

- in thrombogenicity and -dimer concentrations in women injecting enoxaparin during pregnancy and the puerperium[J]. BMC Pregnancy Child-birth, 2014, 14(1): 384-389.
- [7] 严海燕. D-二聚体与妊娠结局度关系[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(9): 85-87.
- [8] 蔡玉琳. D-二聚体检测方法及其临床应用研究进展[J]. 基层医学论坛, 2014, 18(13): 1743-1745.

- [9] 王福义. 正常孕妇不同孕期血浆 D-二聚体的水平变化及临床意义[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(2): 31-32.
- [10] 李帅, 吕时铭, 汤英杰. 浙江地区汉族孕产妇 D-二聚体参考区间的建立及应用[J]. 中华检验医学杂志, 2011, 34(7): 580-585.

(收稿日期: 2017-09-24 修回日期: 2017-11-29)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2018.08.030

## 6 例子宫角胎盘植入的临床治疗分析

杨 琼, 黄 强<sup>△</sup>

(中国人民解放军陆军军医大学第二附属医院妇产科, 重庆 400037)

**摘 要:**目的 探讨子宫角胎盘植入患者的最佳治疗方法。方法 回顾性分析 2016 年 1 月至 2017 年 4 月该院妇产科收治的 6 例子宫角部胎盘植入的临床资料。结果 3 例经双侧子宫动脉栓塞术联合超声引导下清宫术, 平均住院天数 4.3 d, 好转出院; 1 例经双侧子宫动脉栓塞术, 住院 6 d 后好转出院; 1 例经剖宫取胎, 住院 5 d 后好转出院; 1 例经双侧子宫动脉栓塞术、超声导视下清宫术、剖宫取胎盘术、子宫病灶切除术、腹部伤口二期缝合术等治疗, 住院共计 40 d 后好转出院。结论 子宫角胎盘植入治疗首选经导管子宫动脉栓塞术联合清宫术, 对子宫角肌层缺失者可首选经腹剖宫取胎盘术。

**关键词:** 胎盘植入; 子宫动脉栓塞术; 清宫术

**中图分类号:** R714.46+2

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1672-9455(2018)08-1153-03

胎盘植入是指胎盘绒毛不同程度侵入子宫肌层。依据胎盘植入子宫肌层深度, 是否侵入子宫毗邻器官分为胎盘粘连、胎盘植入, 以及穿透性胎盘植入<sup>[1-2]</sup>。近年来, 其发生率已高达 1/533, 较前升高 20 倍<sup>[1]</sup>。已经成为导致产后出血、围生期紧急子宫切除和孕产妇死亡的重要原因, 是产科医师必须面临的临床问题<sup>[3-4]</sup>。胎盘植入多数发生在子宫原本存在瘢痕部位, 如剖宫产瘢痕处、子宫肌瘤挖除瘢痕处。临床上有一类植入类型, 植入部位为子宫角部, 其治疗方案有别于其他植入类型。本文对本院 2016 年 1 月至 2017 年 4 月收治的 6 例子宫角部胎盘植入的患者临床资料进行了回顾性分析, 旨在探讨该类患者的最佳治疗方法, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2016 年 1 月至 2017 年 4 月, 本院共收治子宫角部胎盘植入患者 6 例, 诊断标准依据超声诊断、术中所见和(或)术后病理诊断。患者年龄 20~35 岁, 中位年龄 27.8 岁。其中初产妇 1 例, 经产妇 5 例(1 例有中孕剖宫取胎史); 3 例有 1 次人工流产史, 1 例有 4 次人工流产史。4 例患者因顺产后胎盘不能剥离转入本院(其中 1 例伴产后出血), 1 例为中孕门诊产检发现胎盘植入子宫角并胎儿足内翻畸形收入院引产, 1 例剖宫产术中发现胎盘植入子宫角转入本院。临床表现: 6 例患者孕期均无特殊情况, 4 例表现

为顺产后胎盘滞留, 予以促宫缩药物、人工剥离等未能娩出胎盘, 考虑胎盘植入, 其中 1 例并发产后出血; 1 例剖宫产术中发现胎盘植入右侧子宫角, 强行人工剥离后子宫角局部肌层薄弱, 给予促宫缩、缝扎子宫角、宫腔填塞纱条后转入本院; 1 例于本院门诊产检发现穿透性胎盘植入右侧子宫角, 孕妇要求终止妊娠入院, 入院后行剖宫取胎术, 术中再次明确诊断。

**1.2 方法** 4 例顺产后转入本院患者均行经导管双侧子宫动脉栓塞术联合超声导视下清宫术。具体方法: 局部麻醉下经患者右侧经股动脉穿刺, 成功后置入血管鞘, 将造影导管插入, 造影后确定血管路径, 确定预栓塞血管后注入明胶海绵颗粒栓塞, 再次行数字减影血管造影术证实栓塞成功, 退出造影导管, 保留血管鞘, 无菌敷料包扎, 24 h 内在超声导视下行清宫钳夹术, 术后出血不多则拔出血管鞘, 穿刺点压迫器压迫 6 h。

### 2 结 果

**2.1 超声表现** 4 例顺产后转入本院患者, 治疗前均行经腹联合经阴道彩超检查, 发现患侧子宫角向外隆起, 内见大小不等的不均质块影充填, 界限不清, 包块内见点彩样或细条样血流信号, 周边见丰富血流信号, 子宫角肌层变薄, 最薄处均小于 3.0 mm, 其中 2 例仅见浆膜层, 见图 1。1 例中孕剖宫取胎患者术前超声提示: 胎盘附着于右侧子宫角处, 子宫角处部分

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail: 30791645@qq.com。

肌层消失, 仅见浆膜层。1 例剖宫术后转入本院患者为术中诊断, 术后超声未见胎盘。



图 1 超声检查

**2.2 治疗结果** 其中 3 例成功取出胎盘, 术中出血量少, 1 例胎盘未能经阴道取出, 出血量超过 300 mL, 随即在全身麻醉下行剖宫取胎盘术联合宫腔水囊填塞术, 见图 2、3, 术后该患者并发子宫角部位坏死及感染, 术后 17 d 在全身麻醉下行子宫角切除整形术联合盆腔粘连松解术, 彻底清除子宫感染、坏死病灶, 17 d 后因伤口愈合不良, 行腹部伤口二期缝合术, 4 d 后好转出院。1 例中孕患者, 行剖宫取胎术, 术中以止血带捆扎子宫下段, 阻断子宫血供, 人工剥离胎盘后, 切除薄弱子宫角部分, 缝扎后再松止血带, 手术顺利, 术后 3 d 好转出院。1 例剖宫产术后患者行子宫动脉栓塞, 术后顺利取出宫腔纱条, 未再发生产后出血。

**2.3 疗效评价** 4 例顺产患者中 3 例患者经双侧子宫动脉栓塞术联合超声导视下清宫术, 治疗有效, 好转出院, 平均住院 4.3 d; 1 例经双侧子宫动脉栓塞术, 住院 6 d, 好转。1 例经剖宫取胎, 住院 5 d, 好转。1 例经双侧子宫动脉栓塞术、超声导视下清宫术、剖宫取胎盘术、子宫病损切除、腹部伤口二期缝合术等治疗, 住院共计 40 d, 好转。



图 2 术前子宫角形态



图 3 剖宫取胎盘术后

3 讨 论

胎盘种植异常多因流产、多次刮宫或继发性宫腔感染造成子宫内膜受损, 使部分或全部底蜕膜缺失或原发性蜕膜发育不全, 使胎盘种植于肌层。根据种植的深度可分为粘连性胎盘、植入性胎盘和穿透性胎盘<sup>[5]</sup>。胎盘植入诊断主要依据高危因素、症状、体征及辅助检查。但胎盘植入患者的临床症状和体征在

分娩前较为少见, 因此胎盘植入的分娩前诊断主要依靠临床高危因素结合彩色多普勒超声和(或)MRI 征象, 最终确诊需要根据术中或分娩时所见或分娩后的病理学诊断<sup>[6]</sup>。

对于胎盘植入的处理, ACOG 的专家共识指出, 建议不要试图剥离胎盘以免导致大量出血, 主张连同子宫切除<sup>[7]</sup>。2015 年我国的《胎盘植入诊治指南》指出, 在充分知情同意的情况下, 胎盘可以原位保留, 严密监测, 必要时切除子宫; 也可以直接行子宫切除<sup>[8]</sup>。子宫角部胎盘植入是胎盘植入里面较为特殊的一种类型, 目前相关的文献资料和经验较少。其特殊在于, 因子宫角与附件相连, 血供丰富, 部分血供来源于卵巢动脉分支; 此外, 子宫角部分肌层薄弱, 胎盘自然排出更为困难, 即便剥离也易导致收缩乏力, 出血较多, 人为剥离胎盘还可导致子宫穿孔破裂。因此, 临床结局视子宫角部肌层厚度有所不同。本文中 4 例经导管子宫动脉栓塞术联合超声导视下清宫术处理, 成功 3 例, 失败 1 例, 后经开腹手术证实为穿透性胎盘植入子宫角, 对比其胎盘植入深度及孕产次不同, 手术失败者既往有孕产史、此次胎盘植入子宫角呈穿透性, 子宫角处仅剩浆膜层, 无肌层组织, 无法钳夹出胎盘, 最终采用开腹手术取出胎盘, 而植入部位、深度、孕产次类似的中孕患者, 采用剖宫取胎术, 术中剥离胎盘后, 修剪重塑子宫角, 手术成功, 患者以较小的创伤, 更短的住院日出院, 对于足月剖宫产亦可同样处理。可见, 子宫角肌层厚度不同, 采用同样的方法处理得到的结果也不同。有文献报道, 对于术中发现的胎盘植入, 可予甲氨蝶呤保守治疗, 但对于子宫角肌层缺失者, 最终仍需进行二次开腹剖宫取胎盘术治疗<sup>[9]</sup>。对于经阴道取胎盘失败或肌层完全消失的患者, 建议直接剖宫取胎盘, 术中同时对子宫角部位的薄弱组织做适当修剪整形。

目前, 子宫动脉栓塞术是保守治疗产后大出血的有效方法, 通过阻断子宫大部分血供后再行清宫术, 不仅能减少术中出血和保留子宫, 术后还能使产妇恢复月经并有可能保留生育功能。对于胎盘植入子宫角, 子宫肌层有一定厚度者, 产前一般很难诊断子宫角胎盘植入, 易漏诊也易误诊, 对该类患者, 经阴道顺产后不必急于开腹取胎盘, 可尝试介入后或以介入做后盾的情况下尝试经阴道钳夹胎盘组织。本组病例中 4 例有 3 例成功。

综上所述, 对于产前已诊断胎盘植入子宫角者, 建议行剖宫产术, 术中人工剥离胎盘后, 据情况对子宫角部位的薄弱组织可做适当修剪整形。对于产前未诊断者, 已经阴道分娩, 子宫角肌层有一定厚度者, 可首选经导管子宫动脉栓塞术联合清宫术; 子宫角肌层缺失者, 可首选经腹剖宫取胎盘术。当然, 尚需积累更大样本量、甚至通过多中心临床研究来进一步制订该类患者的合理治疗方案。

# 参考文献

- [1] WU S, KOCHERGINSKY M, HIBBARD J U. Abnormal placentation; twenty year analysis[J]. Am J Obstet Gynecol, 2005, 192(5): 1458-1461.
- [2] 陈敦金, 苏春宏. 胎盘植入[M]. 长沙: 湖南科技出版社, 2013: 2.
- [3] KASSEM G A, ALZAHIRANI A K. Maternal and neonatal outcomes of placenta previa and placenta accreta: three years of experience with a two consultant approach [J]. Int J Womens Health, 2013(5): 803-810.
- [4] MHYRE J M, SHILKRUT A, KUKLINA E, et al. Massive blood transfusion during spitalization for delivery in New York State, 1998-007[J]. Obstet Gynecol, 2013, 122(6): 1288-1294.
- [5] 张为远. 中华围产医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 470.
- [6] WORTMAN A C, ALEXANDER J M. Placenta accreta, increta, and percreta[J]. Obstet Gynecol Clin North Am, 2013, 40(1): 137-154.
- [7] ACOG Committee Opinion. Number 266, January 2002: placenta accreta[J]. Obstet Gynecol, 2002(99): 169-170.
- [8] 杨慧霞, 陈敦金. 胎盘植入诊治指南[J]. 中华围产医学杂志, 2015, 18(7): 481-485.
- [9] 王希, 黎芝, 易辉兰. 胎盘植入 37 例临床分析[J]. 中外医学研究, 2014, 12(7): 12-13.

(收稿日期: 2017-09-11 修回日期: 2017-11-21)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 08. 031

## 血清前清蛋白联合人附睾上皮分泌蛋白 4 检测在卵巢良恶性疾病鉴别中的应用价值

王西田

(陕西省宝鸡市康复医院检验科 721001)

**摘要:**目的 探讨血清前清蛋白(PA)联合人附睾分泌蛋白 4(HE4)检测在卵巢良恶性疾病鉴别中的应用价值。**方法** 选取该院 2014 年 1 月至 2017 年 1 月卵巢疾病患者 80 例, 其中卵巢良性疾病者 32 例(甲组)、卵巢恶性肿瘤疾病者 28 例(乙组), 另选取同期来院检查的健康人群 30 例作为对照组。检查各组血清 PA、HE4 水平, 并加以比较。比较与分析单独检测及联合检测 PA、HE4 的特异度、敏感度、准确度、阳性预测值及阴性预测值。**结果** 乙组患者 HE4 水平为  $(126.52 \pm 22.63)$  pmol/L, 明显高于甲组的  $(32.63 \pm 12.89)$  pmol/L、对照组的  $(21.36 \pm 6.25)$  pmol/L ( $t=20.05, 24.48, P=0.00, 0.00$ ); 甲组 HE4 水平与对照组比较, 差异有统计学意义 ( $t=4.33, P=0.00$ )。乙组患者 PA 水平为  $(185.63 \pm 56.92)$  mg/L, 明显低于甲组的  $(232.36 \pm 45.72)$  mg/L、对照组  $(249.76 \pm 57.81)$  mg/L ( $t=3.52, 4.25, P=0.00, 0.00$ ); 甲组 PA 水平与对照组比较, 差异有统计学意义 ( $t=1.31, P=0.19$ )。联合检测 PA、HE4 特异度、敏感度、准确度、阳性预测值及阴性预测值明显优于单独检测 PA、HE4 ( $P<0.05$ ); 单独检测 PA 与单独检测 HE4 的特异度、敏感度、准确度、阳性预测值及阴性预测值比较, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。**结论** 联合检测 PA、HE4 对临床诊断及鉴别卵巢良恶性疾病具有重要价值, 且单独检测 HE4 对临床诊断良恶性卵巢疾病有较大优势。

**关键词:** 前清蛋白; 人附睾分泌蛋白 4; 卵巢良恶性疾病; 诊断; 鉴别

**中图法分类号:** R711.75

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1672-9455(2018)08-1155-03

女性各年龄阶段均可发生盆腔包块, 且该疾病临床诊断及处理均较困难, 尽管多数盆腔包块为良性病变, 但排除恶性肿瘤仍是盆腔包块诊断、评估的主要目的<sup>[1]</sup>。卵巢癌是女性生殖系统疾病中常见的恶性肿瘤, 该病具有高发病率及预后差的特点<sup>[2]</sup>。因人体卵巢解剖位置深居盆腔, 且卵巢癌临床缺乏典型症状及有效筛查手段, 绝大多数患者诊断时已处晚期阶段, 此时患者预后较差, I 期患者 5 年生存率大于 90%, 但早期获得诊断者不足 20%, 而晚期卵巢癌患者 5 年生存率约 30.0%~55.0%<sup>[3]</sup>。所以早期诊断卵巢癌对临床治疗方案选择及其预后改善具有关键作用。血清肿瘤标记物检测因无创且可重复, 因此易被患者接受, 且在监测患者疾病复发、疗效等方面均

有重要作用<sup>[4]</sup>。人附睾分泌蛋白 4(HE4)是一种最具潜能的卵巢癌肿瘤标记物, 且其不受激素治疗及月经周期的影响<sup>[5]</sup>。血清前清蛋白(PA)具有重要的生物活性, 在恶性肿瘤诊断中具有重要价值<sup>[6]</sup>。本文探讨 PA、HE4 检测用于临床诊断卵巢良恶性肿瘤的价值, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本院 2014 年 1 月至 2016 年 6 月卵巢疾病患者 60 例, 其中卵巢良性疾病者 32 例(甲组)、卵巢恶性肿瘤疾病者 28 例(乙组), 本次入选者术前均未行任何放化疗、术前完善相关检查, 排除其他疾病影响; 年龄 32~65 岁, 平均  $(46.9 \pm 5.2)$  岁。另选取同期来本院检查的健康女性 30 例作为对照