

· 临床研究 ·

# 子宫动脉置管在凶险性前置胎盘剖宫产术中的疗效研究

林丽慧, 唐梅

儋州市第一人民医院妇产科, 海南 儋州 571700

**摘要:** **目的** 探讨子宫动脉置管在凶险性前置胎盘剖宫产术中的应用及其疗效。**方法** 选取 2014 年 1 月至 2014 年 12 月收治的凶险性前置胎盘行子宫动脉置管术的 59 例产妇作为观察组;同时选择 2013 年 1 月至 2013 年 12 月收治的凶险性前置胎盘剖宫产术中大出血产妇 47 例作为对照组。比较两组产妇手术情况及妊娠结局。**结果** 观察组手术时间[(72.41 ± 3.36) min vs (108.91 ± 8.74) min]、24 h 出血量[(2 667.93 ± 341.52) ml vs (3 867.79 ± 836.85) ml]、术中出血量[(2 423.17 ± 329.58) ml vs (2 973.21 ± 956.92) ml]、子宫切除率(0 vs 36.17%)、弥散性血管内凝血发生率(DIC)(0 vs 19.15%)、产褥病发生率(0 vs 17.02%)、产后出血量 ≥ 2 000 ml(8.47% vs 44.68%)及新生儿窒息率(1.69% vs 12.77%)等方面均低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。**结论** 子宫动脉置管在凶险性前置胎盘剖宫产术中疗效显著。

**关键词:** 凶险性前置胎盘; 剖宫产; 子宫动脉置管; 介入治疗; 妊娠结局; 手术时间; 出血量; 并发症

**中图分类号:** R 714.4 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)01-0095-03

凶险性前置胎盘指的是有子宫手术史再次妊娠后为前置胎盘,而且此次妊娠胎盘附着于原子宫瘢痕部位的妊娠情况,孕妇往往伴有胎盘植入<sup>[1]</sup>。近几年,剖宫产率显现出逐年上升的趋势,而剖宫产后再次妊娠的孕妇人数明显增加,导致凶险性前置胎盘孕妇越来越多。凶险性前置胎盘是产后出血的重要因素,严重者甚至危及产妇生命安全<sup>[2]</sup>。因此,采取何种有效措施处理凶险性前置胎盘以保障产妇安全,成为临床工作者研究的重点课题。本研究分析子宫动脉置管在凶险性前置胎盘剖宫产术中的临床效果,并与本院前期凶险性前置胎盘剖宫产术中大出血产妇的手术情况及妊娠结局进行对照。现将结果报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集我院 2014 年 1 月至 2014 年 12 月收治的凶险性前置胎盘行子宫动脉置管术的 59 例产妇作为观察组,年龄 24 ~ 36 岁,孕周 37 ~ 40 周,孕次 1 ~ 5 次;同时选择 2013 年 1 月至 2013 年 12 月收治的凶险性前置胎盘剖宫产术中大出血产妇 47 例作为对照组,年龄 25 ~ 36 岁,孕周 36 ~ 40 周,孕次 1 ~ 5 次。此次研究经本院医学伦理委员会讨论同意,产妇及家属均知情同意并签署知情同意书。两组产妇在

年龄、产次、孕次及孕周等一般资料的比较,差异均无统计学意义( $P$  均  $> 0.05$ ),具有可比性。见表 1。

表 1 两组产妇一般资料比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	年龄(岁)	孕周(周)	孕次	产次
观察组	59	27.9 ± 4.3	35.2 ± 2.4	3.7 ± 1.3	1.3 ± 0.6
对照组	47	28.1 ± 4.6	34.9 ± 2.3	3.9 ± 1.5	1.4 ± 0.5
$t$ 值		0.231	0.651	0.735	0.917
$P$ 值		0.818	0.516	0.464	0.361

**1.2 入选标准** (1) 均有 1 次及以上剖宫产史; (2) 病例资料完整; (3) 均符合凶险性前置胎盘诊断标准。

**1.3 排除标准** 排除凝血功能障碍、病例资料不完整、伴有严重合并症、多胎妊娠及严重心、肝、肾等器官功能不全者及拒绝参与本研究的患者。

## 1.4 方法

**1.4.1 诊断标准** 前置胎盘参照妇产科学中的诊断标准进行判断<sup>[3]</sup>,在妊娠 28 周之后,胎盘位于子宫下段,较胎先露部位置低,下缘覆盖或者达到宫颈内口。凶险性前置胎盘为产妇既往有子宫肌瘤剔除史或剖宫产史,再次妊娠为前置胎盘。

**1.4.2 治疗方法** 将产妇转至手术室行剖宫产术,子宫动脉置管前对产妇全身情况进行仔细检查,纠正贫血,并备好 2 000 ml 血液,深静脉置管为术中输血做好准备。剖宫产术前首先行子宫动脉置管,切开子宫下段后及时行胎盘打洞,娩出胎儿,胎盘暂不娩出,钳夹胎盘边缘,于子宫下段行纱条填塞压迫止血,然

后即刻行子宫动脉栓塞术或双侧髂内动脉栓塞术,将堵塞血管的时间控制在 1 h 内,然后行胎盘剥离术,将可去除的胎盘尽可能剥离干净,残留胎盘行局部缝合止血,在行栓塞术时可给予甲氨蝶呤局部注射,术后行影像学及实验室检查,了解产妇产后出血及人绒毛膜促性腺激素变化情况。

1.5 观察指标 比较两组产妇手术情况、并发症发生率(包括产后出血量 $\geq 2\ 000$  ml)、住院时间及新生儿情况。

1.6 统计学处理 应用 SPSS 17.0 软件进行统计分析。符合正态分布的计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示,计量资料组间比较采用独立样本  $t$  检验;计数资料以百分率(%)表示,计数资料采用  $\chi^2$  检验和校正  $\chi^2$  检验进行分析。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

表 2 两组产妇手术情况及术后情况比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	手术时间(min)	24 h 出血量(ml)	术中出血量(ml)	住院时间(d)
观察组	59	72.41 $\pm$ 3.36	2667.93 $\pm$ 341.52	2423.17 $\pm$ 329.58	6.05 $\pm$ 1.27
对照组	47	108.91 $\pm$ 8.74	3867.79 $\pm$ 836.85	2973.21 $\pm$ 956.92	6.21 $\pm$ 1.33
$t$ 值		29.487	10.024	4.123	0.631
$P$ 值		0.000	0.000	0.000	0.529

表 3 两组产妇子宫切除率及术后并发症发生率的比较  
例(%)

组别	例数	子宫切除	DIC	产褥病	产后出血量 $\geq 2\ 000$ ml
观察组	59	0	0	0	5(8.47)
对照组	47	17(36.17)	9(19.15)	8(17.02)	21(44.68)
$\chi^2$ 值		25.417	9.631	8.560	18.525
$P$ 值		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

表 4 两组新生儿情况比较 例(%)

组别	例数	窒息	早产	死亡
观察组	59	1(1.69)	29(49.15)	0
对照组	47	6(12.77)	31(65.96)	1(2.13)
$\chi^2$ 值		5.199	3.008	1.267
$P$ 值		0.023	0.083	0.260

### 3 讨论

凶险性前置胎盘是产科急重症之一,多发生在妊娠的中晚期。凶险性前置胎盘可增加新生儿窒息、DIC、产后出血等并发症发生的风险,如处理不当可危及产妇及新生儿生命安全。凶险性前置胎盘往往极易发生胎盘植入,其发病机制目前尚未清楚,可能与蜕膜发育不良等有关<sup>[4-5]</sup>。胎盘植入进一步增加了凶险性前置胎盘产妇出血量及产后出血的风险,可能会引起难治性大出血的发生,因而提高了产妇产后子宫切除的几率。既往研究显示,凶险性前置胎盘的发生因素包括妊娠次数、剖宫产次数、胎盘位置、孕周等<sup>[6-9]</sup>。临床相关研究发现,一次剖宫产史前置胎盘

## 2 结果

2.1 两组产妇手术情况及术后情况比较 观察组手术时间、术中出血量、24 h 出血量均低于对照组,差异有统计学意义( $P$  均  $< 0.01$ );两组患者住院时间比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 2。

2.2 两组产妇子宫切除率及术后并发症发生率的比较 观察组子宫切除、弥散性血管内凝血(DIC)、产褥病、产后出血量 $\geq 2\ 000$  ml 发生率均低于对照组,差异有统计学意义( $P$  均  $< 0.05$ )。见表 3。

2.3 两组新生儿情况比较 观察组新生儿窒息率低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );两组新生儿早产率、死亡率比较,差异无统计学意义( $P$  均  $> 0.05$ )。见表 4。

发生率约为 15%,两次剖宫产史前置胎盘发生率约为 32%,而三次剖宫产史前置胎盘发生率在 40% 以上,表明前置胎盘发生率与剖宫产次数密切相关<sup>[10]</sup>。因此,在临床中对不具备剖宫产手术指征的孕妇要减少剖宫产手术。凶险性前置胎盘往往会导致剖宫产术中及术后大出血的发生,所以对于凶险性前置胎盘的治疗重点是在最短时间内及时有效控制出血情况。目前,临床中处理凶险性前置胎盘剖宫产术中及术后出血的常用方法包括注射止血药物、缩宫素、子宫动脉上行支结扎术、宫腔纱布填塞术以及改良 B-lynch 缝合术等。当难治性出血危及产妇生命安全时应及时行子宫次全切除术或全切除术,不过对于年轻产妇而言,子宫切除不可避免会造成生理及心理创伤<sup>[11]</sup>。

由于传统治疗方法风险较大,本研究分析了剖宫产前行子宫动脉置管对凶险性前置胎盘产妇手术情况、并发症及新生儿妊娠结局的影响,结果显示,观察组在手术时间、24 h 出血量、术中出血量以及子宫切除、DIC、产褥病、产后出血量 $\geq 2\ 000$  ml、新生儿窒息等方面发生率均低于对照组。研究结果表明对于凶险性前置胎盘产妇先行子宫动脉置管术可以显著改善妊娠结局。蔡一铃<sup>[12]</sup>的研究显示,凶险性前置胎盘剖宫产术前给予子宫动脉置管,有效减少了产妇产后出血量,降低了 DIC 及新生儿窒息、早产和死亡率。本研究与其结果类似。凶险性前置胎盘在剖宫产术中及术后容易发生大出血,但通过先行子宫动

脉置管术,在胎儿快速娩出后即刻进行子宫动脉栓塞术或双侧髂内动脉栓塞术,可有效降低甚至避免大出血的发生,减少术中及术后出血量。新生儿窒息的主要原因包括脐带因素、胎盘因素、子宫因素及母体因素。当发生子宫大出血、产妇急性失血等情况时极易导致胎盘血液循环出现障碍,从而诱发新生儿窒息。通过先行子宫动脉置管可减少剖宫产术中产妇出血情况,有利于维持胎盘血液循环稳定,从而减少新生儿窒息的发生。黄凯清<sup>[13]</sup>的研究报道称,DIC 的发生与产后出血、胎盘早剥、妊娠期急性肝病、重度子痫、羊水栓塞等因素有关,其中产后出血是引起 DIC 的主要因素,其原因为发生大出血后,在短时间内凝血因子出现大量损耗,从而诱发 DIC。本研究中,观察组产妇产前先行子宫动脉置管,及时控制产后出血的发生及出血量,在一定程度上减轻了组织损伤,从而降低了 DIC 发生率。而且通过减少大出血的发生,也在一定程度上降低了子宫切除的发生率,使产妇保留了子宫和生育功能,避免对产妇造成生理及心理上的创伤。

综上所述,子宫动脉置管在凶险性前置胎盘剖宫产术中疗效显著。其可降低产妇术后并发症及子宫切除发生率,明显减少术中及术后 24 h 出血量,保证母婴生命安全。在随后的研究当中,应扩大样本量,进一步开展更全面、更深入的介入治疗研究,探索治疗凶险性前置胎盘更加安全有效的方案。

#### 参考文献

[1] 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.

- [2] 刘雁,郭晓玲,曾萌,等. 凶险型前置胎盘并胎盘植入的诊治研究[J]. 中华产科急救电子杂志,2013,2(1):31-33.
- [3] 杨厚林,唐仪,方主亭,等. 腹主动脉阻断联合子宫动脉栓塞在九例前置胎盘并胎盘植入剖宫产手术中的应用[J]. 介入放射学杂志,2013,22(12):1036-1038.
- [4] 李巨,唐晓霞,陈震宇,等. 前置胎盘剖宫产术中出血的止血方法探讨[J]. 中华妇产科杂志,2012,47(9):695-696.
- [5] Furuta K, Tokunaga S, Furukawa S, et al. Acute and massive bleeding from placenta previa and infants' brain damage[J]. Early Hum Dev, 2014, 90(9):455-458.
- [6] 李晓云,曹永利. 凶险性前置胎盘 20 例临床分析[J]. 海南医学,2013,24(12):1823-1824.
- [7] Tsuda H, Kotani T, Sumigama S, et al. Effect of placenta previa on neonatal respiratory disorders and amniotic lamellar body counts at 36-38 weeks of gestation[J]. Early Hum Dev, 2014, 90(1):51-54.
- [8] 季淑英,姬明杰,李桂荣,等. 凶险型前置胎盘 65 例临床分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志,2014,17(9):1412-1415.
- [9] 张爱兰. 凶险型前置胎盘诊疗的探讨[J]. 中华全科医学,2014,12(3):414-416.
- [10] 卢红梅,孙丽洲. 凶险型前置胎盘的妊娠结局探讨[J]. 中国妇幼保健研究,2014,25(5):799-801.
- [11] Doumouchtsis SK, Arulkumaran S. The morbidly adherent placenta: an overview of management options[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2010, 89(9):1126-1133.
- [12] 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.
- [13] 黄凯清. 125 例妊娠并发弥散性血管内凝血原发病因与预后分析[J]. 实用妇产科杂志,2011,27(7):542-544.

收稿日期:2015-08-24 修回日期:2015-10-03 编辑:王海琴