

Progress in the Diagnosis and Treatment of Pernicious Placenta Previa

Gaixia He^{1,2}, Hongmei Li^{1,2}

¹Yan'an University Graduate School, Yan'an Shaanxi

²Department of Obstetrics and Gynecology, Affiliated Hospital of Yan'an University, Yan'an Shaanxi

Email: 2808276847@qq.com

Received: Aug. 3rd, 2020; accepted: Aug. 19th, 2020; published: Aug. 26th, 2020

Abstract

With the increase of the rate of cesarean section, the incidence of pernicious placenta previa increases year by year, which not only increases the difficulty of cesarean section, but also significantly increases the risk of postpartum hemorrhage, hysterectomy and other related complications. This paper summarizes the pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis, treatment and preventive measures of pernicious placenta previa. It can provide reference value for effectively reducing the difficulty of operation, the amount of bleeding and the rate of hysterectomy, preventing serious complications and reducing maternal and infant mortality.

Keywords

Pernicious Placenta Previa, Massive Hemorrhage, Diagnosis and Treatment

凶险性前置胎盘的诊疗进展

贺改霞^{1,2}, 李红梅^{1,2}

¹延安大学研究生院, 陕西 延安

²延安大学附属医院妇产科, 陕西 延安

Email: 2808276847@qq.com

收稿日期: 2020年8月3日; 录用日期: 2020年8月19日; 发布日期: 2020年8月26日

摘要

随着剖宫产率的增加, 凶险性前置胎盘的发生率也逐年增加, 不但增加了剖宫产手术的难度, 还显著增加了产后大出血、子宫切除及其他相关并发症的风险, 严重威胁母婴生命安全。本文总结凶险性前置胎

盘的发病机制、临床表现、诊断和治疗方法、预防措施, 为临床有效降低手术难度、减少出血量、减少子宫切除率、预防严重并发症发生、降低母婴死亡率提供参考价值。

关键词

凶险性前置胎盘, 大出血, 诊治

Copyright © 2020 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

凶险性前置胎盘(pernicious placenta previa, PPP), 指既往有剖宫产史或子宫肌瘤剔除术史, 此次妊娠为前置胎盘, 胎盘附着于原手术瘢痕部位者, 发生胎盘粘连、植入和致命性大出血的风险高[1]。凶险性前置胎盘伴胎盘植入者剖宫产术中平均出血量 3000~5000 mL, 甚至高达 10,000 mL 以上[2], 严重威胁母婴生命安全, 凶险性前置胎盘导致的孕产妇死亡率约 7% [3]。目前, 对于凶险性前置胎盘的治疗, 国内外暂且没有统一的标准, 如何最大能力减少出血量、保留子宫、确保母婴生命是产科治疗凶险性前置胎盘的重点及难点[4]。

2. 凶险性前置胎盘的发病机制

子宫肌层和内膜因剖宫产被损伤, 子宫蜕膜血管形成不良, 胎盘血供不足, 为摄取足够营养, 胎盘面积会相应扩大伸展至子宫下段切口瘢痕处, 从而导致凶险性前置胎盘的发生; 子宫瘢痕处肌层和内膜受损, 使子宫蜕膜发育不良, 胎盘绒毛易种植于子宫肌层并不断生长, 绒毛与子宫肌层粘连植入甚至穿至浆膜层, 形成前置胎盘及胎盘植入[2]。

3. 凶险性前置胎盘的病史及临床表现

既往有剖宫产史或子宫肌瘤剔除术史。前置胎盘的典型症状是孕晚期或临产时, 发生无诱因、无痛性反复阴道流血。患者一般情况与阴道失血量有关, 大量出血时患者可出现皮肤黏膜苍白、脉搏细弱、血压下降等失血性休克表现, 可致胎儿宫内缺氧, 严重时致胎死宫内。由于子宫下段由胎盘占据, 影响胎先露入盆, 故胎先露高浮, 耻骨联合上方可闻及胎盘杂音。根据病史及临床表现可以初步判断是否为凶险性前置胎盘。

4. 凶险性前置胎盘的诊断

1) B 超 超声检查具有无创性、价格低廉、可多次检查等优势, 且对胎儿无害, 是产前评估前置胎盘是否合并胎盘植入的首选方法。经阴道超声和会阴超声比腹部超声更适合 PPP 诊断, 其分辨率更高[5], 能够更好地观察胎盘与宫颈内口、膀胱的关系, 精确反应胎盘浸润子宫肌层情况[6], 但其缺点是诊断子宫后壁胎盘植入的精确度不高[7]。

2) MRI MRI 对组织的分辨率较高, 对血流较敏感, 能够清晰地观察到胎盘并显示子宫与胎盘的关系, 尤其对于子宫后壁胎盘植入和肥胖、多胎妊娠等特殊患者, MRI 具有较显著的优势。当孕妇有症状和体征, 临床上高度怀疑为凶险型前置胎盘但又不能确诊时, 可以选用 MRI 检查。

3) 膀胱镜 膀胱镜可以更直观地显示膀胱与胎盘血管的关系, 检查其侵犯的部位和范围。但膀胱镜检查可能会对孕妇产生一些无法预防的伤害, 若发生严重的并发症, 则需切除部分膀胱[8]。膀胱镜检查常见并发症包括严重呕吐、严重血尿、尿道热、尿道直肠贯通伤和尿闭等。

4) 生化检查 目前, 可以通过检测孕妇血清中的肌酸激酶(CK)、甲胎蛋白(AFP)、游离胎儿 DNA、游离 β -人绒毛膜促性腺激素(β -HCG)等来预测胎盘植入情况[9]。但各项生化指标特异性差, 价值有限, 仅供临床参考[10]。

5. 凶险性前置胎盘的治疗

1) 围手术期管理 明确诊断后, 需建立多学科协作团队。术前要对胎盘位置及植入可能性进行风险评估, 并做好分娩时机、抢救人员、设备、物品、药品的准备。必须充足预备血制品, 为术中大出血抢救做好准备工作。根据胎盘植入程度, 选择连续硬膜外或联合麻醉, 必要时胎儿娩出后改为全麻。术中加强心电监测及中心静脉压监测, 严密评估腹部及阴道出血量。术后放置腹腔引流管, 重症者转入重症监护病房。

2) 大出血的抢救 凶险性前置胎盘剖宫产术中大出血传统的治疗方法是给予缩宫素、麦角新碱或米索前列醇等药物加强子宫收缩, 宫腔填塞纱条或球囊压迫创面出血, 盆腔动脉血管结扎, 子宫背带缝合。近年来随着介入技术的发展, 子宫动脉栓塞、双侧髂内动脉及腹主动脉球囊阻断术也逐渐应用于凶险性前置胎盘剖宫产术中, 可以显著减少术中出血量[4]。以上治疗效果欠佳, 则行全或次全子宫切除术。

3) 妊娠时机的选择 对于生命体征平稳、阴道出血量不多、胎儿未成熟但存活者, 应期待治疗, 通过抑制宫缩、止血、纠正贫血、促胎肺成熟和预防感染, 在保证母婴安全的前提下尽可能延长孕周, 提高围产儿的成活率。36 周后产前出血的发生率仅为 11% [11], 2018 年 FIGO 胎盘植入诊治指南推荐 36~38 周计划分娩, 若孕妇反复阴道流血, 则无论孕周大小, 均应立即终止妊娠, 不伴有产前出血者应择期手术。对于凶险性前置胎盘患者, 应尽量避免紧急手术, 择期剖宫产能够减少 23%~64% 的紧急分娩, 并且对新生儿的结局没有不良影响[12]。

4) 手术治疗

① 手术切口的选择 为了更好地暴露手术范围、方便手术操作, 通常选择腹部纵切口。子宫切口, 应尽可能避开胎盘, 选择胎盘边缘的切口以防大出血, 术前需通过超声和(或) MRI 检查确认胎盘附着位置和胎位等。术中还需根据子宫下段胎盘附着处血管怒张情况, 再次决定子宫的切口[13]。若胎盘附着在子宫下段前壁, 且此部位血管怒张显著, 则选择子宫下段或子宫体部纵切口。若胎盘较大且不对称, 则可选择“T”形、“L”形、“J”形等切口。要最大程度地避免胎盘“打洞”取胎, 因极易发生术中大出血、胎儿窘迫等[14], 若无法避免, 则可采取胎盘薄弱处进入或子宫体部甚至底部切口。

② 手术方法的选择 剖宫产是凶险型前置胎盘终止妊娠的首选方案。在评估胎盘植入位置、面积及植入程度后, 依据手术目的将手术分为 3 类, 分别是子宫切除、原位保留胎盘、去除植入组织及胎盘后恢复子宫解剖结构[15]。清除异常胎盘组织, 恢复子宫解剖结构, 保留生育能力是最为理想的治疗方案。完全保守治疗方法是在胎儿娩出后, 将胎盘组织彻底清除, 切除受累组织, 缝合子宫前壁, 恢复子宫形态。近些年, 对于凶险性前置胎盘伴胎盘植入, 且未见阴道出血、有生育要求的孕妇, 常进行胎盘原位保留或者延迟切除子宫[16], 但有术后出血、感染以及弥散性血管内凝血的风险[17]。对于年龄较大、胎盘植入面积较大且程度较深者, 行子宫切除可显著降低术中出血量[10]。

6. 凶险性前置胎盘的预防

对于凶险性前置胎盘的预防, 首要措施是严格把控初次剖宫产的指征, 尽量降低剖宫产率。其次,

要重视凶险性前置胎盘相关知识的宣教, 使育龄妇女充分了解瘢痕子宫妊娠的危害, 孕早期行彩色多普勒超声检查, 发现瘢痕处妊娠则尽早手术治疗。孕期按时产检, 争取做到早发现、早诊断、早治疗, 降低凶险性前置胎盘的发生率, 确保孕妇生命安全。

7. 结语

凶险性前置胎盘围生期极易发生大出血, 如果伴有胎盘植入更是容易发生难以控制的大出血, 这对母婴生命安全造成极大威胁, 必须引起高度重视。对于凶险性前置胎盘患者, 一定要做好充分的围术期准备, 及时有效的救治, 尽量减少出血量、降低子宫切除率、预防严重并发症发生、降低母婴死亡率, 有效改善母婴结局。目前凶险性前置胎盘的诊治没有统一标准, 但强调个体化治疗, 随着医学技术的进步, 凶险性前置胎盘的诊治也一定会有新的发展。

参考文献

- [1] 谢幸. 妇产科学[M]. 第9版. 北京: 人民卫生出版社, 2018.
- [2] 刘福忠, 徐金霞, 刘瑜. 髂内动脉球囊临时阻断在凶险性前置胎盘剖宫产术中的应用[J]. 中华全科医师杂志, 2017, 16(9): 708-710.
- [3] Fitzpatrick, K.E., Sellers, S., Spark, P., *et al.* (2015) The Management and Outcomes of Placenta Accreta, Increta, and Percreta in the UK: A Population-Based Descriptive Study. *BJOG*, **121**, 62-71. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12405>
- [4] 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.
- [5] 吴敏明, 闫凤. 凶险型前置胎盘产后出血诊治分[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(23): 56-58.
- [6] 章小宝, 张莉. 22例凶险型前置胎盘诊治体会[J]. 安徽医药, 2015, 19(8): 1532-1533.
- [7] Varavithya, V., Phongkitkarun, S., Raungrongmorakot, K., *et al.* (2013) The Influence of MR Imaging on Changes in Patient Counseling in Obstetric Patients with Suspected Fetal Anomalies by Ultrasound. *Journal of the Medical Association of Thailand*, **96**, 839-848.
- [8] 余琳, 胡可佳, 杨慧霞, 等. 2008-2014年凶险性前置胎盘的回顾性临床研究[J]. 中华妇产科杂志, 2016, 51(3): 169-173.
- [9] 黄敏红, 钟凌丽. 综合手术应用于凶险型前置胎盘围手术期治疗的效果[J]. 中国现代医生, 2016, 54(32): 68-70.
- [10] 柳亚芬. 凶险型前置胎盘的诊治进展[J]. 中国临床医生杂志, 2017, 45(6): 15-17.
- [11] Rac, M.W., Wells, C.E., Twickler, D.M., *et al.* (2015) Placenta Accreta and Vaginal Bleeding According to Gestational Age at Delivery. *Obstetrics and Gynecology*, **125**, 808-813. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000674>
- [12] FIGO (2018) International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO Consensus Guidelines on Placenta Accreta Spectrum Disorders. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, **140**, 261-298. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12406>
- [13] 汪革平, 李莹, 樊敏, 黄燕. 凶险性前置胎盘的诊治新进展[J]. 广西医科大学学报, 2018, 35(9): 1315-1317.
- [14] 陈静, 那全, 庄艳艳, 等. 凶险型前置胎盘 128例临床分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2015, 1(6): 539-542.
- [15] Palacios, J.J.M. (2012) Placental Adhesive Disorders (Hot Topics in Perinatal Medicine). De Gruyter, Berlin.
- [16] Lo, T.K., Yung, W.K., Lau, W.L., *et al.* (2014) Planned Conservative Management of Placenta Accreta Experience of a Regional General Hospital. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, **27**, 291-296. <https://doi.org/10.3109/14767058.2013.818118>
- [17] Timmermans, S., Van Hof, A.C. and Duvekot, J.J. (2007) Conservative Management of Abnormally Invasive Placenta. *Obstetrical & Gynecological Survey*, **62**, 529-539. <https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000271133.27011.05>