

凶险型前置胎盘手术治疗围术期综合治疗方法及疗效临床评价

张文慧¹⁾, 李坚雄¹⁾, 许韶荣¹⁾, 庄穗莲¹⁾, 石晶²⁾

(1) 深圳市龙岗区妇幼保健院妇产科, 广东深圳 518172; 2) 四川大学华西第二医院产科, 四川成都 610041)

[摘要] **目的** 探讨凶险性前置胎盘手术治疗围术期综合治疗方法的效果。 **方法** 将 50 例凶险性前置胎盘围术期患者分为治疗组 29 例和对照组 21 例。治疗组采用综合手术治疗方法, 即剖宫产术前行子宫动脉置管, 胎儿娩出后立即行介入治疗; 对照组采用常规手术治疗方法。比较 2 组剖宫产术中出血量, 24 h 出血量, 住院天数, 子宫切除率及新生儿窒息率等相关指标。 **结果** 与对照组比较, 治疗组手术时间、术中出血量、24 h 出血量、术后住院时间均明显缩短, 子宫切除率较低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组新生儿窒息率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。 **结论** 综合治疗方法应用于凶险性前置胎盘患者围术期手术治疗, 可缩短手术时间、控制大出血、降低子宫切除率, 使患者尽可能的保持生理及心理的健康, 是一种安全、有效的治疗方法, 值得临床推广。

[关键词] 凶险性前置胎盘; 围术期; 综合治疗; 临床评价

[中图分类号] R714.43 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 2095-610X (2015) 11-0092-03

The Clinical Evaluation of Perioperative Integrated Operation Approaches in Operation Treatment of Pernicious Placenta Previa

ZHANG Wen-hui¹⁾, LI Jian-xiong¹⁾, XU Shao-rong¹⁾, ZHUANG Sui-lian¹⁾, SHI Jing²⁾

(1) Dept. of Gynecology and Obstetrics, Longgang District Maternity and Child Health Care Hospital, Shenzhen Guangdong 518172; 2) Dept. of Obstetrics, The 2nd West China Hospital of Sichuan University, Chengdu Sichuan 610041, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical effect of perioperative integrated operation approaches on the operation treatment of pernicious placenta previa. **Methods** 50 patients with pernicious placenta were divided into the treatment group (29 cases) and the control group (21 cases). Patients in treatment group were treated by integrated operation approaches, namely before cesarean section, patients were treated by uterine artery catheterization and after the baby was delivered, interventional therapy was applied immediately; patients in the control group were treated by routine operation method. The amount 24 h bleeding, hospital stay, hysterectomy rate and neonatal asphyxia rate were compared in the two groups. **Results** Compared with the control group, operative time, bleeding volume, bleeding volume in 24 h, postoperative hospitalization time in treatment group were shortened obviously, hysterectomy rate was lower significantly ($P < 0.05$); the neonatal asphyxia rate difference between the two groups had no statistical significance ($P > 0.05$). **Conclusion** Integrated operation approaches can shorten the operation time, bleeding and reduce the hysterectomy rate for patients with pernicious placenta previa, which can maintain the physical and mental health as much as possible, so it is a safe and effective treatment and worthy of clinical promotion.

[Key words] Pernicious placenta previa; Perioperative period; Integrated operation approaches; Clinical evaluation

[基金项目] 国家临床重点专科建设基金资助项目 (2011-1)

[作者简介] 张文慧 (1970~), 女, 广东惠州市人, 本科, 副主任医师, 主要从事妇产科临床研究工作。

[通讯作者] 石晶. E-mail: 285720203@qq.com

凶险性前置胎盘指的是患者既往有剖宫产史, 而且此次妊娠为前置胎盘, 且胎盘附着于子宫瘢痕部位^[1], 可导致孕产妇术中发生大出血、导致弥漫性血管内凝血、感染、子宫切除等严重并发症, 严重者可以导致产妇死亡, 是目前国内外主要导致孕产妇死亡的原因之一。凶险型前置胎盘常伴有胎盘植入, 绒毛可以异常的侵入子宫肌层, 导致严重的情况发生^[2]。临床上处理凶险型前置胎盘多采取宫腔填塞纱条、宫腔填塞 Cook 球囊、B-lynch 缝合、子宫下段环形缝合术以及子宫动脉结扎术等^[3], 但是, 凶险型前置胎盘患者一般在术中短时间内发生大量的出血, 往往没有时机采取上述治疗措施, 因此, 为了挽救产妇的生命, 常进行子宫切除术, 给患者带来了终身的痛苦。深圳市龙岗区妇幼保健院对收治的凶险性前置胎盘围手术期患者, 采用综合手术方法治疗, 取得了满意效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2012 年 4 月至 2015 年 2 月深圳市龙岗区妇幼保健院产科收治的凶险性前置胎盘孕妇 50 例, 术前均行彩超检查, 其中 21 例行 MRI 检查; 患者均排除介入治疗禁忌证、凝血功能障碍及严重内外科疾病者。其中年龄 22 ~ 45 岁, 平均 (33.7 ± 7.2) 岁; 孕周 31 ~ 40 周, 平均 (35.4 ± 5.8) 周; 既往剖宫产 3 次者 12 例, 2 次者 24 例, 1 次者 14 例; 既往人流 ≥ 3 次者 18 例, 2 次者 14 例, 1 次者 14 例, 无人流史者 4 例。根据治疗方法, 将 50 例凶险性前置胎盘围术期患者分为治疗组 29 例和对照组 21 例。2 组患者的年龄、孕周、人流次数、剖宫产次比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

孕妇既往有剖宫产史, 并且在孕中晚期出现无痛性阴道流血, 胎先露高浮, 异常胎产式等, 影像学检查显示胎盘位于子宫下段, 并覆盖于子宫瘢痕处。

1.3 治疗

1.3.1 治疗组 治疗组采用围术期综合手术治疗方法, 即在进行剖宫产术前行双侧输尿管及子宫动脉置管, 在胎儿娩出后, 即刻行介入治疗进行处理。具体治疗方法如下: (1) 术前充分沟通。术前, 医护人员要充分与患者及其家属沟通, 向其讲解手术以及麻醉的风险以及术中、术后可能出现的意外, 做好子宫切除的心理准备。(2) 术前准备。术前充分备血, 并选择有丰富经验的医

师进行手术, 并建立两条静脉通路。(3) 术中处理。置管成功后, 采用全身麻醉或硬膜外麻醉, 手术切口选择下腹正中纵切口以利于术野暴露以及进行抢救, 仔细检查子宫的情况, 如果子宫下段菲薄、血管怒张, 应高度怀疑有胎盘植入的存在。胎儿娩出后, 立即在 DSA 下行子宫动脉栓塞。子宫出血即刻减少即表示栓塞成功, 在不损伤脏器的情况下, 尽可能将胎盘组织清除干净, 常规缝合子宫。术后, 再次在 DSA 下检测双侧子宫动脉, 确保栓塞成功后, 将导管鞘拔除, 穿刺点压迫 15 min, 将输尿管支架拔除, 穿刺侧下肢制动 8 h, 平卧 24 h。

1.3.2 对照组 对照组采用常规手术方法进行治疗: 娩出胎儿后, 注射卡前列素丁三醇以及缩宫素, 剥离胎盘, 观察有无胎盘残留的情况。对于出血量过多或部分胎盘植入的孕妇可以采用宫腔纱条填塞、局部切除、缝扎或阴腹联合缝合等保守手术, 严重者将子宫切除。

1.4 观察指标

记录所有患者剖宫产术中出血量、24 h 出血量、住院天数、子宫切除率及新生儿窒息率等相关指标。

1.5 统计学分析

所有数据均应用 SPSS 进行处理, 计量资料比较采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2 组患者围术期手术情况比较, 与对照组比较, 治疗组手术时间、术中出血量、24 h 出血量、术后住院时间均明显缩短, 子宫切除率较低, 差异均具有显著性 ($\chi^2 = 4.469$, $P < 0.05$); 两组新生儿窒息率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$) 见表 1。

3 讨论

近年来, 随着剖宫产率的不断增加, 各种并发症也随之呈现增长的趋势^[4]。前置胎盘是妊娠期严重的并发症之一, 是晚期妊娠、产时以及产后出血的常见原因, 严重的患者需要将子宫切除, 甚至危及产妇的生命。有研究显示, 凶险性前置胎盘约占分娩人数的 0.15%, 占剖宫产后分娩人数的 2.94%, 其中, 植入型前置胎盘发生率约为 0.068%^[5,6]。凶险性前置胎盘的发生原因可能是由于剖宫产后子宫瘢痕处的内膜发生退行性变, 当产

表 1 2 组围术期手术情况 ($\bar{x} \pm s$)Tab. 1 perioperative operation of the two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术中出血量(mL)	手术时间(min)	24 h 出血量(mL)	住院天数(d)	子宫切除率(%)	新生儿窒息率(%)
治疗组	29	1 924.6 ± 425.1*	62.5 ± 16.1*	2 311.3 ± 492.1*	6.3 ± 1.7*	1(3.4)*	1(2.5)
对照组	21	2 839.2 ± 636.4	103.0 ± 21.5	3 511.5 ± 702.6	11.5 ± 3.6	6(28.6)	2(5.6)

与对照组比较, * $P < 0.05$.

妇再次受孕后, 子宫底蜕膜发育不良、血液供应减少、胎盘代偿性的面积增大, 增加了前置胎盘的发生率^[7,8].

超声能够清晰的显示胎盘与子宫肌层的异常回声以及彩色血流信号, 对于凶险型前置胎盘的诊断比较准确, 对胎盘植入也有一定的诊断价值. MRI 能根据胎盘对子宫肌层侵入、胎盘附着处子宫肌层变薄甚至中断对植入性和穿透性胎盘植入进行鉴别诊断^[9,10]. 本次研究中, 50 例患者均通过术前彩超检查确诊, 其中 21 例行 MRI 检查.

凶险性前置胎盘术中最大的危险是大出血, 能否有效的控制出血是决定子宫是否保留的决定性因素之一^[11]. 传统围术期的治疗方法比较多, 例如局部缝扎、局部切除、宫腔填塞、B-Lynch 缝合以及子宫动脉结扎等^[12]. 目前, 研究的重点在于找到一种可以降低切除子宫风险的治疗方法, 以有效的保留患者的生理机能. Brown 于 1979 年报道了经动脉栓塞治疗产后出血后, 该方法广泛应用于国内外的临床治疗中, 且取得了比较满意的治疗效果. 目前, 子宫动脉栓塞术已成为有效治疗难治性产后出血、胎盘植入以及宫颈妊娠的方法^[13]. 本研究结果显示, 与对照组比较, 治疗组手术时间、术中出血量、24 h 出血量、术后住院时间均明显缩短, 子宫切除率较低, 差异均具有显著性 ($P < 0.05$). 本次研究发现, 充分的术前准备、先行子宫动脉置管、胎儿快速娩出后立即行子宫动脉栓塞术, 可以有效的控制产时、产后大出血, 缩短手术时间, 减少了子宫切除以及并发症的发生, 保持了患者的生理机能^[14,15].

综上所述, 凶险性前置胎盘是严重的产科并发症, 一旦确诊, 一定要加强围术期管理. 采用有效的综合治疗方法能够有效的控制出血, 减少子宫切除率, 对于保持患者的生理及心理健康具有比较重要的临床价值, 是一种安全、积极、有效的治疗凶险性前置胎盘方法, 值得在临床上广泛的推广及应用.

[参考文献]

- [1] 陈华丰.凶险性前置胎盘 29 例临床分析[J].中国社区医师, 2012, 30(14): 186 - 187.
- [2] GARMIG I, GOLDMAN S, SHALEV E, et al. The effects of decidual injury on the invasion potential of trophoblastic cells[J]. Obstet Gynecol, 2011, 117(1): 55 - 59.
- [3] 周洁琼.凶险型前置胎盘 40 例临床分析[J].重庆医学, 2011, 42(5): 567.
- [4] SHRIVASTAVA V, NAGEOTTE M, MAJOR C, et al. Case-control comparison of cesarean hysterectomy with and without prophylactic placement of intra-vascular balloon catheters for placenta accrete [J]. Am J Obstet Gynecol, 2007, 197(4): 401 - 402.
- [5] 张岩, 柳友清.凶险性前置胎盘 58 例临床分析[J].安徽卫生职业技术学院学报, 2014, 13(1): 22 - 23.
- [6] 陈瑜.晚期妊娠凶险性前置胎盘 23 例临床分析[J].临床医药实践, 2011, 20(5): 346 - 348.
- [7] 焦雪娟, 靳丽杰, 申庆文, 等.凶险性前置胎盘 23 例临床分析[J].解剖与临床, 2013, 18(6): 495 - 498.
- [8] 李晴, 杨茵, 葛榕.孕晚期凶险型前置胎盘 30 例临床分析[J].山西医科大学学报, 2013, 6(14): 471 - 475.
- [9] LAX A I, PRINCE M R, MENNITT K W, et al. The value of specific MRI features in the evaluation of suspected placental invasion [J]. Magn Reson Imaging, 2007, 25(1): 87 - 93.
- [10] 包婧, 周晓莉, 游爱平, 等. 42 例凶险型前置胎盘的诊治和妊娠结局分析[J]. 华南国防医学杂志, 2015, 29(3): 215 - 217.
- [11] 朱玉莲.介入治疗产后大出血及胎盘植入 15 例临床分析[J].中国妇幼保健, 2012, 27(5): 797 - 798.
- [12] 陈英. 凶险性前置胎盘 29 例 [J]. 实用医学杂志, 2012, 28(4): 684 - 685.
- [13] 张国英, 周雪, 孙丽洲. 双侧子宫动脉栓塞术在难治性产科出血中的应用 [J]. 江苏医药, 2011, 37(22): 2673 - 2675.
- [14] 陶真兰, 关红琼, 林志东, 等. 介入治疗在凶险性前置胎盘剖宫产术中的应用效果分析[J].海南医学, 2014, 25(13): 1991 - 1993.
- [15] 刘康玉.前置胎盘未临产阴道大出血的应急处理, [J]. 川北医学院学报, 2002, 17(1): 109 - 110.
- [16] 蔡一铃.介入治疗用于凶险性前置胎盘临床分析[J].四川医学, 2014, 35(6): 682 - 685.

(2015 - 06 - 10 收稿)