维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号：0253-3626(2002)04-0485-03

胎盘植入

（附12例报道及文献复习）

张丽伟[1]，张建华[2]，卞度宏[2]

（1. 重庆医科大学计划生育医学系；2. 重庆医科大学临床学院妇产科 重庆 400016）

【摘 要】目的：总结和探讨胎盘植入的病因、病理、诊断、处理方法及预防措施。方法：对8年来共收治12例胎盘植入的临床资料进行回顾性分析及复习文献。结果：5例子宫切除，约占42%；5例局部缝合止血；2例保守治疗成功。无产妇死亡。结论：产前早期诊断胎盘植入是改善其预后的关键，当胎盘植入并发致命性大出血时需行子宫切除，对部分非急症且有生育要求的患者可行保守治疗，但注意迟发DIC问题，需随访至胎盘完全吸收或排出。

【关键词】胎盘；侵入性

【中国图书分类法分类号】R714.43 【文献标识码】A 【收稿日期】2001-10-18

Placenta accreta: report of twelve cases and review of literature

ZHANG Liwei, et al

(Department of Family Planning, Chongqing Medical University)

【Abstract】*Objective*: To summarize and investigate the pathology, diagnosis and treatment of placenta accreta. *Methods*: Twelve cases of placenta accreta for recent eight years were analyzed retrospectively and the literature was reviewed. *Results*: Five cases received emergency hysterectomy, about 42% (5/12) of cases. Five cases of local uterus bleeding were treated with suture. Two cases succeeded in conservative treatment. No one died. *Conclusion*: Early prenatal diagnosis of placenta accreta is a key to improving prognosis. It was common that placenta accreta cause life-threatening hemorrhage and emergency hysterectomy was usually necessary. Conservative treatment was adopted for cases of non-emergency and eagerness for fertility. Because the delayed DIC may take place, careful follow-up may be required until the entire placenta has been resorbed or discharged.

【Key words】Placenta; Accreta

胎盘植入是产科少见的严重并发症，临床特征是胎儿娩出后胎盘不剥离或部分剥离，或孕期自发性子宫穿孔，发生致命性大出血，多需子宫切除才能奏效，而有部分出血少、年轻未育患者难以接受这种治疗方式。本文报道我院8年来收治的胎盘植入的临床资料并复习文献，探讨其病因、病理、诊断、处理方法及预防措施。

1 临床资料

1993～2000年，我院共收治胎盘植入12例，切除子宫5例，约占42%。年龄26～33岁，平均28.3岁；孕次3～7次，平均4.2次；刮宫次数0～6次，平均3.2次；均未采取避孕措施。其中8例为我院剖宫产术中发现并诊断，3例合并前置胎盘，占37.50%（3/8），而同期产科收治前置胎盘产妇159例，占1.89%（3/159）。对3例术中出血汹涌，难以控制，出血量达2000ml以上者，立即切除子宫；另5例胎盘植入面积较小，约10～30mm^2，术中出血不多，即行局部切除，缝合止血。有2例在外院诊断胎盘植入转入我院治疗，1例为经产妇因5月孕引产，胎盘不剥离转入我院行子宫切除；另1例为初产妇因23周孕突发急腹症，腹腔内出血，在外院剖腹探查，术中见子宫底部右侧角儿头大囊性突起，薄如纸，即考虑胎盘植入行剖宫取胎及子宫右侧角部分切除，术后月经未复潮，持续阴道流血20多天入我院，亦行子宫切除。全部病例均经病理证实，无产妇死亡。

值得关注的是2例药物保守治疗成功者。例1：24岁，外院足月顺产阴道流血44天，部分胎盘残留入院。曾有2次人工流产史。检查发现阴道内有少量淡血，宫颈口松，子宫6周孕大小，两侧附件区无异常，彩色多普勒超声检查提示宫腔内异常回声30mm×40mm，血流丰富，诊断胎盘植入。采用氨甲喋呤（MTX）保守治疗，总量200mg，停药后12天退化的胎盘组织排出，流血似月经量，持续6天干净，一月后月经恢复。例2：27岁，因妊娠5月要求引产，于1999年3月9日入院。1998年曾行钳刮术1次。入院检查无异常发现，子

作者介绍：张丽伟（1963- ），女，讲师，硕士，
主要研究方向：妇科内分泌及计划生育。

维普资讯 http://www.cqvip.com

宫大小与妊娠月份相符合，诊断G2P0 5月孕。于3月14日行利凡诺胎膜内引产，术后近48h娩出一死婴，30min后胎盘不剥离，即行人工剥离胎盘，术中感子宫壁光滑，胎盘完全紧贴子宫壁，无胎盘剥离边缘，剥离失败，试行钳夹胎盘，仅夹出少量胎膜及蜕膜组织，产时及术中出血约50ml，考虑胎盘粘连，植入可能性大，唯恐发生大出血，立即停止宫腔操作。产后彩色多普勒超声检查提示胎盘附着于子宫底部左侧，与子宫肌壁之间边界不清，血流丰富，故诊断完全性胎盘植入。患者年轻未育，不愿切除子宫，经协商决定，试行药物保守治疗。采用MTX 100mg加生理盐水250ml静脉滴注，隔日一次，共四次。治疗过程中阴道流血少，出现轻度口腔溃疡，经对症处理后好转。出院时子宫近4月孕大小，血常规正常。密切随访。患者于出院后7天阴道流血停止，第43天再次出现少量阴道流血。妇科检查：子宫3月孕大小，双附件无异常。B超检查提示宫腔内不均匀强回声团影与肌壁间分界可见。考虑植入的胎盘已与子宫肌壁有所剥离，即予以口服己烯雌酚每天15mg，服用7天，再次入院。在作好输血及子宫切除手术准备的条件下，于1999年5月24日行钳刮术，术前2h服米索前列醇600μg，宫腔深度术前12cm，术后11cm，术者感宫颈内口松弛，机化胎盘组织与子宫壁粘连紧密，但尚能从子宫壁上钳夹下来，术中失血约80ml。术后2天B超检查提示子宫形态规则，宫腔深度118mm，宫腔线可见，痊愈出院。术后一月月经复潮。于当年9月再次妊娠，因孕期服药，妊娠2月时在我院行钳刮术终止妊娠。

2 讨 论

2.1 胎盘植入的发生及病理变化

胎盘植入是指胎盘绒毛直接侵入子宫肌层内，又称嵌入胎盘（胎盘绒毛浸润子宫肌层）和穿通胎盘（胎盘绒毛穿通子宫肌层）。发生率为9.5/10万[1]，但近年来文献报道有升高趋势，为分娩者的1/2500[2]、10/9716[3]，其中有70.2%合并前置胎盘，而在前置胎盘中的发生率达9.3%[4]。国内报道为分娩者的1/441[5]。我院产科统计结果，有37.5%（3/8）合并前置胎盘，在前置胎盘中的发生率为1.89%（3/159），说明前置胎盘中发生胎盘植入者明显增加，值得重视。Rashbaun等指出刮宫、剖宫产、手取胎盘及子宫肌瘤挖除术等子宫手术史均为导致胎盘植入的高危因素，此外，初孕妇亦有发生，早孕人工流产、中孕引产刮宫时发生大出血也有报道[6,7]。本资料显示12例胎盘植入者中，除1例初孕妇外其余均有多次刮宫史，平均3.2次，2例为中孕引产者。国内报道的发生率较高，可能与避孕意识淡薄，采取措施不力，多次人工流产等手术有一定关系。

胎盘植入的基本病理变化为底蜕膜全部或部分缺损，蜕膜常被疏松结缔组织所代替，其中可见散在的小片蜕膜细胞，如果胎盘绒毛侵入子宫肌层，该处肌层常变薄，肌纤维可有玻璃样变性或退行性变，肌层纤维组织增多，并有中等量急性或慢性炎症细胞浸润，胎盘绒毛结构正常，滋养细胞没有异常或增生[8]。本文10例切除标本均经病理证实。

2.2 胎盘植入的临床特点及诊断方法

严重出血、子宫穿孔和继发感染是本病的三大特点，一旦出现症状，难以控制的腹腔内出血和产后出血常导致急症子宫切除。因此，在症状出现前特别是产前作出诊断，是改善预后的关键，依靠彩色超声多普勒、核磁共振（MRI）及血清学检查(AFP、HCG等)有助于诊断。如胎儿娩出后胎盘不下，不要盲目徒手剥离胎盘，警惕胎盘植入的可能，特别是有高危因素者，以免发生严重后果。彩色超声多普勒对胎盘植入有肯定的诊断价值，具有高特征性表现，显示胎盘与子宫壁之间边界不清，存在丰富血流信号[9,10]。本文报道胎盘植入12例，除1例孕期发生腹腔内出血外，其余11例均在胎儿娩出后才得以诊断，结果5例行切除子宫，预后良好，无产妇死亡。2例保守治疗者经超声诊断并随访。所以，为了提高产前早期诊断率，减少严重并发症的发生，对有子宫手术史及前置胎盘等高危因素者，应高度警惕并发胎盘植入的可能，于产前作彩色超声多普勒检查，当超声不能确定时建议采用MRI。血清学检查对早期诊断也有参考价值，可作为筛查手段。

2.3 胎盘植入的治疗方法

胎盘植入可发生致命性产后大出血，临床上多需子宫切除，以保全产妇的生命。Kuwait统计1981～1993年共16例胎盘植入病例，87.5%行子宫切除[11]，本文为42%（5/12）。但是，子宫切除使患者丧失生育能力，留给年轻求子妇女极大的痛苦和遗憾。能否使症状较为缓和的一部分年轻未育患者保留子宫，是人们极为关注的问题。药物和保守性手术治疗均有成功报道[3,10,11]。本文采用局部缝合止血治疗成功5例，甲氨喋玲（MTX）保守治疗成功2例。其中1例MTX治疗后第6周（第43天）出现少量阴道流血，超声随访胎盘与子宫壁之间分界可见，血流消失，提示胎盘已有所剥离，经雌激素准备7

维普资讯 http://www.cqvip.com

天后钳刮出机化胎盘组织，痊愈出院。该患者4月后再次妊娠。但有文献报道，于MTX治疗后7～8周出现DIC大出血而行子宫切除[12]，当药物治疗时要警惕迟发DIC的风险，密切随访。对MTX治疗胎盘植入进行了有益的探索，并取得成功，这大大增强了药物保守治疗胎盘植入的信心，同时将进一步积累资料，深入研究。

由于胎盘植入的发生有增高趋势，临床医生应有足够的认识，无论分娩或引产，如胎儿娩出后胎盘不下，切忌盲目徒手剥离胎盘，应作进一步检查。因此，一旦诊断胎盘植入，及时切除子宫能快速有效地止血，达到挽救产妇生命的目的；对剖宫产术中发现局部胎盘植入而症状较缓和者，可行局部切除并子宫修补术；对产前已诊断且无症状者应严密监护下期待妊娠，适时剖宫产或加子宫切除，以求本次妊娠得到活婴并保证母亲生命安全；对无急性失血，要求保留子宫的年轻未育妇女，可采用MTX保守治疗，注意迟发DIC的发生，密切随访。但关键在于预防，应加强宣传计划生育，使育龄夫妇自觉采取有效避孕措施，避免多次刮宫引产，防止多产，特别是剖宫产。

参 考 文 献

[1] Makhseed M, Tomi N, Moussa M. A retrospective analysis of pathological placental implantation-site and oenetration[J]. Int J Gynecol Obstet, 1994; 47(2): 127-134.

[2] Scarantino SE, Rrilly JG, Ioretti IL, et al. Argon beam coagulation in the management of placenta accreta[J]. Obstet Gynecol. 1999; 94 (5Pt2): 825-827.

[3] Ota Y, Watanabe H, Fukasawa I, et al. Placenta accreta/increta : Review of 10 cases and a case report[J]. Arch Gynecol Obstet. 1999;263(1/2): 69-72.

[4] Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta[J]. Am J Obstet Gynecol, 1997;177 (1): 210-214.

[5] 梅 红. 植入性胎盘26例临床分析[J]. 实用妇产科杂志，1995;11(6):314-315.

[6] 闻安民，钱德英. 早期妊娠胎盘绒毛植入－附1例报道及文献复习[J]. 中华妇产科杂志，1999;34(10):606-608.

[7] Rashbaum WK, Gates EJ, Jones J, et al. Placenta accreta encountered during dilation and evacuation in the second trimester[J]. Obstet Gynecol, 1995; 85(5Pt1): 701-703.

[8] 唐 敏. 胎盘病理学[M]. 北京：人民卫生出版社，1987;29.

[9] Chou I, Ho ES, Lee YH. Prenatal diagnosis of placenta previa accreta by transabdominal color Doppler[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2000;15(1): 28-35.

[10] 左 越，吴秀玲，纪 妹，等. 超声波引导穿刺治疗植入性胎盘1例[J]. 中华妇产科杂志，1997;32(12):721.

[11] Makhseed M, Moussa MA. The outcome of placenta accreta in Kuwait (1981-1993)[J]. Int J Gynecol Obstet, 1995 ; 50(2): 139-144.

[12] Jaffe R, Dubeshter B, Sherer DM, et al. Failure of methotrexate treatment for term percreta[J]. Am J Obstet Gynecol, 1994; 171(2): 558-559.

（上接第484页）

依赖于干化学法得出结论，Free指出，显微镜是检查管型的唯一方法[5]。另外，在大剂量使用青霉素等药物时，也可干扰尿蛋白的检查[6]，这也是造成干化学结果与镜检结果不符的原因之一。

综上所述，两种方法只能互为补充，而不能相互代替。尿干化学法分析后有必要对标本进行显微镜镜检。但尿沉渣分析又不能完全依赖于尿干化学法筛选。

参 考 文 献

[1] 丛玉隆，马骏龙，李云莲，等. 尿沉渣测定四种方法的参考值范围调查[J]. 中华医学检验杂志，1997;20(4):229-231.

[2] 赵永光，赵劲松，张锦泉，等. 尿沉渣检查方法进展[J]. 锦州医学学报，1999;20(3):71-74.

[3] 李卫滨，王德春，林宝顺，等. 尿液分析仪检测假阴性的问题探讨[J]. 临床检验杂志，2000;18(1):47.

[4] 丛玉隆，马骏龙. 尿干化学分析与显微镜检查[J]. 中华医学检验杂志，1997;20(3):135-137.

[5] 顾可梁. 尿沉渣镜检[J]. 上海医学检验杂志，2000;15(2):68-70.

[6] 丛玉隆，宋国良，周建山. 干化学尿分析与管型检查的关系研究[J]. 中华医学检验杂志，1997;20(3):138-140.