

凶险性前置胎盘 92 例临床分析

杨凌云, 黄风华, 李家福(武汉大学中南医院妇产科 430071)

【摘要】 目的 探讨凶险性前置胎盘与孕妇年龄、流产次数的关系, 以及诊断及围术期处理。**方法** 选取凶险性前置胎盘 92 例, 非凶险性前置胎盘 131 例, 与非凶险性组比较在孕妇年龄、流产次数的差异, 分析凶险性前置胎盘诊疗及结局。**结果** (1) 孕妇年龄大于或等于 35 岁, 两组发生率差异无统计学意义 ($P>0.05$)。观察组流产次数大于或等于 2 次的发生率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。(2) 观察组 B 超诊断胎盘植入敏感度为 63.83%, MRI 准确率为 100.00%。(3) 观察组产后出血发生率为 40.22%, 子宫切除率为 13.04%; 合并胎盘植入, 产后出血发生率为 68.09%。产后出血行介入治疗成功保留子宫 4 例; 胎儿娩出后保留胎盘, 即行介入治疗后保守治疗成功 2 例。**结论** 凶险性与非凶险性前置胎盘中, 高龄孕妇比例无明显差异; 2 次及以上流产史, 凶险性前置胎盘发生率明显增加; 超声可诊断胎盘植入, MRI 可作为补充检查; 在病情允许的情况下, 可保留胎盘行介入治疗, 否则果断及时切除子宫。

【关键词】 前置胎盘; 胎盘植入; 产后出血; 介入治疗

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.24.016 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)24-3653-02

Clinical analysis of 92 cases of pernicious placenta previa YANG Ling-yun, HUANG Feng-hua, LI Jia-fu (Department of Obstetrics and Gynecology, Zhongnan Hospital of Wuhan University, Wuhan, Hubei 430071, China)

【Abstract】 Objective To explore the relationship of pernicious placenta previa with maternal age and the times of abortion, as well as the diagnosis and perioperative management of pernicious placenta previa. **Methods** 92 cases of pernicious placenta previa (observation group) and 131 cases of non-pernicious placenta previa (control group) were selected. The maternal ages and times of abortion of two groups were compared, and the diagnosis, perinatal treatment, and pregnancy outcome of pernicious placenta previa were analyzed. **Results** The ratios of women with advanced maternal ages (≥ 35 years old) were not statistically different between two groups ($P>0.05$). In observation group, the ratio of women who aborted twice or more was significantly higher than control group ($P<0.05$). The sensitivity of ultrasound in the diagnosis of placenta implantation was 63.83%. The specificity of MRI was 100.00%. In observation group, the incidence of postpartum hemorrhage was 40.22%; the hysterectomy rate was 13.04%; among the patients complicated with placenta implantation, the incidence of postpartum hemorrhage was 68.09%; there were 4 cases of women with postpartum hemorrhage reserving uterus via interventional therapy; and there were 2 cases of women being successfully treated by conservative treatment after interventional therapy, with their placentas retained after delivery. **Conclusion** Abortion history plays an important role in the incidence of pernicious placenta previa. Ultrasound can be used in the diagnosis of placenta implantation, and MRI can be used as a supplementary examination. If the conditions permit, placenta can be reserved by interventional therapy, otherwise timely hysterectomy should be done to save the lives.

【Key words】 placenta previa; placenta implantation; postpartum hemorrhage; interventional therapy

随着二胎政策的开放, 既往有剖宫产史的适育年龄的妇女再次妊娠分娩的数量逐渐增多, 凶险性前置胎盘发生率也随之增加。随着剖宫产率的上升, 产后大出血、子宫切除发生率也随之增加, 与围生期母婴的发病率和病死率密切相关^[1]。2011 年本院统计凶险性前置胎盘仅数例, 2012 年下半年开始明显增多, 2012 年 6 月至 2014 年 10 月分娩共 6 193 例, 前置胎盘发生率 3.6% (223/6 193), 凶险性前置胎盘发生率 1.49% (92/6 193)。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2013 年 1 月至 2014 年 10 月本院收治的前置胎盘 223 例患者的临床资料, 选取凶险性前置胎盘 92 例作为观察组, 非凶险性前置胎盘 131 例作为对照组。观察组年龄 25~42 岁, 平均 (32.63±4.32) 岁, 其中高龄 (≥ 35 岁) 孕妇 28 例; 妊娠次数 2~8 次, 平均 (3.95±3.11) 次; 流产 2 次及以上有 47 例。对照组平均年龄 (29.68±4.21) 岁, 高龄

(≥ 35 岁) 孕妇 33 例; 妊娠次数 1~9 次, 平均 (2.63±3.43) 次; 流产 2 次及以上有 45 例。

1.2 治疗 两组均为手术治疗。若子宫前壁有明显血管怒张或高度怀疑胎盘植入, 避开血管取子宫体部切口, 娩出胎儿后, 行保守性手术止血, 否则果断切除子宫。

1.3 统计学处理 将数据输入 SPSS19.0 软件, 采用 t 检验和 χ^2 检验进行分析, 设 $\alpha=0.05$ 为检验水准, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 孕妇年龄、流产次数与凶险性前置胎盘的关系 见表 1。凶险性前置胎盘组高龄孕妇比率 (30.43%, 28/92) 高于非凶险性前置胎盘组 (25.19%, 33/131), 但两组比较差异无统计学意义 ($\chi^2=0.74, P>0.05$)。凶险性前置胎盘组流产次数 (≥ 2 次) 比率 (51.09%, 47/92) 高于非凶险性前置胎盘组 (34.35%, 45/131), 两组比较差异有统计学意义 ($\chi^2=6.25, P<0.05$)。

表 1 两组孕妇年龄、流产次数比较(n)

组别	n	孕妇年龄		流产次数	
		<35 岁	≥35 岁	<2 次	≥2 次
观察组	92	64	28	45	47
对照组	131	98	33	86	45
合计	223	162	61	131	92

2.2 凶险性前置胎盘的诊断 观察组术中及术后病理检查证实有 47 例胎盘植入,其发生率为 51.09%(47/92)。术前 B 超提示 30 例胎盘植入可能,其中误诊 1 例,漏诊 17 例,其敏感度为 63.83%(30/47),特异度为 97.83%(45/46)。5 例怀疑胎盘植入者行 MRI 检查,准确率为 100.00%。

2.3 产后出血的发生 观察组产后出血发生率为 40.22%(37/92),是对照组 7.63%(10/131)的 5.3 倍。观察组产后出血者中仅 5 例未合并胎盘植入,凶险性前置胎盘并发胎盘植入患者发生产后出血的概率为 68.09%(32/47)。对照组仅 1 例是因行不全子宫纵隔切除术而致产后出血,其余 9 例均为胎盘植入所致。

2.4 凶险性前置胎盘围术期处理 见表 2。术前评估产后出血可能性大,均采用腹部纵形切口。胎儿娩出后见胎盘剥离征象时即快速人工剥离,使用缩宫药物(缩宫素和前列腺素类),渗血创面给予八字缝合,出血凶猛者予止血带套扎子宫下段接近宫颈处止血。B-lynch 缝合 7 例,宫腔内填塞纱布卷 4 例,双侧子宫动脉上行支结扎 16 例,4 例保守性手术效果欠佳而行介入治疗成功。术后返回病房再次出血者行介入治疗 3 例。保守性手术无效时,术中果断与家属谈话行子宫次全切除 11 例,其中 4 例子宫切除术后再行介入治疗,2 例因盆腔内创面渗血严重给予第 2 次介入治疗。14 例可见子宫前壁下段血管怒张,交织成网状,行子宫体部剖宫产,3 例娩出胎儿后,观察 15 min,胎盘无剥离征象,还纳脐带至宫腔保留胎盘,禁用缩宫药物,保留胎盘于宫腔内,再行介入治疗,待其胎盘自行吸收,1 例于术后第 6 天大出血行第 2 次开腹急诊子宫次全切除术,另 2 例成功保留子宫,产后复查 B 超胎盘逐渐吸收,5 个月后均月经复潮。

表 2 两组治疗方法比较(n)

组别	n	产后出血	胎盘植入	介入治疗	子宫切除
观察组	92	37	47	14	12
对照组	131	10	19	1	0

3 讨 论

既往报道凶险性前置胎盘与孕妇高龄、流产、前次剖宫产、吸烟、吸毒及辅助生育技术有关。但此研究中两组孕妇高龄无明显差异,可能与生育 2 胎年龄延后有关,2 次以上流产在两组的发生率有明显差异,这与国内相关研究结果是一致的^[2]。

B 超诊断凶险性前置胎盘并不困难,困难的是发现胎盘植入,术前诊断胎盘植入对于术前准备、术中术后抢救是否及时至关重要。本资料统计发现,部分胎盘植入病例并无产前出血,但产时植入部分往往剥离异常导致大出血而危及生命,这一点在产前风险评估时需注意。目前术前诊断胎盘植入的依据主要有 B 超和 MRI,MRI 能够确定局部解剖层次,但费用较高,而且有报道 MRI 只有在诊断子宫后壁有瘢痕或者胎盘附着于子宫后壁时才较超声更具有优势^[3]。因超声安全、简单,可重复性强,是目前临床的首选。胎盘植入者超声影像表现为胎

盘实质明显增厚,胎盘下局部肌层菲薄甚至消失,胎盘实质内血流紊乱,胎盘植入处血管异常丰富^[4]。本资料观察组 B 超诊断率 63.83%,这与文献^[5]报道的特异度及敏感度超过 85.00%有一定差距,可能与超声医生的经验及仪器分辨率相关,当然不排除其他客观因素,比如大多数孕妇不能接受经阴道 B 超检查,对于肥胖者或者后壁胎盘,漏诊率较高。

做好凶险型前置胎盘的预防、孕期保健与监测,可最大限度降低对孕产妇及围生儿的危害,改善妊娠结局^[6]。首先要做好计划生育,避免生育过多、多次人流,提倡阴道分娩,减少社会因素的剖宫产率。孕期定期产前检查,及时发现凶险性前置胎盘,纠正贫血,预约手术医生提前入院待产,选择手术方案,合理使用宫缩剂,对降低产后出血发生率、减少输血量及血液疾病的传播有重要意义。凶险型前置胎盘并切口部位植入直径 5 cm 以上者手术止血多需要结合多种方法,主要有改良 B-Lynch 缝合等保守性缝合手术、缩宫药物、输血治疗、介入治疗、子宫切除术^[7-8]。子宫切除术后女性卵巢功能有所下降,对年轻、希望保留生育功能的患者不易接受^[9]。介入治疗使保留子宫成为可能,在使用合适的栓塞剂、正常栓塞情况下,介入治疗对卵巢功能的影响是轻微、短暂、可逆的^[10]。本组资料中有 4 例产后大出血行介入治疗成功挽救了子宫;子宫切除术后仍可发挥其强有力的止血效果,有 4 例子宫切除术后,盆、腹腔渗血而给予盆腔纱布填塞,行介入治疗后成功取出纱布条;2 例胎儿娩出后保留胎盘,再行介入治疗后待胎盘自行吸收或排出,保守治疗成功,此种治疗方式可保留子宫,减少产后出血及输血概率,有待临床病例积累的进一步研究。

参考文献

[1] Daskalakis G, Simou M, Zacharakis D, et al. Impact of placenta previa on obstetric outcome[J]. Int J Gynecol Obstet, 2011, 114(3): 238-241.

[2] 黄莺,孙海燕,隋霜. 凶险型前置胎盘并发胎盘植入的临床分析[J]. 中国妇幼健康研究, 2012, 23(5): 603-604.

[3] 张力,李萍,何国琳. 经腹彩色超声多普勒在前置胎盘并发胎盘植入诊断中的价值[J]. 中华妇产科杂志, 2006, 12(41): 799.

[4] 黄安茜,谭艳娟,包凌云,等. 超声联合磁共振检查对植入型凶险性前置胎盘的诊断价值[J]. 中华急诊医学杂志, 2014, 23(5): 567-569.

[5] 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.

[6] 李小叶. 32 例凶险型前置胎盘的临床特征及妊娠结局分析[J]. 医学临床研究, 2013, 30(1): 137-139.

[7] 游一平,唐雅兵,蒋玉蓉,等. 凶险型前置胎盘合并切口植入 18 例临床分析[J]. 医学临床研究, 2012, 29(2): 262-264.

[8] Du X, Xie X, Wang Y. Uterine artery suture: a preventive approach for pernicious placenta previa[J]. Cell Biochem Biophys, 2014, 68(2): 407-410.

[9] 贾军恒,马海蓉,强莉,等. 全子宫切除术后卵巢功能变化的临床观察[J]. 中国妇幼健康研究, 2012, 23(3): 400-401.

[10] 孙晓龙,石红春. 介入栓塞治疗产后大出血 33 例报道[J]. 重庆医学, 2011, 40(10): 1002-1003.