

临床 77 例前置胎盘孕妇检查治疗情况分析

刘 杰

(吉林省白城市通榆县第一医院 吉林 通榆 137200)

【摘要】目的：通过对我院近十年来收治的临床 77 例前置胎盘患者的检查治疗情况进行分析研究，探讨前置胎盘的发病因素以及治疗方法，为进一步在临床防止和治疗此病提供相关经验。方法：采取回顾性分析的方法对我院 2011~2020 年 10 年间所诊治的前置胎盘患者 77 例进行研究分析，并研究此病的发病机理和基本原因。结果：通过对 77 例前置胎盘患者进行临床分析研究，发现此病发生率占同期分娩人数的比例仅 1.44%。临床调查结果显示，此病其发病与患者子宫内胎膜有致病因素史有关，主要包括自然流产史、人工流产史、引产史。其临床症状与体征以无痛性阴道流血、胎先露高浮为多，临床调查结果还显示，此三种类型的前置胎盘均有发生大出血的可能。结论：通过对临床 77 例前置胎盘患者的研究发现，减少孕产次数，降低前置胎盘发生率，产前密切观察阴道流血量及延迟孕周是减少母、婴死亡率的关键因素。临床上对于患者积极防治产后出血，慎防 DIC 发生，可以提高前置胎盘的救治率。

【关键词】前置胎盘；产后出血；期待治疗；终止妊娠；前置；DIC

前置胎盘是引起产妇出血的主要原因，出血会对母婴健康产生较大的危害。我院自 2011~2020 年间共收治前置胎盘患者 77 例，占同期分娩总数的 1.44% (77/5362)，本文予以总结分析。

1 临床资料

1.1 基本资料。采用随机抽样调查的方法抽取我院近 10 年来前置胎盘患者 77 例进行调查，其年龄 21~41 岁，平均年龄 30.8 岁。

1.2 调查结果。经调查结果显示如下：患者发病年龄及孕次情况：<30 岁患者为 46 例，占 59.7%；30~35 岁为 22 例，占比 28.6%；>35 岁患者为 9 例，占比 11.7%；孕次≥2 次 60 例，占比 77.9%，流产史≥1 次 62 例，占比 80.5%，临床上 77 例患者均为单胎。

2 临床症状和体征

2.1 前置胎盘患者症状和体征表现。77 例前置胎盘患者中无痛性阴道流血患者 68 例，占比为 88.3%；胎位异常（臀位、横位）为 12 例，占比为 15.6%；胎先露高浮为 70 例，占比为 90.9%；耻联上闻及胎盘杂音 27 例，占比为 35.1%。

2.2 前置胎盘患者类型与大出血关系。中央性前置胎盘患者为 36 例，占比为 46.7%，其中发生大出血患者情形为 6 例（大出血情形是指短时间内患者阴道流血量>300ml，下同），占比为 16.7%；部分性前置胎盘患者为 17 例，占比为 22.1%，其中发生大出血患者情形为 4 例，占比 24.3%；边缘性前置胎盘 24 例，占比 32.1%，大出血 3 例，占比 12.5%。

3 结果

3.1 分组情况。临床上我们采用分组别的方式对 77 例患者进行研究，根据其症状、类型和体征进行相关的分析研究，并进行统计工作。

3.2 结果情况。77 例孕产妇无 1 例死亡情形出现，围生儿死亡率为 10.4% (8/77)。

3.3 统计学分析。研究数据使用 SPSS21.0 进行统计学分析，计量数据用“ $\bar{x}$ ”和 t 检验，计数数据用“%”和 χ^2 检验， $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

4 讨论

4.1 从发病因素看，人工流产宫腔操作史（占 22%）并不是导致前置胎盘的主要因素，其高发因素主要是多孕、多产、流产等有子宫内胎膜致病因素史。分析这一原因主要是由于人工流产、引产、清宫会对子宫内胎膜产生损伤，加上营养、休息、卫生注意不够，机体抵抗力下降而发生子宫感染，再孕时子宫内胎膜未完全修复好，或蜕膜发育不良，阻碍了胎盘的供血，使得胚胎的着床部位发生了异常而引起的。另外多孕、多产使子宫肌间纤维结缔组织增生，血管减少，导致孕妇在妊娠时发生供血不足的问题，而胚胎为了摄取更多的营养只能扩大面积，一旦胎盘面积扩大并延伸到子宫下段，就会引起前置胎盘。

4.2 晚期无痛性反复阴道流血，胎先露高浮、耻联上闻及胎盘杂音仍为前置胎盘的主要症状及体征。在无阴道流血史前置胎盘患者中（9 例）主要以中央性前置胎盘（6 例，占 66.7%）为主，由 B 超检查或剖宫产术时才发现，需警惕这部分患者并有胎盘植入的可能。本组 1 例术前 B 超等检查未考虑到前置胎盘，剖宫产术中发现胎盘位于子宫下段覆盖宫内口并部分植入子宫下段前壁致大出血，抢救有些措手不及。

4.3 临床检查是辅助前置胎盘诊断的重要手段。阴道检查是非常有效的前置胎盘诊断辅助手段，但是该方法有引起大出血的风险，因此，临床并不建议使用。B 超检查不仅无创、安全，且检查结果可靠，是当前临床推荐的前置胎盘检查手段。故在保证孕妇安全的前提下争取行 B 超检查，对前置胎盘的诊断是有帮助的。

4.4 密切观察产前出血量，延迟孕周是减少围生儿病死率的关键。短时间内阴道流血≥800—100ml 伴血压下降等生命体征变化时，要遵循保护产妇生命的原则，选择合理的方式尽快终止妊娠。对于失血量≥300—500ml 的产妇，要快速终止妊娠以保证胎儿安全，此时多数选择剖宫产分娩；失血量≤200—300ml 的产妇，可根据孕周情况决定是否进行期待治疗，尽量延长孕周，提高胎儿生存率。

4.5 加强产后出血防治，高度警惕 DIC。子宫下段肌层具有薄弱收缩力差的特征，导致胎盘附着剥离面出血不易控制，因此需积极采取多种措施防治产后出血。如无效，及时切除子宫，且以全宫切除为宜。通过对我们这几天 7 例前置胎盘患者进行分析，孕妇 35 周多时畸胎部分前置胎盘病例进行研究，行利凡诺羊膜腔内引产，作产后行头皮牵引阴道助娩，产时、产后发生大出血，DIC，紧急情况下行子宫次全切除术，术后宫颈残端再出血。第二次手术切除宫颈残端，最后终因多器官功能衰竭救治失败死亡。由于前置胎盘出血病变部位在宫颈，故发生大出血行子宫切除时以全宫切除为好，免再发生宫颈残端出血而再次开腹手术创伤，以增加抢救成功率。

参考文献：

- [1] 王世阁、徐黎明主编：《现代妇产科理论与临床》，第一版，成都：四川科学技术出版社，1994 年 5 月
- [2] 王淑贞主编：《实用妇产科学》，第 1 版，北京：人民卫生出版社，1987 年 2 月
- [3] 顾美皎：《临床妇产科学》，北京，人民卫生出版社，2001 年 6 月
- [4] 陈明换：《前置胎盘的临床分析和防治》，《当代医学》，2014 年第 10 期

作者简介：

刘杰，女，汉族，1976 年出生，吉林通榆人，主治医师，现任职于吉林省白城市通榆县第一医院，研究方向为临床妇产科。