doi:10.11659/jjssx.01E017074

·临床研究·

孕中期胎盘前置状态终止妊娠手术方式的临床效果

吴惠莹,王 蕊,沙小龙,梁丹丹 (徐州医学院附属妇幼保健院,徐州市妇幼保健院产科,江苏 徐州 221003)

[摘 要] **目的** 探讨孕中期合并胎盘前置状态患者采用利凡诺引产的临床效果。**方法** 选取我院2010年1月至2015年12月孕中期合并胎盘前置状态进行利凡诺引产患者16例作为观察组,同期胎盘位置正常引产患者22例作为对照组,比较2组患者产程时间、产后24 h出血量、一次引产成功率、大出血需剖宫取胎及术后感染等探讨利凡诺引产的临床效果。**结果** 观察组患者的引产成功率、产程时间、大出血需剖宫取胎与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$);产时及产后出血量多于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),但小于500 mL,未明显增加患者相关风险。**结论** 孕中期胎盘前置状态行利凡诺引产安全、有效,副作用少、创伤小,是孕中期胎盘前置状态患者首选的引产方法。

[关键词] 孕中期;胎盘前置状态;利凡诺;手术方式

[中图分类号] R719.3 [文献标识码] A [收稿日期] 2017-01-15

Surgical way of pregnancy termination for patients with placenta previa during midtrimester

WU Hui-ying, WANG Rui, SHA Xiao-long, LIANG Dan-dan (Maternity and Child Health Hospital Affiliated to Xuzhou Medical College, Xuzhou Maternity and Child Health Hospital, Xuzhou Jiangsu 221009, China)

Abstract: Objective To investigate the effect of rivanol induction on pregnancy termination for patients with placenta previa during midtrimester. **Methods** From January 2010 to December 2015, 16 patients of placenta previa underwent pregnancy termination induced by rivanol during midtrimester were regarded as the observation group, and 22 patients with normal placental position were regarded as the control group. The delivery time, amount of postpartum hemorrhage within 24 hours, one-time success rate of induced abortion, caesarean due to massive haemorrhage and postoperative infection of the two groups were recorded to analyze the clinical effect of rivanol. **Results** There was no statistically significant differences in the success rate, delivery time and caesarean due to massive haemorrhage between the two groups ($P>0.05$). The amount of intrapartum and postpartum hemorrhage in the observation group was more than that of the control group, with a statistically significant difference ($P<0.05$), but it was less than 500 mL, which did not significantly increase the related risk for patients. **Conclusion** Induced abortion by rivanol is a simple, safe and effective method for patients with placenta previa during midtrimester with fewer side effects and less trauma, which is the preferred method for such patients.

Keyword: midtrimester; placenta previa; rivanol; surgical methods

据统计,我国胎儿出生缺陷总发生率约13.07‰[1],而且随着产前诊断技术的提高,有上升趋势。严重的胎儿畸形在孕中期被发现,需要采取医学措施终止妊娠[1]。其中有少部分患者合并胎盘前置状态,即胎盘附着于子宫下段、下缘达到或覆盖宫颈内口,位置低于胎儿先露部,称为前置胎盘,常与多次流产及刮宫引起的子宫内膜病变或损伤有关。而妊娠中期B超检查发现胎盘前置者,不宜诊断为前置胎盘,而应称为胎盘前置状态[2]。近年来,国家二孩政策的放开,大量有流产史、剖宫产手术史的高龄妇女再次妊娠,导致胎盘前置状态及有医学指征需要终止妊娠的患者较之前明显增多。这部分患者引产时,由于胎盘附着于缺乏平滑肌组织的子宫下段及宫颈部位,产时产后不能有效收缩止血,容易发生大出血[3],以往临床上多采用剖宫取胎手术;如仍不能有效止血,甚至需要输血,或者切除子宫[4]。这对于因胎儿畸形被迫终止妊娠的患者来说,造成极大的身心创伤。随着医学科技的快速发展,近年来倾向于应用血管介入等微创方法降低这部分患者发生大出血的风险[5],但仍存在一定创伤,且副作用多,医疗技术门槛及费用高,对患者以后生育及生活质量负面影响大,不易被患者接受。如何在较为安全的前提下,通过较为简单的方法对这部分患者终止妊娠,我们在临床工作中进行了探索,发现将传统的羊膜腔内注射利凡诺引产手术应用于胎盘前置状态的患者,效果可靠,副作用少而轻微,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2010年1月至2015年12月本院收治的孕中期合并胎盘前置状态进行利凡诺引产患者16例作为观察组,选取本院同期胎盘位置正常且引产患者22例作为对照组。观察组患者均经阴道彩超诊断为胎盘前置状态(胎盘完全覆盖宫颈内口)[6],彩色多普勒检查均未见胎盘植入子宫肌层表现,患者术前均无明显

阴道流血。2 组患者均存在绝对引产指征,分别为胎儿脑积水、脊柱裂、21-三体综合征等[1]。2 组患者在年龄、产次、引产孕周及合并其他产后出血高危因素方面差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。引产前完善引产手续及各项辅助检查,排除凝血功能异常及心肝肾功能损害、生殖道及下腹部皮肤感染、引产药物过敏史等。详细告知患者引产时及产后可能发生的各种风险,观察组特别强调发生大出血概率高,必要时需剖宫取胎,转入外院行血管介入治疗,甚至切除子宫。患者均表示理解,自愿选择利凡诺引产,拒绝剖宫取胎并签字。

表 1 2 组患者一般情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	年龄(岁)	孕周(周)	产次(次)
观察组	16	26.3±2.9	17.9±2.0	1.04±0.23
对照组	22	28.2±3.6	18.3±2.1	1.08±0.25
P		0.852	0.241	0.085

1.2 方法

2 组患者均于术前排空膀胱,取平卧位,在超声引导下进行手术位置定位。选择羊水量较多的位置进行操作,避开胎儿躯体及肢体,尤其注意避开胎盘位置以防止手术造成胎盘后血肿,甚至胎盘早剥。碘伏消毒术野皮肤,以 16 号穿刺针垂直皮肤进针,依次穿过皮下组织及子宫肌层,有明显落空感时提示已进入羊膜腔,以空针回抽可见羊水引出视为穿刺成功,此后注入利凡诺 100 mg,并反复多次回抽及注入药液以促进其弥散,最后以无菌敷料覆盖手术部位。其中有 2 例患者因羊水过少,穿刺后需注入生理盐水 250 mL 以利于药物吸收及循环。所有患者均穿刺成功。

1.3 观察指标

记录 2 组患者的总产程时间、产时产后的出血量、一次引产成功率、因大出血剖宫取胎率、术后有无药物引起的肝肾功能损害、发热及生殖道感染等指标及 3 个月后月经恢复情况。

1.4 疗效评价

患者行利凡诺引产后 72 h 临产,阴道分娩出胎儿及附属物,视为引产成功;利凡诺引产后 72 h 仍临产,需采用其他方法或行二次利凡诺引产,视为失败。产后 24 h 内出血达到或超过 500 mL 明显增加患者风险,需要积极处理及干预[7]。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 17.0 软件进行数据分析,产程时间、出血量等计量资料采用均值±标准差($\bar{x}\pm s$),引产数量、剖宫情况及并发症等计数资料采用率(%)描述。满足方差齐性的计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,检验水准为 $\alpha=0.05$,$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者临床指标比较

观察组患者一次引产成功率与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。2 组患者的产程时间及大出血需剖宫取胎率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组产时及产后出血量多于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),但 24 h 出血量低于 500 mL,未明显增加患者相关风险。观察组有 1 例患者行剖宫取胎术,但 2 组剖宫取胎率比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表 2。

表 2 2 组患者临床观察指标($\bar{x}\pm s$)

组别	n	产程时间(h)	24 h 出血量(mL)	一次引产成功[例(%)]	剖宫取胎[例(%)]
观察组	16	12.5±3.5	200±50	15(93.75)	1(6.25)
对照组	22	13.0±4.5	110±50	20(90.91)	0(0.00)
P		0.132	0.008	0.501	0.451

2.2 2 组患者并发症比较

2 组患者发热、肾功能损害、生殖道感染、月经失调等并发症比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 3。发热及肝肾功能损害于分娩后短时间内恢复正常,无需医学措施干预。

表 3 2 组患者并发症比较[例(%)]

组别	n	发热	肝肾功能损害	生殖道感染	月经失调
观察组	16	3(18.75)	3(18.75)	1(6.25)	1(6.25)
对照组	22	4(18.18)	4(18.18)	1(4.55)	1(4.55)
P		0.311	0.311	0.246	0.246

3 讨论

利凡诺医学术语为依沙吖啶,又被称为雷佛奴尔,开始作为一种外用消毒防腐剂使用,后来发现其注入羊膜腔后能直接刺激子宫平滑肌的收缩,还可以促使胎盘和蜕膜组织变性和坏死,胎儿在宫内吞咽含有药物的羊水,以上各种作用相加,最终导致胎儿死亡,机体产生内源性前列腺素,诱发宫缩,软化宫颈,促使胎儿及附属物的排出,达到终止妊娠的目的[8-9]。胎儿羊膜腔内注射利凡诺于上世纪中叶开始用于终止中期妊娠,因其疗效肯定、操作简单、成功率高、起效较迅速、副作用小在临床得到广泛使用,成为中期引产的首选[10-11]。

通过我们本次观察及分析,利凡诺引产用于孕中期胎盘前置状态的患者,手术效果与无胎盘前置状态高危因素的对照组比较差异无统计学意义,副作用未见增加。观察组产时及产后出血量多于对照组,2 组有统计学差异,但远小于 500 mL 的产后出血标准,未明显增加患者风险。由于羊膜腔内利凡诺注射引产已

长期广泛在临床使用,其安全性、有效性早已被证实[12],因此可说明此种手术方式在胎盘前置状态中期引产中的应用安全有效。

通过我们的观察及思考,利凡诺引产之所以在这部分高危患者取得较好的疗效,主要有几个因素:①孕中期胎盘面积小,血供不丰富;②利凡诺注射后引起胎盘绒毛变性坏死,胎儿死亡,与母体的血液循环停止,胎盘面形成血栓有利于减少出血;③临产后子宫下段牵拉扩张,使胎盘离开宫颈口至正常位置或胎儿先露部压迫胎盘剥离面止血;④孕中期子宫下段肌层较厚,能够有效地收缩子宫平滑肌止血。因此,以利凡诺引产可使大多数患者能够阴道顺娩,无明显并发症,是一种简单、安全、有效的方法,是孕中期胎盘前置状态患者宜首选的方法。但同时也要充分认识到相关风险,术前应详细与患者沟通、交代,取得其知情同意。产时及产后严密观察阴道出血情况:如临产后阴道出血多于月经量,在具备抢救条件下行内诊检查,宫颈扩张2 cm后即可行人工破膜以加快产程,减少出血。

子宫动脉栓塞术近年来已广泛用于妇产科领域[13]。当患者已发生或者为预防大出血,可在影像设备引导下,行股动脉穿刺插入导管至髂内动脉或子宫动脉,注入栓塞剂栓塞动脉,达到止血的目的[14-15]。对于孕中期合并胎盘前置状态的患者进行子宫动脉栓塞以减少出血的报道已有多例,效果肯定[16]。相比于既往采取的剖宫取胎手术,采用子宫动脉栓塞微创治疗,患者的身心创伤、不良反应及并发症均明显减少,但这项治疗也有不足:①技术及设备要求高,需要专门的影像设备及介入科医师的参与[17-18],像我院三级甲等妇幼保健院目前尚无条件开展,故未在本文中进行对比及研究;②医疗花费高,仅单次治疗费用就可达数万元(徐州地区);③文献报道子宫动脉栓塞术后发热、卵巢功能衰退、闭经、下肢水肿、静脉栓塞等并发症相对于利凡诺引产术要严重得多[19]。

综上对比及分析,对于前置胎盘状态中期引产患者,羊膜腔内利凡诺注射术简单、有效及安全,是这类患者的首选治疗方法。但如果引产过程中阴道持续多量出血不可控制,且胎儿短时间无法阴道分娩,必要时需行剖宫取胎,或者行子宫动脉栓塞,甚至子宫切除。

[参考文献]

[1] 谢 辛,苟文丽. 妇产科学[M]. 第8版. 北京:人民卫生出版社,2013:111.

[2] 邹 丽,杨慧霞,贺 晶,等. 前置胎盘的临床诊断与处理指南[J]. 中华妇产科杂志,2013,48(2):148-150.

[3] 黄 燕,杨 鹰. 剖宫产术中子宫动脉栓塞术的应用[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2015,31(10):905.

[4] 周淑芬. 胎盘前置状态中期妊娠引产28例[J]. 实用医学杂志,2009,25(13):2135-2136.

[5] 朱晓童,孔 祥,郑 英. 介入治疗在前置胎盘合并胎盘植入剖宫产分娩中应用的研究进展[J/CD]. 中华妇幼临床医学杂志(电子版),2017,13(2):240-243. doi:10.3877/cma.j.issn.1673-5250.2017.02.023.

[6] 张丰明,张庆海,彭丽丽. 孕早中期超声诊断前置胎盘误诊原因探讨[J]. 中国误诊学杂志.2001,1(5):700-701.

[7] 乐 杰. 妇产科学[M]. 第7版. 北京:人民卫生出版社,2008:116.

[8] 郝翠云,孙美珍. 米非司酮与利凡诺联合用于中孕引产效果观察[J]. 中国实用妇科与产科杂志,1998,14(5):309.

[9] 程利南,车 焱. 现代计划生育学[M]. 上海:复旦大学出版社,2014:269-270.

[10] 中华人民共和国卫生部. 国家计划生育委员会常用计划生育技术常规[Z]. 卫基妇发[2003]第32号.

[11] 彭巧珍,张卫社. 孕中期前置胎盘状态引产相关问题[J]. 中华产科急救电子杂志,2015,4(2):77-80. doi:10.3877/ cma.j.issn.2095-3259.2015.02.04 .

[12] 上海市卫生局,中华医学会上海分会. 妇产科诊疗常规[M]. 上海:上海科学技术出版社,2000:303-304.

[13] 陈春林. 妇产科介入治疗的过去、现在和未来[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2015,31(10):881.

[14] Moore M,Morales JP,Sabharwal T,et al. Selective arterial embloisation: a first line measure for obstetric haemorrhage? [J]. Int J Obstet Anesth,2008,17(1):70-73.

[15] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top guideline. Prevention and management of postpartum haemorrhage[R]. London:Royal Coll of Obstet Gynaecol,2009.

[16] 刘智勇,余 雷. 介入治疗在凶险性前置胎盘剖宫产中应用的研究进展[J]. 中国临床新医学,2015,9(6):544-546. doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.06.27

[17] 冯世领,王 禹. 利用移动型DSA设备建立"杂交手术室"的探讨[J]. 中国医学装备,2012,9(6):49-51.

[18] 夏书杰. 浅谈一站式杂交手术室[J]. 临床研究,2007,4(5):132-133.

[19] 杨 琳,雷后康. 介入治疗难治性产后出血的临床疗效观察[J]. 贵阳医学院学报,2009,34(6):683-684.

(编辑:杨 颖)