

多学科联合救治植入性凶险型前置胎盘策略探讨

刘丽丽, 张富荣, 王芳

(昆明医科大学附属延安医院, 云南省心血管病医院, 云南昆明 650031)

[摘要] **目的** 探讨植入性凶险型前置胎盘的救治策略, 提高孕产妇术中出血抢救成功率. **方法** 回顾性分析 2012 年 8 月至 2014 年 6 月收治的 23 例植入性凶险型前置胎盘的救治及处理方法. **结果** 23 例患者无 1 例死亡, 3 例因 3 次剖宫产术后胎盘植入穿透膀胱, 行子宫切除及泌尿外科协助行膀胱修补术; 5 例因胎盘植入面积过宽保守治疗无效后行子宫全切术, 其余全部成功保留子宫. 手术持续时间 (94.8 ± 33.2) min, 术中平均失血 (1600 ± 558) mL. **结论** 提高产前诊断率, 围术期麻醉科应联合产科、泌尿外科、介入科、输血科、检验科等多个学科, 安全、有效的综合治疗是保障手术成功的关键.

[关键词] 凶险性前置胎盘; 胎盘植入; 多学科; 联合

[中图分类号] R614 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 2095-610X (2014) 12-0101-03

Strategies of Combined Multidisciplinary Treatment for Implantable Dangerous Placenta Previa

LIU Li-li, ZHANG Fu-rong, WANG Fang

(Dept. of Anesthesiology, The Affiliated Yan'an Hospital of Kunming Medical University, Cardiovascular Hospital of Yunnan Province, Yunnan Kunming 650031, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the treatment strategies of implantable dangerous placenta previa, and to improve the success rate of maternal blood loss. **Method** The treatment methods of 23 cases from August 2012 to June 2014 with dangerous placenta previa were analyzed retrospectively. **Results** There was no patients died among this 23 cases. 3 cases of placenta implantation through bladder because of 3 times caesarean operation was given hysterectomy and surgical assist for repair of bladder; 5 cases were given hysterectomy because placenta implantation area is too wide. The remaining cases retained uterus successfully. The average blood loss was (1600 ± 558) mL. Duration of surgery was (94.8 ± 33.2) min. **Conclusion** Improving prenatal diagnosis rate and combining multi-disciplines, including obstetric anesthesiology, urology, interventional radiology, transfusion department, laboratory, etc. is a safe, effective and comprehensive treatment, and the key to successful operation of security.

[Key words] Dangerous placenta previa; Placenta accrete; Multidiscipline; Combination

凶险型前置胎盘最早由 20 世纪 90 年代 Chattopadhyay^[1]提出, 指既往有剖宫产史, 此次妊娠为前置胎盘, 且胎盘附着于原子宫瘢痕部位者, 常伴有胎盘植入. 近年来随着剖宫产率急速上升以及人工流产的广泛开展, 植入性凶险型前置胎盘发生率也呈上升趋势, 其导致的围术期大出血和高子宫切除率一直是产科医师关注的问题, 同时也给麻

醉医师带来了挑战. 为进一步加强植入性凶险型前置胎盘的认识, 降低孕产妇死亡率, 现将昆明医科大学附属延安医院 2012 年 8 月至 2014 年 6 月诊治的 23 例凶险型前置胎盘伴胎盘植入的产妇救治策略进行回顾性分析.

1 资料与方法

[作者简介] 刘丽丽 (1979~), 女, 山西高平市人, 医学硕士, 主治医师, 主要从事疑难危重患者麻醉工作.

1.1 一般资料

回顾性总结 2012 年 8 月至 2014 年 6 月间在昆明医科大学附属延安医院（云南省心血管病医院）凶险型前置胎盘伴胎盘植入剖宫内手术病例 23 例，美国麻醉医师协会（ASA）Ⅱ～Ⅲ级，全部病例均经彩色多普勒超声（B 超）及 MRI 明确诊断为凶险型前置胎盘伴胎盘植入。产妇年龄 26～41 岁，平均 (31.68 ± 3.21) 岁，体重 60～87 kg，1 次或 2 次剖宫产史 19 例，阴道分娩史 4 例，人流史 16 例，手术所用麻醉方法均为全麻。

1.2 救治策略及方法

1.2.1 术前访视 除 6 例因大出血急诊剖宫产外，其余 17 例均作充分的术前评估。评估内容：（1）基本状况：生命体征是否平稳，有无合并症；（2）胎儿情况：胎儿是否存活；（3）辅助检查：血红蛋白、肝肾功、凝血功能、输血前四项；（4）胎盘情况：通过彩超或 MRI 判断胎盘是否植入，植入程度，与膀胱及邻近器官的关系，估计手术时间及出血量。

1.2.2 术前准备 （1）麻醉同意书的签署：术前充分与患者及家属沟通，告知麻醉风险及术中意外，做好子宫切除及术中大出血、DIC 抢救的心理准备；（2）血制品准备：与输血科充分沟通，术前充分备血，大量的悬浮红细胞、血浆、冷沉淀，纤维蛋白原；（3）麻醉药品、抢救药品、设备的准备：全麻药品、晶体和胶体液、血管活性药物（去氧肾上腺素、去甲肾上腺素、肾上腺素标准配制，备好垂体后叶素）；特殊用药：乌司他丁、钙剂、甲强龙、硫酸镁；新生儿抢救药品（纳络酮、肾上腺素）及气管插管准备；物品：加压输血袋，若干输血器；麻醉复苏设备（除颤仪）；（4）技术准备：确定经验丰富、副高以上职称及高年资主治医师各一名担任麻醉师，巡回护士 2～3 名。并做好产科手术组、介入医师组、巡回护士组、记录组的分工及协调工作，同时联系术中新生儿医师到场。（5）方法：所有产妇剖宫产术前当天在介入手术室局麻，在数字减影血管造影（DSA）下，采用 seldinger's 技术经股动脉穿刺行双侧髂内动脉球囊预置术^①，球囊导管头端位于髂内动脉脏支（主要供应子宫动脉），术毕采取制动体位将患者平车送入手术室。

1.2.3 麻醉方法 23 例患者入手术室后常规监测生命征，吸氧，16 G 或 18 G 留置针开放外周大静脉（通常为肘静脉）通路，缓慢预冲羟乙基淀粉 500～1 000 mL。局麻下行左侧桡动脉穿刺置管监测动脉压（ABP），右颈内静脉穿刺置管（7Fr，双

腔管），以防术中大出血时快速补充血容量。同时请泌尿外科医师局麻下行双侧输尿管逆行插管，以防术中切除子宫时损伤输尿管。此后平卧位下嘱产科医师洗手消毒，铺巾，新生儿吸引器等切皮前工作准备完善，介入科医师和新生儿医师到达手术室后，开始行麻醉诱导。异丙酚 1～2 mg/kg，维库溴铵 8 mg，瑞芬太尼 1～2 μg/kg，瑞芬太尼推注时间）60 s。所有患者麻醉诱导完成后随即静脉泵注异丙酚 4～6 mg/(kg·h)维持；待新生儿取出断脐后，给予咪达唑仑 2 mg、芬太尼 0.2 mg 加深麻醉。新生儿取出后由助产师、新生儿医师、麻醉医师进行 Apgar 评分，根据评分情况结合新生儿复苏指南决定新生儿的处理及是否需要抢救。

1.2.4 术中处理 所有产妇均选用下腹部纵形切口。术前深静脉置管后，即刻开始输注悬浮红细胞 600 mL，术中切口尽量避开胎盘，打开子宫下段切口后均有大量汹涌出血，快速取出胎儿，此过程中出血大约 2 100 mL，加快输入胶体液羟乙基淀粉及输血速度，必要时静脉泵注去氧肾上腺素和去甲肾上腺素（根据血压调整），使 ABP 尽量维持在 65 mmHg 以上，以保证重要脏器的灌注。胎儿娩出后卵圆钳夹子宫边缘，纱布填塞宫腔压迫止血，宫体立即注射缩宫素 20 U、三角肌处注射欣母沛 250 μg；同时请介入科医师立即向双侧球囊注水 1.5 mL 后，再向双侧髂内动脉脏支内注入明胶海绵颗粒栓塞髂内动脉脏支，栓塞成功后，子宫出血明显减少，仔细检查胎盘附着部位及与子宫肌层的关系，若有胎盘植入且植入面积小，尽量清除胎盘组织，局部行子宫下段压迫缝合术；若植入面积过大（一般直径 > 6 cm）则勿强行剥离胎盘，做好子宫切除的准备。但要求动脉栓塞时间越短越好，1 h 内相对安全^②，待缝好子宫或切除子宫后抽出双侧球囊中的水。手术结束，观察患者产后无出血情况，即可拔除输尿管导管、双侧球囊导管及股动脉鞘，血管缝合器缝合双侧股动脉，将患者送回病房或 ICU，双侧腹股沟加压包扎 6 h，制动 12 h。

1.3 统计学方法

采用 SPSS 软件进行数据分析，所有计量资料用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示。

2 结果

23 例患者无 1 例死亡。3 例因 3 次剖宫产术后胎盘植入穿透膀胱，行子宫切除及泌尿外科协助行膀胱修补术；5 例因胎盘植入面积过宽保守治疗无效后行子宫全切术，其余全部成功保留子宫。手术

持续时间 (94.8 ± 33.2) min, 术中平均失血 (1 600 ± 558) mL.

3 讨论

植入性凶险型前置胎盘的病因尚不清楚, 推测可能与胎盘绒毛组织侵蚀能力与蜕膜组织之间的平衡失调有关. 子宫手术史特别是剖宫产术后子宫内 膜受损, 同时前次剖宫产手术瘢痕可妨碍胎盘在妊娠晚期向上迁移, 从而容易发生前置胎盘, 子宫瘢痕处内膜薄, 有利于绒毛侵入宫壁肌层, 因此凶险型前置胎盘容易发生胎盘植入. 2014 年全国各地单独二胎政策放开后, 全国每年大概有近 100 万的孕产妇即将生产, 二次甚至三次剖宫产的孕妇也越来越多, 这就使植入性凶险型前置胎盘的几率大大增加. 有研究报道有 1 次剖宫产术史者则其发生率为 24% ~ 30%, 有 2 次剖宫产术史者为 30% ~ 50%, 有 3 次剖宫产术史者为 55% ~ 65%^[4,5].

针对本组 23 例患者的成功救治, 总结救治策略: (1) 加强医患沟通: 针对植入性凶险型前置胎盘的高风险, 应由高年资医生与家属充分沟通, 反复强调麻醉风险及术中产妇大出血、失血性休克、弥散性血管内凝血 (DIC), 甚至孕产妇死亡及新生儿的抢救、甚至死亡, 使患者及家属提高对凶险性前置胎盘的认识, 减少不必要的医疗纠纷; (2) 充分的术前评估: 重点是评估患者的血红蛋白, 提高患者对出血的耐受性. 本组病例术前全部开放 2 ~ 3 条大静脉通道, 保证术中血容量的快速补充, 维持生命征平稳; (3) 积极的术前准备: 包括请输血科会诊备足大量的血制品, 麻醉药品的配制、抢救药品的准备等. 同时还需要和检验科医师沟通, 若术中出现大出血的实验室检查危急值报告等. 请泌尿科术前行双侧输尿管逆行插管, 避免了术中因胎盘植入导致的大量出血、视野模糊、盲目操作引起的子宫及膀胱、输尿管损伤; (4) 主张择期手术, 尽量避免急诊手术. 术前完善相关辅助检查, 主要是 B 超和 MRI 检查. 彩色多普勒超声产前诊断前置胎盘并发胎盘植入的敏感性为 77.3%, 特异性为 98.4%. 而 MRI 对子宫后壁胎盘植入的检查有明显优势, 结合增强扫描能明确胎盘是否有植入, 并判断子宫肌层是否有受侵, 通常和 B 超联合使用, 互相弥补之不足^[6]. 笔者统计分析的都是产前明确诊断为胎盘植入的患者数据, 对于那些术中才发现胎盘植入者未纳入本组病例, 所以诊断前置胎盘合并胎盘植入对麻醉的处置方式起到决定性作用; (5) 介入治疗: 本组 23 例植入性凶

险型前置胎盘患者均在导管室实施预防性双侧髂内动脉球囊预置术, 术中通过球囊扩张暂时阻断子宫主要供血, 降低子宫压力, 减少了术中出血, 使手术医生有充分的时间直视下仔细检查胎盘附着部位及与子宫肌层的关系, 尽可能清除胎盘组织, 避免了剥离胎盘时大量血窦暴露, 和因子宫下段肌层菲薄、收缩力差而引起的子宫大出血, 减少了母婴并发症; (6) 手术方式: 本组病例全部采用宫腔阴道填塞 + 缝扎止血; 切口避开胎盘; 子宫按摩及子宫收缩剂的运用, 对减少术中失血, 降低子宫切除率有极大的帮助. 但由于 3 例患者剖宫产后胎盘植入穿透膀胱, 5 例因胎盘植入面积过宽保守治疗无效, 产科医生果断抉择立即行子宫全切术, 为患者赢得了抢救时间, 保住了患者宝贵的生命.

综上所述, 通过对 23 例植入性凶险型前置胎盘患者救治的回顾性分析, 总结经验, 探讨救治策略. 针对此类患者全部采取全麻下剖宫产术, 提高产前诊断率, 围术期麻醉科应联合产科、泌尿外科、介入科、输血科、检验科等多个学科, 安全、有效的综合治疗是保障手术成功的关键. 只有建立良好的救治策略和合理的救治流程, 才能降低孕产妇死亡率.

[参考文献]

- [1] CHATTOPADHYAS S K, KHARIFF H, SHERBEEN M M. Placenta previa and allret after previous cesarean section [J]. J Obstet Gynecol Reprod Bid, 1993, 152(52):151 - 156.
- [2] SHRIVASTAVA V, NAGEOTTE M, MAJOR C, et al. Case-control comparison of cesarean hysterectomy with and without prophylactic placement of intravascular balloon catheters for placenta accrete [J]. Am J Obstet Gynecol, 2007, 197(4):401 - 402.
- [3] SHIH J C, LIU K L, SHYU M K. Temporary balloon occlusion of the common iliac artery: New approach to bleeding control during cesarean for hysterectomy for placenta [J]. Am J Obstet Gynecol, 2005, 193(5):1756-1758.
- [4] 韩晴, 潘勉. 凶险性前置胎盘伴胎盘植入 6 例临床分析 [J]. 中国实用医药, 2011, 16(2):167 - 168.
- [5] 彭方亮, 周晓, 毛世华. 子宫动脉栓塞术治疗剖宫产后子宫瘢痕部位妊娠 40 例临床分析 [J]. 重庆医学, 2012, 41(12):1 189 - 1 190.
- [6] ZHANG L, LI P, HE G L, et al. Value of prenatal diagnosis of placenta previa with placema increta by transabdominal color doppler uhrasound [J]. Chin J Obstet Gynecol, 2006, 41(12):799 - 803.

(2014 - 10 - 13 收稿)