

## · 临床研究 ·

## 93 例胎盘早剥的临床分析

罗文梦, 谢倩<sup>△</sup>, 凌玲

(重庆市红十字会医院江北区人民医院妇产科 400020)

**摘要:**目的 探讨不典型胎盘早剥的产前漏诊原因。方法 回顾性分析 2000 年 6 月至 2011 年 6 月重庆市红十字医院及江北区第一人民医院住院收治的胎盘早剥患者 93 例, 根据产前诊断分为不典型胎盘早剥 39 例为观察组, 典型胎盘早剥 54 例为对照组, 比较两组患者的临床资料。结果 观察组产前漏诊率 47.1%, 产前 B 超发现阳性率为 5.1%; 观察组剖宫产率为 20.5%, 对照组剖宫产率为 88.9%; 观察组产后出血 7 例, 子宫胎盘卒中 2 例, 新生儿重度窒息 3 例, 死胎 2 例、新生儿死亡 1 例。结论 早期诊断胎盘早剥, 对抢救争取时机、及时终止妊娠、减少母婴并发症有重要的临床意义。

**关键词:** 胎盘早剥; 不典型; 诱因; 分娩

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.09.015

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2013)09-1000-02

## Clinical analysis of 93 cases of placental abruption

Luo Wenmeng, Xie Qian<sup>△</sup>, Ling Ling

(Department of Gynecology and Obstetrics, Jiangbei District People's Hospital, Chongqing Municipal Red Cross Hospital, Chongqing 400020, China)

**Abstract:** Objective To investigate the causes of prenatal missed diagnosis of atypical placental abruption. Methods 93 cases of placental abruption treated in the Chongqing Municipal Red Cross Hospital and the Jiangbei District First People's Hospital from June 2000 to June 2011 were performed the retrospective analysis and divided into the atypical group (observation group, 39 cases) and the typical group (control group, 54 cases) according to prenatal diagnosis. The clinical data were compared between the two groups. Results The rate of prenatal missed diagnosis in the observation group was 47.1% and the ultrasound positive rate was 5.1%. The cesarean section rate was 20.5% in the observation group and 88.9% in the control group. In the observation group, 7 cases of postpartum hemorrhage, 2 cases of uterine placenta stroke, 3 cases of severe neonatal asphyxia, 2 cases of stillbirth and 1 case of neonatal death occurred. Conclusion Early diagnosis of placental abruption has important clinical significance to strive for the time for rescue, timely terminate pregnancy and reduce maternal and neonatal complications.

**Key words:** placental abruption; atypical; incentives; parturition

妊娠 20 周以后或分娩期正常位置的胎盘在胎儿娩出前部分或全部从子宫壁剥离, 称为胎盘早剥<sup>[1]</sup>。胎盘早剥是妊娠晚期的一种严重的并发症, 不典型胎盘早剥如果未能早期识别及处理, 可同典型胎盘早剥一样, 若进行性发展同样危及母儿生命。现将 93 例胎盘早剥患者的临床资料分析报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2000 年 6 月至 2011 年 6 月重庆市红十字医院及江北区第一人民医院住院收治的 93 例胎盘早剥患者, 根据产前诊断情况分为两组, 不典型胎盘早剥 39 例为观察组, 年龄 19~43 岁, 平均(30.4±6.3)岁; 孕周 27<sup>+3</sup>~41<sup>+1</sup>周, 平均(37.1±2.5)周; 初产妇 26 例, 经产妇 13 例; 产次 1~3 次, 平均(2.8±1.7)次。典型胎盘早剥 54 例为对照组, 年龄

21~42 岁, 平均(29.6±3.5)岁; 孕周 27~41 周, 平均(36.4±2.7)周; 初产妇 17 例, 经产妇 37 例; 产次 1~5 次, 平均(2.8±1.7)次。两组孕产妇在年龄、孕周、产次方面比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2 方法** 术中或产后检查胎盘, 胎盘母体面组织色泽不一、暗褐色见凝血块及压迹可确诊为胎盘早剥。按产后检查胎盘剥离面积分为轻度: 胎盘剥离面小于 1/3; 重度: 胎盘剥离面大于 1/3<sup>[2]</sup>。

**1.3 统计学处理** 应用 SPSS13.0 软件进行统计学数据分析, 计数资料采用  $\chi^2$  检验, 以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

两组患者产前临床指标、分娩期及母婴结局见表 1~2。

表 1 两组患者产前临床指标比较[n(%)]

组别	n	阴道出血	持续性下腹痛	间歇性腰腹痛	血性羊水	胎动异常	胎心监护异常	胎儿宫内窘迫	子宫张力过高	早产
观察组	39	17(43.6)*	0(0.0)*	21(53.8)*	3(7.7)*	5(12.8)*	14(35.9)*	6(15.4)*	10(25.6)*	16(41)*
对照组	54	39(72.2)	16(29.6)	40(74.1)	15(27.8)	17(31.5)	35(64.8)	21(38.9)	33(61.1)	6(11.1)

\*:  $P<0.05$ , 与对照组比较。

表 2 两组患者分娩期情况及母婴结局比较[n(%)]

组别	n	后壁胎盘	B 超检出率	胎盘剥离面 <1/3	出血量 (mL)	剖宫产率	产后出血	新生儿重度窒息	死胎	新生儿死亡
观察组	39	16(41.0)*	2(5.1)*	34(87.2)*	632.3±475.0*	8(20.5)*	7(17.9)*	3(7.7)*	2(5.1)*	1(2.6)*
对照组	54	5(9.3)	42(77.8)	13(24.1)	1159.1±742.0	48(88.9)	34(62.9)	9(16.7)	12(22.2)	4(7.4)

\*:  $P<0.05$ , 与对照组比较。

### 3 讨 论

**3.1 胎盘早剥的机制及诱因** 胎盘早剥的发生率初产妇为 1.7%, 经产妇为 2.2%, 在多产妇中发生率较高<sup>[3-4]</sup>。Ananth 等<sup>[5]</sup>研究显示, 妊娠早期由于胎盘、脐带、羊膜组织损伤出现阴道出血会增加妊娠晚期胎盘早剥的风险。而且, 增加的风险与胎盘病变有关, 尤其是慢性炎症性病变。引起胎盘早剥的诱因有吸烟、吸毒、妊娠期高血压疾病、胎膜早破、慢性羊膜炎、子宫肌瘤、营养不良等。国内学者多认为妊娠高血压疾病占首位<sup>[6-7]</sup>, 妊娠期底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。Kaminsky 等<sup>[8]</sup>研究结果表明, 胎膜早破患者胎盘早剥的危险是正常的 3 倍。

**3.2 不典型胎盘早剥的诊断及临床特点** 胎盘早剥是常见的产科急重症, 是妊娠晚期出血的重要原因, 但常因临床表现不典型, 或于起病早期未能引起临床医师足够的重视以致影响母儿预后, 或处理不当可致产生不良后果。胎盘早剥诊断的临床标准: (1) 胎盘母体面血凝块/压迹; (2) 产前超声诊断提示胎盘早剥; (3) 阴道出血伴有不放心的胎儿宫内状况或子宫张力过高。胎盘剥离诊断的病理标准包括血肿、纤维蛋白沉积、压缩绒毛和陈旧血肿内见含铁血黄素。仅 25% 胎盘早剥经 B 超检查证实, 故 B 超阴性不能除外胎盘早剥。Kikutani 等<sup>[9]</sup>研究提示, 不典型胎盘早剥往往是胎盘边缘的剥离和血肿。不典型胎盘早剥多以轻型为主, 因症状不典型, 临床诊断困难, 漏诊率较高, 患者主要表现为产程中胎心异常、腹部压痛、血性羊水、不明原因的腰痛等, 医务人员应重视产程中患者的任何主诉症状, 及时发现, 尽早处理。

**3.3 不典型胎盘早剥的漏诊分析** 本组不典型的胎盘早剥因识别困难导致漏诊。分析原因: (1) 无创伤史等明显诱因。(2) 后壁胎盘早剥腹部体征不明显。(3) 胎盘早剥面积小。小区性胎盘早剥出血少, 症状不典型, 易被忽略。(4) 对原因不明的早产, 产前有少量阴道出血, 在排除宫颈病变和宫缩抑制剂无效时应考虑本病。本组中仅有少量阴道出血或腰腹痛, 按先兆早产治疗无效, 产后证实为胎盘早剥。(5) 患者胎膜早破后伴血性羊水、胎心率减慢 ( $<120$  次/min), NST 或 CST 异常, 应考虑胎盘早剥的可能, 但医务人员认识不足。(6) B 超阴性不能排除胎盘早剥<sup>[10]</sup>, 动态 B 超观察可防止漏诊。超声检查是胎盘早剥的有效检查手段, 但对于不典型及轻症胎盘早剥易漏诊、误诊, 彩色多普勒检查可明显降低漏诊、误诊率<sup>[11]</sup>。因此, 临床上不能盲目依赖 B 超, 应结合病史, 动态观察病情变化, 与其他产科疾病进行鉴别, 综合分析血常规、血红蛋白、纤维蛋白原、血小板等, 才能避免漏诊、误诊, 有利于提高诊治水平。

**3.4 不典型胎盘早剥的处理** 胎儿成熟并存活的情况下, 如果估计不能在短时间内阴道分娩, 应立即剖宫产<sup>[4]</sup>。因为胎盘一旦剥离, 便可能继续剥离, 持续时间越长, 病情越重, 出现并发病的危险性也越大, 及时终止妊娠, 才能有效控制子宫出血。胎盘剥离造成胎儿死亡的情况下优先考虑阴道分娩, 除非出血太多, 输血不能维持生命体征或有其他产科并发症不能阴道分娩时才考虑剖宫产。本文显示观察组在产后出血、子宫卒中、DIC 方面, 虽然观察组对母儿的危害比对照组轻, 但仍不容忽

视, 因为胎盘早剥是一种进行性加重的疾病, 小面积胎盘早剥诊断困难, 允许进行一段时间观察, 在大多数病例中, 胎儿状态起初是正常的。有研究显示, 监测了 4 h NST、CST 均正常而随后发生的早剥使胎儿迅速死亡。因此, 即使不出现变异减速并不能保证任何时期宫内环境都是安全的, 除非立即分娩, 否则胎盘可能在任一瞬间发生进一步剥离, 严重危及胎儿或致其死亡。近年来, 国内外学者开展了预测胎盘早剥的研究, 目前认为高同型半胱氨酸血症、代谢紊乱、血栓形成因子、甲胎蛋白、亚硝酸盐过氧化物等可能与胎盘早剥有关<sup>[12]</sup>。提高产科危急重症诊治水平是产科工作永恒的主题之一, 积极预防和治疗胎盘早剥诱因, 加强胎心、胎动监护, 高度重视孕妇主诉症状, 密切监测, 尽早诊断, 及时治疗有利于改善母婴预后。

### 参考文献:

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 113-116.
- [2] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 427.
- [3] Misra DP, Ananth CV. Risk factor profiles of placental abruption in first and second pregnancies; heterogeneous etiologies[J]. J Clin Epidemiol, 1999, 52(5): 453-461.
- [4] Salihu HM, Lynch O, Alio AP, et al. Extreme obesity and risk of placental abruption[J]. Hum Reprod, 2009, 24(2): 438-444.
- [5] Ananth CV, Oyelese Y, Prasad V, et al. Evidence of placental abruption as a chronic process; associations with vaginal bleeding early in pregnancy and placental lesions [J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2006, 128(1/2): 15-21.
- [6] Hung TH, Hsieh CC, Hsu JJ, et al. Risk factors for placental abruption in an Asian population[J]. Reprod Sci, 2007, 14(1): 59-65.
- [7] 朱启英, 肖齐, 王冬梅, 等. 胎盘早剥 139 例临床分析[J]. 新疆医科大学学报, 2005, 28(12): 1151-1153.
- [8] Kaminsky LM, Ananth CV, Prasad V, et al. The influence of maternal cigarette smoking on placental pathology in pregnancies complicated by abruption[J]. Am J Obstet Gynecol, 2007, 197(3): 275-280.
- [9] Kikutani M, Ishihara K, Araki T. Value of ultrasonography in the diagnosis of placental abruption[J]. J Nippon Med Sch, 2003, 70(3): 227-233.
- [10] Glantz C, Purnell L. Clinical utility of sonography in the diagnosis and treatment of placental abruption[J]. J Ultrasound Med, 2002, 21(8): 837-840.
- [11] 程昱, 程东红. 胎盘早剥的超声诊断漏误诊分析[J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2009, 8(1): 25-26.
- [12] 刘明辉, 赵右更. 预测胎盘早剥的研究进展[J]. 中华妇产科杂志, 2003, 38(1): 47-48.