

伴胎盘植入对凶险性前置胎盘患者临床预后的影响

李小丰 应群芳 陈青红 顾红红

温州医科大学附属慈溪医院妇产科, 浙江宁波 315300

通信作者: 李小丰, Email: hulizhang656@163.com

【摘要】 目的 观察伴胎盘植入对凶险性前置胎盘患者临床预后的影响。**方法** 选择 2016 年 6 月至 2019 年 6 月在温州医科大学附属慈溪医院就诊的凶险性前置胎盘患者 60 例作为研究对象, 根据患者是否伴胎盘植入分为伴胎盘植入组 (28 例) 和未伴胎盘植入组 (32 例)。所有类别手术均由同一医师操作。记录两组患者手术时间、术中输血量、术中出血量、产后出血、子宫切除、器官损伤情况; 比较两组新生儿出生体重、早产、窒息情况和 1 min 新生儿评分 (Apgar 评分) 的差异。**结果** 两组患者年龄、孕周、孕次比较差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$); 但伴胎盘植入组流产次数 (次: 2.73 ± 1.40 比 2.02 ± 1.02) 和剖宫产次数 (次: 1.92 ± 0.73 比 1.43 ± 0.82) 均明显高于未伴胎盘植入组 (均 $P < 0.05$); 伴胎盘植入组手术时间 (h: 2.06 ± 0.76 比 0.91 ± 0.33)、术中输血量 (U: 11.47 ± 5.39 比 2.85 ± 1.06)、术中出血量 (mL: $3\ 119.58 \pm 543.84$ 比 689.84 ± 345.50)、产后出血发生率 [21.43% (6/28) 比 3.13% (1/32)]、子宫切除率 [42.86% (12/28) 比 0 (0/32)] 及器官损伤率 [17.86% (5/28) 比 3.13% (1/32)] 均明显高于未伴胎盘植入组 (均 $P < 0.05$)。伴胎盘植入组和未伴胎盘植入组新生儿出生体重 (g: $2\ 874.64 \pm 448.85$ 比 $2\ 704.74 \pm 506.93$)、早产率 [10.71% (3/28) 比 15.63% (5/32)]、新生儿窒息发生率 [10.71% (3/28) 比 12.50% (4/32)] 及 1 min Apgar 评分 (分: 6.94 ± 2.20 比 7.02 ± 2.18) 比较差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$)。**结论** 伴胎盘植入产妇手术风险较大, 应选择有经验的医师, 多学科积极合作, 手术时应做好产妇产后失血性休克、多器官功能衰竭 (MOF) 的应对措施, 对于出血难以控制的患者建议切除子宫。

【关键词】 伴胎盘植入; 前置胎盘; 预后

基金项目: 浙江省慈溪市社会发展科技计划项目 (CN2018010)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2020.03.017

Influence of placenta implantation on clinical prognosis of patients with dangerous placenta previa

Li Xiaofeng, Ying Qunfang, Chen Qinghong, Gu Honghong

Department of Obstetrics and Gynecology, Cixi Hospital Affiliated to Wenzhou Medical University, Ningbo 315300, Zhejiang, China

Corresponding author: Li Xiaofeng, Email: hulizhang656@163.com

【Abstract】 Objective To investigate the effect of placenta implantation on the clinical prognosis of patients with dangerous placenta previa. **Methods** The 60 patients with placenta previa admitted in Cixi Hospital Affiliated to Wenzhou Medical University from June 2016 to June 2019 were selected as research objects. According to whether they had placenta implantation, the patients were divided into placental implantation group (28 cases) and non-placental implantation group (32 cases). All types of operations were performed by the same physician. The differences of operation time, intraoperative blood transfusion volume, intraoperative blood loss, postpartum bleeding, hysterectomy and organ injury of the two groups were recorded; the birth body weight, premature delivery, incidence of asphyxia and 1 minute Apgar score of the two groups were compared. **Results** There was no significant difference between the two groups in terms of age, gestational age and gravidity time (all $P > 0.05$), but the times of abortion (times: 2.73 ± 1.40 vs. 2.02 ± 1.02) and cesarean section (times: 1.92 ± 0.73 vs. 1.43 ± 0.82) in placental implantation group were significantly higher than those in non-placental implantation group (both $P < 0.05$); in placental implantation group, the operation time (hours: 2.06 ± 0.76 vs. 0.91 ± 0.33), intraoperative blood transfusion volume (U: 11.47 ± 5.39 vs. 2.85 ± 1.06), intraoperative blood loss (mL: $3\ 119.58 \pm 543.84$ vs. 689.84 ± 345.50), postpartum hemorrhage rate [21.43% (6/28) vs. 3.13% (1/32)], hysterectomy rate [42.86% (12/28) vs. 0 (0/32)] and organ injury rate [17.86% (5/28) vs. 3.13% (1/32)] were significantly higher than those in non-placental implantation group (all $P < 0.05$). There was no significant difference in the birth body weight (g: $2\ 874.64 \pm 448.85$ vs. $2\ 704.74 \pm 506.93$), premature delivery rate [10.71% (3/28) vs. 15.63% (5/32)], newborn asphyxia rate [10.71% (3/28) vs. 12.50% (4/32)] and 1 min Apgar score (points: 6.94 ± 2.20 vs. 7.02 ± 2.18 , all $P > 0.05$). **Conclusions** There is a high risk in the operation with placenta implantation. Experienced doctors should be chosen and cooperate with many subjects actively. During the operation, measures should be taken to deal with hemorrhagic shock and multiple organ failure (MOF) in parturients. For the patients whose bleeding is difficult to control, hysterectomy can be suggested.

【Key words】 Placental implantation; Placenta previa; Prognosis

Fund program: Cixi Social Development Science and Technology Plan Project in Zhejiang Province (CN2018010)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2020.03.017

前置胎盘是临床上妊娠期较为严重的并发症,常导致孕妇妊娠晚期发生阴道出血。凶险性前置胎盘是指孕产妇有剖宫产史,且本次妊娠出现前置胎盘附着在子宫瘢痕位置处^[1-2]。临床研究显示,合并胎盘植入的凶险性前置胎盘患者妊娠结局和临床预后情况不佳,且术前难以预测术中突发事件,一旦术中发生大量出血现象,将会严重威胁患者生命,因此属于妇产科急危重症^[3]。临床关于伴胎盘植入对凶险性前置胎盘患者妊娠结局和预后的影响,为临床此类患者的治疗提供参考,以期提高母婴安全性,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象及分组:选择 2016 年 6 月至 2019 年 6 月在本院就诊的凶险性前置胎盘患者 60 例作为研究对象。根据是否伴有胎盘植入将患者分为伴胎盘植入组(28 例)和未伴胎盘植入组(32 例)。

1.1.1 纳入标准:超声检查确诊为前置胎盘者^[4]。

1.1.2 排除标准:①伴恶性肿瘤者;②伴凝血功能障碍、免疫系统疾病者。

1.1.3 伦理学:本研究符合医学伦理学标准,并经本院伦理委员会批准(审批号:2020-LP-LW001),对患者采取的治疗和检测均获得过患者或其家属的知情同意。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法:60 例凶险性前置胎盘患者均进行剖宫产术,其中伴胎盘植入组 12 例行子宫切除术,其他 48 例行保宫治疗;给予宫缩剂+子宫捆绑术 14 例,宫缩剂+宫腔纱布填塞 14 例,宫缩剂+宫腔纱布填塞+子宫动脉上支结扎 13 例,病灶清除术 7 例。且所有类别手术均由同一医师操作。

1.2.2 临床处理措施:安排产妇按期产检,根据患者自身情况给予贫血纠正治疗。请有经验的医师进行胎盘评估,充分备血后择期行剖宫产手术,在孕 34~35 周终止妊娠。术中根据胎盘情况行个体化子宫切口,使胎儿尽快娩出,Folys 尿管捆扎子宫下段,如果产妇出血不多但胎盘剥离困难,采取保守治疗(如局部切除嵌入的胎盘止血);如胎盘植入面积较大,上述方法仍不能有效止血,可与家属积极沟通后行子宫切除术。术中进行补液支持,并给予药物协助宫缩。

1.3 观察指标:记录两组患者手术时间、术中输血量、术中出血量及产后出血、子宫切除和器官损伤情况;比较两组新生儿出生体质量和早产、新生儿窒息情况及 1 min 新生儿评分(Apgar 评分)的差异。

1.4 统计学方法:使用 SPSS 21.0 统计软件分析数据,符合正态分布的计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以例(率)表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 是否伴胎盘植入两组凶险性前置胎盘患者的一般资料比较(表 1):两组患者年龄、孕周、孕次比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$);但伴胎盘植入组流产次数和剖宫产次数均明显高于未伴胎盘植入组(均 $P<0.05$)。

2.2 是否伴胎盘植入两组凶险性前置胎盘患者的手术情况比较(表 2):伴胎盘植入组患者手术时间较未伴胎盘植入组明显延长,术中输血量、术中出血量及产后出血发生率、子宫切除率及器官损伤率均明显高于未伴胎盘植入组(均 $P<0.05$)。

2.3 两组新生儿情况比较(表 3):两组新生儿出生体质量、早产率、新生儿窒息率及 1 min Apgar 评分比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$)。

表 1 是否伴胎盘植入两组凶险性前置胎盘患者一般资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数(例)	年龄(岁)	孕周(周)	孕次(次)	流产次数(次)	剖宫产次数(次)
伴胎盘植入组	28	34.33 $\pm$ 5.03	36.02 $\pm$ 2.21	2.92 $\pm$ 1.55	2.73 $\pm$ 1.40	1.92 $\pm$ 0.73
未伴胎盘植入组	32	33.97 $\pm$ 4.89	36.20 $\pm$ 2.14	2.73 $\pm$ 1.83	2.02 $\pm$ 1.02	1.43 $\pm$ 0.82
t 值		0.281	-0.320	0.431	2.264	2.429
P 值		0.780	0.750	0.668	0.027	0.018

表 2 是否伴胎盘植入两组凶险性前置胎盘患者手术情况比较

组别	例数(例)	手术时间(h, $\bar{x}\pm s$)	术中输血量(U, $\bar{x}\pm s$)	术中出血量(mL, $\bar{x}\pm s$)	产后出血发生率[% (例)]	子宫切除率[% (例)]	器官损伤率[% (例)]
伴胎盘植入组	28	2.06 $\pm$ 0.76	11.47 $\pm$ 5.39	3 119.58 $\pm$ 543.84	21.43(6)	42.86(12)	17.86(5)
未伴胎盘植入组	32	0.91 $\pm$ 0.33	2.85 $\pm$ 1.06	689.84 $\pm$ 345.50	3.13(1)	0.00(0)	3.13(1)
t/χ^2 值		7.766	8.863	20.918	4.855	17.143	6.234
P 值		0.000	0.000	0.000	0.028	0.000	0.013

表 3 是否伴胎盘植入两组新生儿情况比较

组别	例数(例)	出生体质量(g, $\bar{x} \pm s$)	早产率[% (例)]
伴胎盘植入组	28	2 874.64 $\pm$ 448.85	10.71 (3)
未伴胎盘植入组	32	2 704.74 $\pm$ 506.93	15.63 (5)
t/χ^2 值		1.366	0.583
P 值		0.177	0.445

组别	例数(例)	新生儿窒息发生率[% (例)]	1 min Apgar 评分(分, $\bar{x} \pm s$)
伴胎盘植入组	28	10.71 (3)	6.94 $\pm$ 2.20
未伴胎盘植入组	32	12.50 (4)	7.02 $\pm$ 2.18
t/χ^2 值		0.046	-0.141
P 值		0.830	0.888

3 讨论

凶险性前置胎盘是指有剖宫产史患者此次妊娠为前置胎盘。随着二胎政策的开放,凶险性前置胎盘的发生率明显升高^[5]。有研究显示,凶险性前置胎盘并发胎盘植入的危险性会显著增加,可能造成胎儿宫内窘迫、死胎、产妇阴道出血等,此外还会增加产妇产后子宫切除率,严重威胁产妇和胎儿的生命安全^[6]。如何保证伴胎盘植入产妇安全度过孕期,并尽量避免分娩时可能遇到的风险,降低子宫切除率、大出血发生率是临床亟待解决的问题^[7]。

目前,临床关于影响前置胎盘患者并发胎盘植入的危险因素尚无统一论。本研究样本量不足,仅采用单因素分析影响伴胎盘植入的危险因素,结果显示,伴胎盘植入组患者流产次数和剖宫产次数明显高于未伴胎盘植入组,因此考虑流产次数和剖宫产次数是凶险性前置胎盘伴胎盘植入的危险因素。

有研究显示,胎盘植入因累及的部位和程度不同,患者临床表现也不尽相同,胎盘植入面积、部位、程度与产妇的妊娠结局直接相关,对于胎盘植入面积较大的患者,严重时累及膀胱,需要给予计划性子宫切除^[8]。本研究结果显示,伴胎盘植入组患者手术时间、术中输血量、术中出血量、产后出血发生率、子宫切除率及器官损伤率明显高于未伴胎盘植入组。笔者认为,伴胎盘植入会显著增加前置胎盘患者的手术难度和手术风险,且患者可能会短时间内大量出血,发生失血性休克、多器官功能衰竭(MOF)、弥散性血管内凝血(DIC)等,因此在对这类患者进行治疗时应随时做好输血准备和应对风险的措施,此外术后也应密切关注产妇是否仍有出血,并及时处理。有研究显示,胎盘植入会明显增加前置胎盘患者的子宫切除率^[9],这与本研究结果一致。主要原因是伴胎盘植入患者的胎盘植入面积较大,手术过程中失血过多难以控制时,不得已进行子宫切除,因此会增加子宫切除率。本研究两组新生

儿结局比较差异均无统计学意义。笔者认为这可能与术前准备充分,术中医师抢救及时有关。也有研究显示,伴胎盘植入产妇终止妊娠的最佳时机为34~35孕周^[10]。本研究对伴胎盘植入的凶险性前置胎盘患者在孕35周终止妊娠,并给予地塞米松促进胎儿成熟,以上措施也能更好地改善新生儿结局。

综上所述,伴胎盘植入产妇手术风险较大,应多学科积极合作,手术时做好各种应对措施,对于出血难以控制者建议切除子宫。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 曹殿玲.前置胎盘产妇合并胎盘植入危险因素及对产妇与新生儿的影响[J].中国医学创新, 2019, 16 (32): 51-54. DOI: 10.3969/j.issn.1674-4985.2019.32.013.
- [2] 何惠丽,吴乃安,于岚.前置胎盘合并胎盘植入的研究分析[J].中国临床研究, 2016, 29 (9): 1234-1237.
- [3] Bowman ZS, Eller AG, Bardsley TR, et al. Risk factors for placenta accreta: a large prospective cohort [J]. Am J Perinatol, 2014, 31 (9): 799-804. DOI: 10.1055/s-0033-1361833.
- [4] 中华医学会妇产科学分会产科学组.前置胎盘的临床诊断与处理指南[J].中华妇产科杂志, 2013, 48 (2): 148-150. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2013.02.016.
- [5] 蔡瑞贤,戴婉波,覃小红.胎盘植入对凶险型前置胎盘患者妊娠结局的影响[J].河南医学研究, 2016, 25 (2): 272-273. DOI: 10.3969/j.issn.1004-437X.2016.02.039.
- [6] Wumba RD, Zanga J, Aloni MN, et al. Interactions between malaria and HIV infections in pregnant women: a first report of the magnitude, clinical and laboratory features, and predictive factors in Kinshasa, the Democratic Republic of Congo [J]. Malar J, 2015, 14: 82. DOI: 10.1186/s12936-015-0598-2.
- [7] 侯磊,谢志红,贾慧慧.凶险型前置胎盘并发胎盘植入23例临床分析[J].临床军医杂志, 2015, 43 (4): 391-393, 399. DOI: 10.3969/j.issn.1671-3826.2015.04.19.
- [8] 侯磊,谢志红,贾慧慧.凶险型前置胎盘并发胎盘植入23例临床分析[J].临床军医杂志, 2015, 43 (4): 391-393, 399. DOI: 10.3969/j.issn.1671-3826.2015.04.19.
- [9] 王军,王心,尚丽新.凶险型前置胎盘临床特点及对妊娠结局影响的观察[J].人民军医, 2015, 58 (8): 919-921.
- [10] 王英兰,王硕石,张海鹰,等.凶险性前置胎盘127例临床分析[J].暨南大学学报(自然科学与医学版), 2015, 36 (4): 348-352. DOI: 10.11778/j.jdx.2015.04.013.

(收稿日期: 2020-01-06)