

## · 临床经验交流 ·

## 56例胎盘早剥的临床分析

温兰玲, 李 娜

(厦门大学医学院第一临床学院厦门中山医院妇产科, 厦门 361000)

【关键词】 胎盘早剥; 病例报告

中图分类号: R714.5b 文献标识码: B 文章编号: 1004-7379(2005)05-0424-02

胎盘早剥是妊娠晚期的严重并发症, 如果处理不及时, 可危及母婴生命。我们对厦门中山医院 1998年 1月 1日至 2005年 2月 30日胎盘早剥病例进行分析, 以期早期识别, 采取积极有效的措施, 改善母婴围产结局。

## 1 资料与方法

1.1 一般情况 1998年 1月至 2005年 2月在我院的总分娩数为 13 331例, 其中胎盘早剥 56例, 发病率为 0.42%, 略低于国内报道<sup>[1]</sup>, 年龄 21~39岁, 平均 26.7岁。初产妇 42例(75%), 经产妇 14例(25%); 发病时孕周 ≤ 28周 1例(1.8%), 28~36周 20例(35.7%), ≥ 36周 35例(62.5%)。其中横位 1例, 臀位 5例, 头位 53例(双胎 3例均为头位)。顺娩 11例, 产钳 1例, 臀助产 1例, 毁胎 1例, 剖宫产 42例(剖宫产率 75%)。

1.2 分类 参考《妇产科学》第 6版<sup>[1]</sup>。根据胎盘剥离面积将胎盘早剥分为 3度。I度: 胎盘剥离面积 ≤ 1/4; II度: 胎盘剥离面积约 1/3; III度: 胎盘剥离面积 ≥ 1/2。

1.3 统计学处理 采用  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

表 2 胎盘早剥临床表现与分度的关系

临床表现	I度 (n=30)	II度 (n=6)	III度 (n=20)	II+III度	P*
腹痛	14(46.7)	6(100)	20(100)	26(100)	< 0.01
阴道出血	17(56.7)	6(100)	12(60)	18(69.2)	> 0.05
胎儿窘迫	6(20.0)	6(100)	20(100)	26(100)	< 0.01
子宫板样硬	0(0)	2(33.3)	12(60)	14(53.8)	< 0.01
子宫胎盘卒中	6(20.0)	6(100)	20(100)	26(100)	< 0.01
产后出血	5(16.7)	3(50.0)	13(65.0)	16(61.5)	< 0.01

\* I度 vs II+III度

2.3 病程 系指出现症状到胎儿胎盘娩出的时间。I度胎盘早剥的平均病程为 3h39m in, II+III度胎盘早剥平均病程为 6h17m in, 发生 DIC者平均病程为 8h11m in。

2.4 并发症 I度胎盘早剥未发现失血性休克及 DIC等并发症, III度胎盘早剥失血性休克和 DIC均超过 50%。见表 3。

表 3 胎盘早剥并发症与分度的关系

并发症	I度 (n=30)	II度 (n=6)	III度 (n=20)	P*
失血性休克	0	2(33.3%)	10(50%)	< 0.01
DIC	0	0	12(60%)	< 0.01
肾功能衰竭	0	0	1(5%)	> 0.05

\* I度+II度 vs III度

2.1 除原因不明的 18例外, 胎盘早剥的诱因中妊娠高血压占第 1位, 脐带因素为第 2位, 胎膜早破为第 3位。见表 1。

表 1 胎盘早剥的诱因

发病诱因*	n	%
妊娠期高血压疾病	14	25.0
脐带因素	14	25.0
胎膜早破	9	16.1
羊水过少	4	7.1
妊娠合并子宫肌瘤	3	5.4
双胎妊娠	3	5.4
血小板减少	3	5.4
吸毒	1	1.8
外伤性因素	2	3.6
慢性肾炎	1	1.8
原因不明	18	32.1

\* 部分病例有多项诱因

2.2 临床表现 I度胎盘早剥以阴道流血为主, 伴不明显腹痛, II度及 III度胎盘早剥以明显腹痛为主, 伴有阴道流血, 腹痛达 100%。I度胎盘早剥未发现子宫板样硬, 而 II度及 III度胎盘早剥子宫板样硬平均达 53.4%, 见表 2。

2.5 围产儿结局 I度及 II度胎盘早剥无围产儿死亡, III度胎盘早剥围产儿死亡率达 100%。见表 4。

表 4 围产儿结局与胎盘早剥分度的关系

围产儿结局	I度 (n=30)	II度 (n=6)	III度 (n=20)	P*
死胎	0	0	12(60)	< 0.01
死产	0	0	5(25)	< 0.01
新生儿窒息	3(10)	6(100)	3(30)	> 0.05
新生儿死亡	0	0	3(30)	< 0.01
围产儿死亡	0	0	20(20)	< 0.01

\* I度+II度 vs III度

2 6 孕产妇结局 56例胎盘早剥中无 1例死亡, 3例行次全子宫切除术。

### 3 讨论

妊娠期高血压疾病是胎盘早剥的最常见诱因。由于血压升高, 其基底膜的螺旋小动脉发生急性小动脉粥样硬化, 引起远端毛细血管缺血、坏死、破裂、底蜕膜出血, 形成血肿而导致胎盘早剥。本组以高血压为主要诱因的 14例中, 7例在住院治疗期间发生, 由于发现早、抢救及时, 母子预后均好, 仅 1例达到 II 度胎盘早剥。因此, 我们认为, 妊娠期高血压一定要住院积极治疗, 严密监护, 适时终止妊娠; 脐带因素(脐带绕颈、脐带扭转、脐带过短等)在诱发胎盘早剥因素中占第 2 位。可能脐带绝对或相对过短, 与胎动时牵拉或临产后胎头下降脐带牵拉胎盘有关。胎膜早破为第 3 诱因, 可能与胎膜早破后, 宫腔压力下降或宫腔感染、蜕膜凝血功能障碍有关。Major 等<sup>[2]</sup>报道, 756 例胎膜早破中胎盘早剥发病率为 5%, 而无胎膜早破者仅为 0.9%。故对胎膜早破者, 应警惕胎盘早剥的发生, 既要卧床防止羊水大量流出, 同时要预防感染及避免长时间仰卧位; 3 例妊娠合并子宫肌瘤者, 术中见肌瘤均位于胎盘附着部位, 可能因为有肌瘤, 局部蜕膜发育不良, 胎盘血运障碍, 或肌瘤机械性压迫导致蜕膜下出血。Rice 等报道<sup>[3]</sup>, 14 例合并胎盘后肌瘤者, 8 例发生胎盘早剥, 4 例胎儿死亡; 文献报道<sup>[3]</sup>, 112 例孕期滥用可卡因者中, 其胎盘早剥发生率竟高达 13%。本组 1 例吸毒者发生了胎盘早剥。此外, 本组 2 例因血小板减少引起早剥, 考虑与血小板减少削弱了凝血功能有关; 另有部分病例无明显发病诱因, 但这些病例多在夜间或临产后发病, 可能与夜间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, 传到绒毛间隙导致蜕膜静脉床充血怒张, 引起部分或全部的胎盘剥离。同样, 临产后长时间的卧位也可导致类似情况的发生。

本研究结果显示, 胎盘早剥的并发症及围产儿死亡率随着病情的加重而明显增加, I、II 度胎盘早剥无一例发生 DIC、肾功能衰竭及围产儿死亡, 而 III 度胎盘早剥 DIC 的发生率高达 60%, 围产儿的死亡率竟达 100%。因此, 识别胎盘早剥的早期症状尤为重要。轻型胎盘早剥由于剥离面积小, 病情轻, 症状及体征均不典型, 诊断比较困难。有报道, 轻型胎盘早剥的产前诊断率仅为 29.4%<sup>[4]</sup>。本组资料显示, 轻型胎盘早剥以阴道流血为主要症状, 伴或不伴有腹痛, 临床难与前置胎盘鉴别, B 超在排除前置胎盘上起举足轻重的作用, 通过行 B 超检查, 确定胎盘下缘的位置能与前置胎盘相鉴别。但轻型胎盘早剥的 B 超声像图由于出血少, 胎盘后血肿小, 胎盘增厚不明显, 尤其是后壁胎盘诊断较困难, 所以必须仔细探查胎盘。即使 B 超检查阴性者也不能排除胎盘早剥, 必须短时间内复查 B 超, 动态观察 B 超声像图的变化。

潘永观等报道, 胎儿脐动脉血流 S/D 值升高对提示轻型胎盘早剥的存在有较好的敏感性<sup>[5]</sup>。故对轻型胎盘早剥的诊断必须结合临床症状、动态 B 超检查、S/D 值是否升高进行综合判断。对无原因的胎心音改变、阴道少量流血、血性羊水、子宫张力大者, 均应想到胎盘早剥的可能<sup>[6]</sup>。

本组患者 I 度胎盘早剥平均病程为 3h39m in II 度 + III 度胎盘早剥平均病程为 6h17m in, 并发 DIC 者平均病程为 8h11m in, 病程长者全部系院外发病, 未及时治疗或处理不当, 许多病例入院时已发生死胎、死产。所以, I 度胎盘早剥病程超过 3h, 症状未逐渐缓解或消失, 就应考虑及时终止妊娠; 如果病程大于 6h 就容易使胎盘早剥进一步加重, 如果病程大于 8h 就可能发生 DIC。

胎盘早剥引起的严重母体并发症, 如失血性休克、DIC、急性肾衰等, 处理不当, 常危及孕产妇生命。本组 56 例中, 失血性休克 12 例、DIC 12 例、急性肾衰 1 例、因抢救及时, 孕产妇无 1 例死亡。我们认为, 这与及时剖宫产(或剖宫取胎)和合理应用纤维蛋白原有关<sup>[7]</sup>。

总之, 为改善胎盘早剥患者母婴的预后, 要积极防止胎盘早剥的诱发因素, 密切观察其早期症状与体征, 一经确诊, 不论孕周大小, 对 I 度胎盘早剥, 在 3h 以内, 如症状未逐渐缓解, 甚或逐渐加剧应考虑终止妊娠。II 度以上胎盘早剥不论孕周大小, 均应立即终止妊娠。发现胎盘早剥病程超过 8h 应考虑是否发生 DIC, 做好抢救 DIC 的准备。

### 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 118
- [2] Major CA. Prefem premature rupture of membranes and abruptio placentae: Is there an association between these pregnancy complications [J]? Am J Obstet Gynecol 1995, 172: 672
- [3] Gary F, Norman F, Kenneth J, et al Williams Obstetrics [M]. 21th ed Obstetrical Hemorrhage 619-628
- [4] 刘焕玲, 李桂青, 卢晓红. 51 例胎盘早剥的产前诊断及预防 [J]. 昆明医学院学报, 2003 69-71
- [5] 潘永观, 朱海斌. 胎盘早期剥离 98 例分析 [J]. 浙江大学学报 (医学版), 2000 29 35
- [6] 薛永俊, 安亚丽. 不典型胎盘早剥的早期诊断及处理 [J]. 中华实用医学, 2001 39 24
- [7] 李娜, 温兰玲, 刘丽芳. 产科急性弥漫性血管内凝血 12 例临床分析 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2002 18 501-502

(收稿日期 2005-03-10)