

胎盘早剥 43 例临床分析

黄雪梅, 曾爱华, 黄映丽

作者单位: 537300 广西, 贵港市平南县人民医院妇产科

作者简介: 黄雪梅(1973-), 女, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 妇产科疾病诊治。

通信作者: 曾爱华, E-mail: 489282108@qq.com。

【摘要】 目的 探讨胎盘早剥相关因素与早期诊断、及时处理的重要性。方法 回顾性分析我院 2006-01~2008-09 胎盘早剥 43 例临床资料。结果 胎盘早剥发生率 0.88%; 妊娠期高血压疾病、机械性因素及胎膜早破为其主要病因, 各占 34.88%、25.58% 和 16.27%; B 超诊断率为 69.69%; 剖宫产率为 62.79%; 产后出血率为 23.26%; 子宫胎盘卒中率为 32.56%; 休克率为 16.28%; DIC 率为 23.26%; 子宫切除率为 2.33%; 围产儿死亡率 5.11%。结论 加强孕期产前检查及健康教育, 重视诱因及临床表现, 早期诊断, 及时处理, 可以降低孕产妇和围产儿的死亡率。

【关键词】 胎盘早剥; 相关因素; 诊断及处理; 母婴结局**【中图分类号】** R 714.46 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2009)01-0082-03

The clinical analysis of 43 patients with placenta abruption HUANG Xue-mei, ZENG Ai-huang, HUANG Ying-li. The People's Hospital of Pingnan, Pingnan 537300, China

【Abstract】 Objective To study the correlation factors of placental abruption, the importance of early diagnosis and timely treatment. Methods Clinical data of 43 cases of placental abruption in our hospital from January 2006 to september 2008 were analysed retrospectively. Results Placental abruption incidence was 0.88%; its major cause were pregnancy-induced hypertension, mechanical factors and premature rupture of membranes, each 34.88%, 25.58%, 16.27% respectively; b-typeultrasonic diagnosis rate was 69.69%; cesarean section rate 62.79%; postpartum hemorrhage rate was 23.26%; the incidence of uteroplacental apoplexy was 32.56%; the shock was 16.28%; DIC rate was 23.26%; the hysterectomy rate was 2.33%; perinatal mortality rate was 5.11%. Conclusion Strengthening prenatal examination and health education during pregnancy, paying attention to incentives and clinical manifestations, early diagnosis and timely treatment can reduce maternal and perinatal mortality.

【Key words】 Placental abruption; Correlation factor; Diagnosis and Treatment; Maternal and fetal outcome

胎盘早剥指正常位置的胎盘在妊娠 20 周后或分娩期, 在胎儿娩出前部分或全部剥离, 是妊娠晚期危及母婴生命安全的严重并发症之一。其起病急、病情进展快, 如诊治不及时, 可危及母婴生命。因而早期诊断及处理, 是减少母婴并发症及降低其死亡率的关键。现对我院 2006-01~2008-09 诊治的 43 例胎盘早剥患者临床资料进行回顾性分析, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2006-01~2008-09 在我院住院分娩 4896 例产妇中, 发生胎盘早剥 43 例, 发生率 0.88%。年龄 18~40(28.95±5.91)岁。初产妇 15 例, 经产妇 28 例。死胎 16 例, 发生率为 3.27%; 围产儿死亡 25 例, 死亡率为 5.11%。患者均是农村妇女。

1.2 诊断标准 按照乐杰主编《妇产科学》第 6 版^[1], 根据产后检查胎盘剥离大小程度分为 3 度: I 度, 胎盘剥离面积小, 患者无腹痛或腹痛轻微; II 度剥离面积 1/3 左右; III 度剥离面积 1/2。本组资料中 I 度 19 例, 占 44.19%; II 度 9 例, 占 20.93%; III 度 15 例, 占 34.88%。

1.3 诊断方法 根据病史、腹痛、阴道流血、腹部检查、胎心音等临床表现、体征, 以及 B 超检查提示胎盘增厚, 绒毛膜板向羊膜腔内隆起, 胎盘后出现血肿, 表现为胎盘后暗区, 回声多样性, 如有血液破入羊膜腔, 可能见到羊水有闪亮的光点浮动或羊水内有高回声团块(血块), 当胎盘剥离达 1/3~1/2 时胎儿多已死亡, 看不到胎心搏动及胎动^[2]等进行诊断。

1.4 统计学方法 采用 PEMS3.1 统计软件进行统计分析, 使用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 发病诱因 妊娠期高血压疾病是胎盘早剥最常见的诱因,房事及其他外伤诱发胎盘早剥在本组中占第二位,胎膜早破占第三位。见表 1。

表 1 胎盘早剥的发病诱因构成比

发病诱因	例数	构成比(%)
妊娠高血压	15	34.88
房事及外伤	11	25.58
胎膜早破	7	16.28
羊水过多	2	4.65
胎盘异常	2	4.65
宫内感染	1	2.32
不明原因	5	11.63
合计	43	100.00

2.2 临床表现 每例均有多项症状与体征,其中腹痛 35 例,占 81.40%;持续性腹痛 11 例,占 25.59%;间歇性腹痛 24 例,占 55.82%;阴道流血 30 例,占 69.77%;子宫板样硬 8 例,占 18.60%;胎儿窘迫 16 例,占 37.21%;胎心音消失 16

例,占 37.21%;早破 7 例,占 16.28%;发现血性羊水 5 例,占 11.63%;休克 7 例,占 16.28%;DIC 10 例,占 23.26%。

2.3 B 超检查 本组病例中共有 33 例在发生胎盘早剥当日行 B 超检查,其中有 23 例提示胎盘早剥,诊断符合率 69.69%。其余 10 例因病情重或到我院时已准备分娩而不能进行 B 超检查。

2.4 产前诊断与产前漏诊率 II、III 度胎盘早剥有明显临床表现及体征,均能及时诊断, I 度胎盘早剥有 10 例未能产前诊断,漏诊率 23.25%,其中有 2 例仅是胎心音消失,诊断死胎,有 4 例产后或术后检查胎盘才发现,4 例考虑为早产。

2.5 分娩方式及孕产妇结局 自然分娩 16 例,剖宫产 27 例,产后出血 10 例,子宫卒中 14 例,休克 7 例, DIC 10 例,切除子宫 1 例,均无孕产妇死亡。III 度胎盘早剥的产后出血率、子宫胎盘卒中率、休克率、DIC 发生率等与 I、II 度比较差异均有统计学意义, $P < 0.05$; 而 I、II 度胎盘早剥的比较差异无统计学意义, $P > 0.05$; 剖宫产率、子宫切除率在三种类型胎盘早剥比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 胎盘早剥程度与孕产妇结局的关系

胎盘早剥 例数	剖宫产		产后出血		子宫胎盘卒中		休 克		D I C		子宫切除	
	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
I 度 19	10	23.26	0	0.00	1	2.33	0	0.00	0	0.00	0	0.00
II 度 9	5	11.63	1	2.33	2	4.65	0	0.00	1	2.33	0	0.00
III 度 15	12	27.91	9	20.93 ^{▲*}	11	25.58 ^{▲*}	7	16.28 ^{▲*}	9	20.93 ^{▲*}	1	2.33
合计 43	27	62.79	10	23.26	14	32.56	7	16.28	10	23.26	1	2.33

注: III 度与 I 度比较, $^{\Delta}P < 0.05$, III 度与 II 度比较, $^{*}P < 0.05$, % 为占例数的百分比

2.6 围产儿结局 死胎 16 例,围产儿死亡 25 例,III 度胎盘早剥死胎发生率、围产儿死亡率与 I、II 度比较,差异均有统计学意义, $P < 0.05$, I、II 度胎盘早剥死胎发生率、围产儿死亡率比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$,说明 III 度胎盘早剥较前两者更易导致胎死宫内及围产儿死亡率高。见表 3。

表 3 胎盘早剥程度与围产儿结局关系

胎盘早剥	死胎发生率		围产儿死亡率	
	例数	%	例数	%
I 度	3	0.61	7	1.43
II 度	1	0.20	4	0.82
III 度	12	2.45 ^{▲*}	14	2.86 ^{▲*}
合计	16	3.27	25	5.11

注: III 度与 I 度比较, $^{\Delta}P < 0.05$; III 度与 II 度比较, $^{*}P < 0.05$

3 讨论

3.1 病因 胎盘早剥可能与母体高血压或血管疾病、宫腔压力骤减、机械性因素、仰卧位低血压综合征等因素有关,其发病机制不清,发病率在国外平均为 1%~2%,国内为 0.46%~2.1%^[1]。本组发病率为 0.88%,基本与之相符。本组资料显示妊娠高血压疾病为本病主要病因,共有 15 例,占 34.88%,与文献报道^[3]相符。目前认为,妊娠晚期蜕膜层的螺旋小动脉发生急性动脉粥样硬化引起远端毛细血管缺血坏死以致破裂出血,血液流到底蜕膜层形成血肿,导致胎盘与子宫壁剥离^[4]。因而,在妊娠高血压疾病患者的治疗及

观察中,当出现腹痛或阴道流血时,一定要注意是胎盘早剥可能。其次是机械性因素在本组中是第二位,共有 11 例,占 25.58%,包括房事后、外伤、乘车及田间劳作等。其中发生于房事后 7 例,而且均在妊娠 28~36 周之间。第三位是胎膜早破,本组 7 例,占 16.28%。王榭桐等^[5]报告胎盘早剥患者中慢性羊膜炎的发生率明显高于非胎膜早剥者,其机制可能与胎膜早破后羊水流出不可能导致胎盘与子宫壁的剥离,引起底蜕膜附着处胎盘早剥有关。羊水过多 2 例,占 4.65%,羊水过多行人工破膜时羊水流出过快,可使宫腔内压力骤减,子宫骤然收缩,胎盘与子宫壁发生错位剥离而发生胎盘早剥。因此,在羊水过多的孕妇,破膜过程中应让羊水缓慢流出,破膜后注意观察腹痛情况、有无阴道流血及胎心音情况等。胎盘异常及宫内感染亦可以引起胎盘早剥,本组分别有 2 例和 1 例。还有一部分原因不明,在本组中有 5 例,占 11.63%,可能与孕妇长时间处于仰卧位,妊娠子宫压迫下腔静脉,阻碍静脉血的回流,使子宫的静脉压突然升高,传到绒毛膜间隙导致蜕膜静脉床充血怒张,引起胎盘早剥有关。此外,孕期吸烟、嗜可卡因可使胎盘早剥的危险增加 2 倍^[6],应引起重视。本组孕产妇均是农村妇女,绝大部分未能定期产检,因此要加强产前检查,做好健康教育。

3.2 诊断 胎盘早剥如不能早期诊断及处理,可危及母婴生命。早诊断、早期终止妊娠,可挽救胎儿生命,减少孕产妇发生严重并发症如大出血、休克、DIC、子宫胎盘卒中等。所

以,早期诊断是改善胎盘早剥预后的关键。典型病例有腹痛、阴道流血、子宫板样硬、胎心音消失或胎心音减弱,同时合并有贫血、休克等容易诊断;不典型病例容易出现误诊及漏诊为先兆早产、胎儿窘迫,本文中Ⅱ、Ⅲ度胎盘早剥能及时诊断,Ⅰ度胎盘早剥有10例因其症状、体征不明显或只有胎心音异常,在分娩后才能确诊,漏诊率为23.26%。B超检查是诊断胎盘早剥的重要辅助手段,本组中进行B超检查33例,明确为胎盘早剥23例,占69.69%。张书予等^[7]报道B超诊断胎盘早剥的符合率达90.79%,但本组诊断率为69.69%,其漏诊原因可能系胎盘附于后壁时,宫内胎儿回声可挡住胎盘,超声衰减大,图像显示不清^[8]或是早剥面积小难以觉察。还有一部份患者病情危重,未进行B超检查。若无需考虑X线对胎儿的损害(如死胎)时,采用CT检查也可获得胎盘早剥的早期诊断^[9]。此外,近年来国内外已开展CA125、AFP作为胎盘早剥的预测指标研究,Mazor^[10]报道用癌抗原125(CA125)水平早期诊断胎盘早剥其阳性率预测值为30U/ml,敏感性和特异性可达70%和90%。Benn等^[11]认为血甲胎蛋白(AFP)增高可作为诊断胎盘早剥的生化指标。

3.3 处理 胎盘早剥一旦确诊,应尽快处理,应迅速终止妊娠,争取胎儿存活。李大慈^[12]报道,胎盘早剥发病6h内应终止妊娠,方能减少母儿并发症。Ⅲ度胎盘早剥患者,不论胎儿是否存活,应行剖宫产术,本组Ⅲ度胎盘早剥引起的产后出血、子宫胎盘卒中、休克、DIC等并发症均明显高于Ⅰ、Ⅱ度胎盘早剥,因及时处理未造成严重后果。其中有12例行剖宫产术,术中发现子宫胎盘卒中11例,是由于血液渗入肌纤维中,影响子宫收缩所致,易出现产后出血。因此在胎儿娩出后立即使用缩宫素注射肌肌,然后徒手按摩子宫及热盐水纱垫湿热敷子宫,一般经上述处理可使子宫收缩好转,如一直无效或并发DIC时,则需行子宫切除,本组中有1例患者行子宫切除术。对于Ⅰ、Ⅱ度胎盘早剥患者,视患者病情轻重、出血量、胎儿情况、产程进展情况而采用不同的处理方法,如一般情况好,估计能在短时间内结束分娩者,在密切观察下进行阴道分娩,特别是死胎的患者。一旦出现病情加重、胎儿窘迫或出现并发症时,应立即行剖宫产术,本组剖宫产率在三种类型的胎盘早剥对比中无统计学意义,说明剖宫产能快速终止妊娠,抢救母婴生命,由于处理及时,均无孕产

妇死亡。本组围产儿死亡率高达5.11%,与Ⅲ度胎盘早剥关系极大,Ⅲ度胎盘早剥的死胎发生率、围产儿死亡率与Ⅰ、Ⅱ度对比有统计学意义($P<0.05$),因此及早诊断,及时处理胎盘早剥,是减少母婴死亡率的关键。

3.4 预防 加强农村孕产妇的管理和围产期知识的宣教,要重视产前检查,及时发现及积极治疗妊娠期高血压疾病及其他疾病;避免外伤及重体力劳动,妊娠晚期禁止性生活;预防早产。同时医护人员应提高对胎盘早剥的认识,对高危孕产妇必须详细询问病史及体检,对不明原因的胎儿窘迫、死胎、持续性腹痛等应提高警惕。

参考文献

- 1 乐杰.主编.妇产科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2004:119.
- 2 吴钟瑜.实用妇产科超声诊断学[M].第2版.天津科技翻译公司出版,2000:137-138.
- 3 周新华,刘启瑞.胎盘早剥的早期诊断[J].中国妇幼保健,2004,19(7):79.
- 4 王淑贞.实用妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2001:365.
- 5 王榭桐,李 堦.前置胎盘与胎盘早剥的诊断与鉴别诊断[J].中国实用妇科与产科杂志,2001,17(2):73-74.
- 6 曹泽毅.中华妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2004:426-427.
- 7 张书予,李荣香,孙红艳.彩色多普勒超声诊断胎盘早剥的临床价值[J].中国超声诊断杂志,2004,5(6):438-440.
- 8 范 玲,黄醒华.胎盘早剥漏诊原因分析[J].中华围产医学杂志,1999,2(2):86-88.
- 9 林 亚.胎盘早剥的CT检查[J].实用妇产科杂志,1999,15(4):182.
- 10 Mazor M, Bashiri A, Ghezzi F, et al. Maternal serum CA 125 is of prognostic value in patients with uterine bleeding in the detection of small-for-gestational-age neonates[J].Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol,1996,67(2):143-147.
- 11 Benn PA, Horne D, Craffey A, et al. Maternal serum screening for birth defects: results of a connecticut regional program[J].Conn Med, 1996,60(6): 323-327.
- 12 李大慈.现代产科学[M].广州:广东科技出版社,1997:34.

[收稿日期 2008-11-12][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]

《中国临床新医学》杂志会员入会登记表 (复印填写后寄回本刊)

姓 名		性 别		出生年月		职 务	
职 称		学 位		专 业			
单 位			地 址				
电 话		E-mail				邮 编	