

凶险性前置胎盘的诊断与治疗进展

覃慧瑛

环江县妇幼保健院 广西河池 547199

〔摘 要〕凶险性前置胎盘指附着于前次有剖宫产子宫切口瘢痕部位的前置胎盘，由子宫手术后瘢痕处继发性局部缺血性改变，引起蜕膜发育不良或滋养细胞过度侵袭性改变所致，是引起围术期大出血的一大诱因。针对凶险性前置胎盘孕妇，应及早诊断，给出科学、合理的诊疗方式，择期进行剖宫产手术，使妊娠终止。本研究对凶险性前置胎盘发病机制和危险因素进行简要论述，提出科学、有效的诊断及治疗方法。

〔关键词〕凶险性前置胎盘；发病机制；危险因素；剖宫产；超声检查

〔中图分类号〕R714.2 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2020) 03-233-02

凶险性前置胎盘属于临床常见妊娠情况，风险高，倘若治疗不及时，会危及产妇及胎儿健康。研究证实^[1]，凶险性前置胎盘是导致孕妇产后出血、休克、弥散性血管内凝血的一大诱因。调查显示^[2]，有剖宫产史产妇前置胎盘发生率 2.54%，胎盘植入发生率高达 38.2%，相较于无子宫瘢痕产妇，高达数倍。凶险性前置胎盘指既往有剖宫产史或子宫肌层剔除术史，本次妊娠为前置胎盘，胎盘附着于原手术瘢痕部位，发生胎盘粘连、植入和致命性大出血的风险高。倘若未及时处理，很容易发生胎盘粘连、植入情况，造成大出血，严重者还需切除子宫，影响生育，危及母婴安全。本文特进行如下综述：

1 发病机制和危险因素

1.1 凶险性前置胎盘

凶险性前置胎盘指既往有剖宫产史而再次妊娠时胎盘附着于原子宫切口部位，特点为高危、易发、死亡率高。现如今，高龄产妇数量及剖宫产率呈逐年上升趋势，前置胎盘及合并胎盘粘连、植入发生率显著增高，其中，前置胎盘患者中，有 10% 发生胎盘粘连问题，倘若未及时发现，很容易诱发生后大出血、弥散性血管内凝血等高危并发症，发生产妇及胎儿死亡问题^[3]。

1.2 发病机制

在凶险性前置胎盘患者中，时常发生胎盘与子宫肌层关系异常情况，诸如，胎盘粘连、植入、穿透，究其原因，可能是受精卵植入部位子宫内膜受损。孕早期，卵巢激素对子宫内膜间质产生影响，使之出现蜕膜化问题，植入绒毛后，发生子宫—胎盘血液循环。倘若子宫内膜受损，底蜕膜海绵层减少，会使绒毛膜直接在子宫肌层附着。

1.3 危险因素

凶险性前置胎盘危险因素有既往剖宫产手术史、多次剖宫产史。一些孕妇伴前置胎盘，胎盘植入风险会随剖宫产次数增加。年龄、产次、既往子宫手术史等因素导致的子宫瘢痕、子宫畸形、妊娠间隔时间短、吸烟、胚胎移植术、既往前置胎盘史等都是其危险因素。

2 诊断

2.1 超声检查

凶险性前置胎盘诊断中，超声检查应用普遍。当凶险性前置胎盘伴胎盘植入，超声检测的灵敏度、特异性非常高。孕早期，会出现妊娠囊着床位置低、子宫前壁肌层薄等植入

性胎盘信号。孕中晚期，胎盘—子宫肌层接触面的子宫肌层低回声消失、变薄。血流信号如下：胎盘内出现液性暗区，大小不等，形态不规则。究其原因，胎盘对子宫肌层内小动脉产生冲击，胎盘血池又被高压动力血流冲击。临床上，前置胎盘粘连植入经 3D 能量多普勒血管成像、血管流量指数预测^[4]。

2.2 盆腔 MRI 检查

倘若超声诊断不明确，或者，胎盘在子宫后壁附着、植入，可借助 MRI 对胎盘与子宫肌层关系进行明确。在孕 24 周后，执行 MRI 检查。伴胎盘植入，MRI 显示：孕妇胎盘 MRI 局部子宫—胎盘界面变薄或存在缺陷；子宫下段膨出；胎盘内信号混乱；T2 加权图像中胎盘显示低信号；胎盘血管分布异常；周围血管遭受侵犯；子宫肌层被胎盘组织侵入，结合带局部中断或者变薄。相较于超声，MRI 优势在于对胎盘侵袭深度的评估。

2.3 血清生化指标

血清生化指标的作用在于进行胎盘植入分类。举例而言，在超声、MRI 诊断胎盘植入时，发挥 AFP、 β -HCG 作用，能够得出准确的诊断结果。研究证实^[5]，当母体外周血清游离 AFP、 β -HCG 异常升高时，会发生胎盘植入风险。当孕妇发生胎盘粘连、植入时，血浆游离 HPL mRNA、 β -HCG mRNA 升高，植入越深，增高越快。胎盘绒毛和子宫肌壁异常种植关系能够通过游离 β -HCG mRNA 水平反映出来。

3 治疗

3.1 终止妊娠

孕周在 36 周以上，产前出血风险非常大，需通过急诊手术终止妊娠。反之，孕周在 36 周以内，会延长住院时间。妊娠终止时间以 34-36 周为宜。

3.2 手术治疗

凶险性前置胎盘产后出血概率大，原因即胎盘于子宫下段附着，导致其收缩乏力，产生弥漫性出血问题。

3.2.1 全子宫切除术

未剥离胎盘情况下，把子宫切除，对术中出血、术后并发症问题加以规避，但患者再无生育能力。由于子宫和膀胱腹膜粘连紧密，增加膀胱下推难度。经子宫后路，把子宫切除，以免膀胱后壁与子宫下段前壁胎盘分离，规避创面渗血问题，确保行子宫切除术后，不会对患者的输尿管、肠管、膀胱造成损伤，减少术中出血量。

(下转第 235 页)

散水饮, 具有显著的温肺化饮的效果, 另外发现该药不但能够改善临床症状, 同时还能纠正细胞因子紊乱情况。

2.2 外治法

2.2.1 针灸治疗

在陈锦暖等^[6]学者研究中, 按照慢性阻塞性肺疾病患者的不同状态制定出了三种针灸治疗方法治疗慢性阻塞性肺疾病, 即宣散发、升散法、敛散法, 通过对 67 例 AECOPD 患者进行针灸治疗, 结果显示, 治疗有效率为 98.50% (66/67) 例。程洋、戴丽等^[7]学者将砭石疗法应用于中西医结合治疗中, 即在西药治疗以及中药汤剂的基础上开展砭石热熨背部, 每次 15—30 分钟, 一天两次, 结果显示, 临床治疗效果明显高于西药治疗。

2.2.2 中药穴位敷贴

在孙学艳等^[8]学者研究中, 对 AECOPD 患者采用中药穴位经皮给药联合西药治疗, 处方, 黄芪、雪莲、炙麻黄、杏仁等, 在充分研磨后添加甘油、氮酮等制成膏剂, 分别贴敷在肺俞、膻中、脾俞、风门、定喘穴位置, 结果证实, 该中药通过穴位给药后, 能够起到调节免疫工作的作用。

3 小结

总而言之, 现阶段, 临床上在治疗 AECOPD 患者时, 西药治疗主要按照病因以及对症治疗, 然而中医通过辩证治疗 AECOPD, 不但有效改善急性发作期临床症状以及肺功能, 同时还能有效以至于炎性介质的释放, 减少了疾病的发病次数, 从而提高了患者的生活质量。通过将中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者, 可有效解决西医治疗的难点问题, 如痰液引流不畅、水电解质紊乱等, 并且显著改善了临床症状,

加快了患者的康复速度, 提高了对患者的治疗效果。

[参考文献]

- [1] 李允, 罗裕文, 郑晶晶, 等. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期住院患者呼吸道病毒病原学分布及危险因素分析 [J]. 中国现代医学杂志, 2016, 26(6):80-84.
- [2] 王洪群, 王兴胜, 王虎成, 等. 影响慢性阻塞性肺疾病急性加重期糖皮质激素剂量选择的危险因素分析 [J]. 老年医学与保健, 2018, 24(3):247-250.
- [3] 杨秀云, 杨中良, 黄飞华, 等. 清气化痰汤结合西医治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期疗效和证候变化的 Meta 分析 [J]. 中华中医药学刊, 2016, 18(4):860-863.
- [4] 周炜, 王月平, 邵雪华, 等. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者下呼吸道感染革兰阴性菌分布及耐药性分析 [J]. 中华临床感染病杂志, 2016, 9(1):37-44.
- [5] 杨振英, 王亚坤, 周礼清, 等. 糖皮质激素类联合肾上腺素能 β 激动剂对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的疗效分析 [J]. 安徽医药, 2018, 22(1):151-155.
- [6] 陈锦暖, 霍志荣, 吴雷, 等. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者合并急性肺动脉栓塞的危险因素分析 [J]. 中国临床研究, 2016, 29(10):1356-1359.
- [7] 程洋, 戴丽, 夏国光, 等. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者 APACHE II 评分与病情严重程度及预后关系的研究 [J]. 国际呼吸杂志, 2018, 38(5):336-340.
- [8] 孙学艳, 华毛, 冯喜英, 等. 雾化吸入治疗对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者血清 IL-8、INF- α 表达影响的研究进展 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 17(89):20-21.

(上接第 233 页)

3.2.2 保守治疗

原位保留胎盘: 切开子宫后避免损伤胎盘, 将其保留下来, 常规缝合。借助宫缩素、子宫动脉栓塞等方式, 对产后出血加以控制, 确保胎盘在短时间内吸收、自然脱落、排出。相较于全子宫、部分子宫切除, 原位保留胎盘, 使术后出血、感染、二次开腹手术风险增加。倘若术后患者存在持续性阴道流血、下腹痛, 发挥宫腔镜作用, 进行探查, 把宫腔内残余胎盘胎膜组织去除。

切除胎盘、受侵袭子宫壁: 出血问题得到控制, 受累子宫壁面积在 50% 以下, 可将胎盘、受侵子宫壁整体切除。发挥双侧髂内动脉球囊作用, 对盆腔血流进行阻滞, 使产后出血、二次开腹切除子宫风险得到有效控制。

4 总结和展望

在产科, 凶险性前置胎盘比较常见, 其作为一种特殊妊娠情况存在。当前, 我国剖宫产率非常高, 直接导致凶险性胎盘发生率增加, 很容易合并胎盘植入问题, 导致出血风险、出血量增加, 严重威胁产妇及新生儿健康。既往剖宫产孕妇再次妊娠伴前置胎盘概率可达 5%, 凶险性前置胎盘中, 又有 8.4% 可能发生植入风险。剖宫产手术次数越多, 凶险性前置胎盘植入发生率越高。临床上, 应加强对凶险性前置胎盘的关注度, 依据孕妇情况, 及时开展诊断工作, 明确该病诱因, 从多个方面, 给出科学、有效的治疗措施, 使孕妇脱离危险。

该过程中, 经超声、盆腔 MRI、血清生化指标等方式检查, 有利于清晰展现凶险性前置胎盘情况, 为临床诊断工作的开展提供依据, 便于及时了解胎盘植入深度、部位、面积等一系列信息, 给出科学、有效的治疗方案。在众多手术方式中, 子宫动脉栓塞术临床疗效显著, 不仅能够控制出血情况, 还有利于保障产妇及围产儿生命健康。但该术式仍存在缺陷, 在手术过程中, 需将粘连、置入胎盘组织清除, 倘若操作不当, 会使胎盘在短期内发生缺血、变性、坏死问题, 对患者产生不良影响。

综上所述, 依据凶险性前置胎盘特点, 优选最佳诊断方法, 及时了解病情, 给出科学、有效的治疗方案, 保障患者健康。

[参考文献]

- [1] 赵虎, 林永红, 王彦, 等. 介入手术在凶险性前置胎盘治疗中的应用进展 [J]. 中华介入放射学电子杂志, 2017, 5(3):123-127.
- [2] 刘静, 郝丽英. 凶险性前置胎盘诊治研究进展 [J]. 中国医药, 2018, 13(1):158-160.
- [3] 黄曼曼, 周萍. 凶险性前置胎盘的介入治疗进展 [J]. 中国基层医药, 2018, 25(22):2990.
- [4] 吴嘉. 凶险性前置胎盘剖宫产术介入治疗的临床效果观察 [J]. 临床合理用药杂志, 2017, 10(2):138-139.
- [5] 丁志云, 陈友国, 丁红梅, 等. 子宫动脉栓塞及胎盘原位保留治疗凶险性前置胎盘伴胎盘植入的效果分析 [J]. 中国实用医刊, 2019, 46(13):46-49.