ml以上,常导致休克、DIC等严重并发症,严重威胁孕产妇的生命安全。本资料中研究组术中出血量多于对照组($P<0.01$)。术中生命体征不稳定者,研究组有63.33%,对照组有6.25%,2组差异有统计学意义($P<0.01$);总输红细胞量研究组明显多于对照组($P<0.01$)。术后3d体温和术后住院时间差异

均有统计学意义($P < 0.01$)。因而凶险型前置胎盘风险远远大于一般前置胎盘。

3.3 凶险型前置胎盘的诊治要点

3.3.1 诊断 凶险型前置胎盘的诊断主要依据其临床表现及辅助检查。既往有剖宫产史或子宫手术史的孕妇孕中晚期出现无痛性阴道流血应考虑是否存在凶险型前置胎盘。术前诊断胎盘植入常依靠影像学检查,主要包括彩色多普勒超声、三维多普勒超声和MRI^[5]几种检测手段。Wong等^[6]应用超声诊断胎盘植入,其敏感性和特异性分别达到89%和98%,本资料显示术前超声提示9例胎盘植入影像,手术发现有12例胎盘植入,准确率为75.00%。但对于胎盘浸润子宫肌层的深度估计,超声存在限制。因此,近年来国内外学者开始用MRI技术来弥补超声的局限性,MRI可清楚的观察胎盘浸润子宫肌层的深度,对于穿透性胎盘植入的预测准确性高,不仅可诊断胎盘植入,也可确定胎盘植入类型,预测近期发生出血的风险。MRI诊断宫底部和后壁胎盘植入的敏感性和特异性优于超声^[7]。但胎盘植入的诊断金标准仍依靠术后病理学诊断。

3.3.2 治疗 应制定个体化治疗计划,对于诊断凶险型前置胎盘,需紧密联合麻醉科、放射科、新生儿科、检验科、血库甚至ICU等科室进行多学科协作,以取得最佳的孕产妇和围生儿结局。

保守性手术方法有多种:植入部分楔形切除、缝扎止血、宫腔纱条填塞或气囊压迫等,如各种保守方法均止血失败且在没有出现失血性休克或并发DIC的情况下,可行子宫动脉栓塞术^[8]。以上多种止血手段可灵活运用,并同时使用。近十年来,动脉栓塞术对胎盘植入引发的严重产后出血的治疗价值受到学术界的关注,且治疗成功率较高,已有报道成功率大约83% - 98%^[8]。戴建荣等^[9]通过孕晚期股动脉预置管动脉栓塞成功治疗凶险型前置胎盘合并胎盘植入4例,此方法具有迅速有效止血、并发症少、可保留子宫等优点。本资料显示研究组使用子宫动脉栓塞术8例,占26.67%,均成功保留子宫。

严重产后出血行子宫切除术的发生率全国各地报道不同,大约为0.3%~2.7%^[10]。对于前置胎盘伴有胎盘植入没有生育要求、剖宫产术中出血速度快、出血量大、生命体征不稳定的妇女,不宜采用保守治疗^[11]。本资料显示研究组子宫切除率36.67%,子宫切除11例,其中9例合并胎盘植入;因此,合并胎盘植入的子宫切除比例很高,对于合并胎盘植入的凶险型前置胎盘应做好子宫切除的准备。

3.4 凶险型前置胎盘的预防要点 建立凶险型前

置胎盘围术期管理体系包括风险评估系统和围术期管理流程,对凶险型前置胎盘患者进行术前、术中及术后系统风险评估。术前应进行多学科参与的病例讨论,应该充分估计手术难度,评估术前风险,制定好相应的治疗措施;积极纠正孕妇的一般状况,充足备血(包括凝血因子);选择有经验的产科医师和麻醉医师;宜选择全身麻醉,必要时行颈内静脉置管;手术医生术前与家属进行良好、充分、有效的沟通。本资料显示经过术前充分准备,术中多学科的合作抢救和积极的输血支持治疗,研究组的患者术后血红蛋白与对照组差异无统计学意义($P > 0.05$),患者恢复良好。

综上所述,凶险型前置胎盘是一个非常凶险,容易发生严重产后出血,威胁母亲和胎儿生命的疾病,其治疗确实是现代产科临床处理上的难点之一。由于剖宫产率上升,其发生率也在增加,多学科的团队协作和准备是应对这个治疗难点、降低母儿死亡率的最佳方法。加强围术期管理,是凶险型前置胎盘患者安全的有力保障。

[参 考 文 献]

- [1] Chattopadhyay SK, Kharif H, Sherbeeni MM. Placenta praevia and acereta after previous cesarean section[J]. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol, 1993, 52(3): 151 - 156.
- [2] 李明远, 郑婉文. 凶险型前置胎盘对孕产妇的危害[J]. 广东医学, 2001, 22(5): 428 - 429.
- [3] Hsu YR, Kung FT, Roan CJ, et al. Emergency peripartum hysterectomy due to placenta previa/aAccreta: 10 years' experience [J]. Taiwanese J Obstet Gynaecol, 2004, 43(4): 206 - 210.
- [4] Angstrom T, Gard G, Harrington T, et al. Surgical management of placenta accreta: a cohort series and suggested approach [J]. Am J Obstet Gynecol, 2010, 202(1): 38. e1 - e9.
- [5] Palacios-Jaraquemada JM. Diagnosis and management of placenta accreta [J]. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2008, 22(6): 1133 - 1148.
- [6] Wong HS, Cheung YK, Zuccollo J, et al. Evaluation of sonographic diagnostic criteria for placenta accreta [J]. J Clin Ultrasound, 2008, 36(9): 551 - 559.
- [7] 连岩, 王谢桐. 胎盘植入的保守性手术治疗[J]. 实用妇产科杂志, 2013, 29(8): 565 - 567.
- [8] 王冬昱, 王子莲. 盆腔动脉栓塞术治疗严重产后出血的临床评价[J]. 实用妇产科杂志, 2013, 29(8): 568 - 570.
- [9] 戴建荣, 陶建英, 侯顺玉. 孕晚期股动脉预置管动脉栓塞治疗凶险型前置胎盘合并胎盘植入4例[J]. 实用妇产科杂志, 2011, 27(5): 388 - 390.
- [10] Awan N, Bennett MJ, Walters WA. Emergency peripartum hysterectomy: a 10-year review at the royal hospital for women, sydney [J]. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 2011, 51(3): 210 - 215.
- [11] 刘兴会, 姚强. 凶险型前置胎盘的诊断及处理[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2011, 27(2): 85 - 88.