



· 临床研究 ·

## 前置胎盘附着位置与剖宫产子宫切口选择

胡艳华 (湖南水口山有色金属有限责任公司职工医院, 湖南水口山 421513)

**摘要:** 在剖宫产术前通过病史资料和影像学检查来了解前置胎盘附着位置, 而剖宫产术中直视所见虽是最终诊断, 但却是滞后的诊断, 故其只能作为术前评估不足的补充。剖宫产术是前置胎盘终止妊娠的主要方式, 而选择子宫切口沿着胎盘边缘相比必须“打洞”穿过胎盘组织取胎的母源性失血和新生儿贫血发生率显著降低。对不同前置胎盘的患者的术式选择应个别对待, 根据超声胎盘定位及术中评估等制定个体化手术方式, 只要选对子宫切口, 尽量避免胎盘“开窗”, 可有效减少母儿不良预后。

**关键词:** 前置胎盘 剖宫产 胎盘移行 切口选择

**中图分类号:** R714.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 06-102-02

前置胎盘是妊娠晚期严重并发症, 且中央性前置胎盘危害性更大, 因而需要剖宫产终止妊娠者有较大比例。虽剖宫产能在短时间内结束分娩和控制出血, 但处理不当可危及母儿。因此, 手术前对前置胎盘及时诊断, 前置胎盘类型的准确性评估, 最大限度减少术中术后出血, 提高对该类手术的可预见性和可支配性至关重要。

### 1 胎盘位置的移行

超声检查在前置胎盘诊断方面的作用已得到公认, 然而不同孕周胎盘位置与宫内口的关系是不同的, 通过对 2000 余例孕妇的研究, 在孕 12-14 周时 B 超检查发现 15% 存在胎盘前置状态, 这其中有 85% 在妊娠晚期时胎盘位置恢复正常, 甚至足月时仍有部分胎盘位置再次发生改变。胎盘位置的改变是因为妊娠中期胎盘占据子宫壁一半面积, 因此胎盘贴近或覆盖宫颈内口的机会较多, 而妊娠晚期胎盘占据宫壁面积减少到 1/3 或 1/4, 此时子宫下段形成及伸展增加了宫颈内口与胎盘边缘之间的距离, 故原似在子宫下段的胎盘可随宫体上移而改变成正常位置胎盘, 以致于存在妊娠期胎盘“移行”现象。故临床对胎盘附着部位的判断不宜过早, 既增加孕妇的恐惧及医疗消耗, 又无济于病情判断, 胎盘附着部位的最终确定势必需在准备终止妊娠前。

### 2 如何识别前置胎盘

前置胎盘根据着床部位分为前壁型、后壁型和完全型, 提前识别胎盘位置异常可有效降低因此症引起的严重后果, 胎盘位置异常的判断主要依据如下:

#### 2.1 病史特点及临床表现

从病史特点中寻找前置胎盘的高危因素, 如年龄大于或等于 35 岁, 流产和 (或) 产次<sup>3</sup> 次, 前次剖宫产、有早产史、死胎史、人工受孕者、有羊膜腔穿刺术病史以及吸烟吸毒等不良嗜好等。而妊娠晚期无痛性阴道流血是前置胎盘特征性表现之一, 但亦常有无孕期出血的前置胎盘患者, 且阴道流血体征与前置胎盘分型无明显相关。

#### 2.2 影像学检查

(1) 超声检查: 经腹超声 (TAS) 检查对于前置胎盘的检查假阳性率可高达 25%, 因其精确性受操作者技术的熟练性、胎头对子宫下段成像的干扰、宫颈内口定位的不准确性、后壁胎盘成像效果差、肥胖、膀胱充盈等影响。经阴道超声检查 (TVS) 精确率高, (敏感度 87%, 特异度 98.8%, 阳性预测值 93%, 阴性预测值 97%), 常作为前置胎盘诊断的标准超声, 故我们认为对于可疑前置胎盘的孕妇, 应尽可能采用经阴道超声检查, 以提高诊断准确性。联合经腹及经阴道超声扫查效果更佳。TVS 检查时仍需注意几点: 1) 24 小时内无阴道流血。2) 无阴道炎症。3) 操作动作轻柔, 探头缓慢插入, 注意监视屏幕, 如能清楚显示, 就应停止推进探头, 尽量不要触碰宫颈, 以免造成大出血。4) 操作者应充分熟悉 TVS 声像图与盆腔解剖的关系。(2) 磁共振成像 (MRI) 检查: MRI 对组织分辨率高, 对血流敏感, 能清楚看到胎盘与子宫的关系, 对于超声可疑胎盘植入的病例, MRI 大多最能明确诊断。

#### 2.3 剖宫产术中评估

当然, 前置胎盘的最终诊断是剖宫产术中直视所见, 一般可见胎盘附着部位子宫血管充盈、迂曲、蚓状怒张, 有时可见多处怒张的新生血管匍匐于子宫下段, 有时甚至可见膀胱顶端的血管怒张, 触诊时胎盘附着处的子宫下段可感受到特殊的柔软的抵抗, 且可触及与胎儿先露部间的海绵样组织, 此时的再次评估最为准确和直接, 如果手术中肉眼所见和手术前超声描述一致, 那诊断毫无疑问, 如有差异, 以手术所见为准, 所以开腹后手术所见为诊断前置胎盘的最后一关。

### 3 前置胎盘的剖宫产手术切口

#### 3.1 手术切口选择原则

剖宫产术是前置胎盘终止妊娠的主要方式, 也是抢救前置胎盘大出血的根本措施, 而前置胎盘的剖宫产手术切口选择是基于术前对胎盘位置的准确定位之上, 切口选择是尽量靠近胎盘边缘原则, 胎盘中央附着部位子宫血窦丰富, 此时切开势必伤及胎盘, 甚至脐带, 出血汹涌手术难于控制, 造成母体源性出血, 甚至手术还没开始孕妇即失血性休克, 更有可能发生医源性的胎儿失血, 如新生儿失血性贫血, 甚至失血性休克。因此切开子宫时应尽量避免胎盘中心位置, 切口基本上应是沿着胎盘边缘选择。通过对多例前置胎盘病人剖宫产术时因子宫切口不能避开胎盘, 必须“打洞”穿过胎盘组织取胎时, 出胎前出血量已大于 400ml, 总出血量明显大于非“打洞”者。另有研究表明, 娩出胎儿前出血量多是造成新生儿贫血的主要原因。曾统计 120 例前置胎盘的切口选择, 发现推开胎盘取胎儿可显著减少术中出血。而对于子宫下段可见成簇的怒张血管, 为减少切口子宫壁时的出血及手术野的影响, 可选择先行新生血管结扎离段后再切开子宫。

#### 3.2 不同前置胎盘类型的手术切口选择

(1) 前置胎盘前壁型: 对于以前壁为主的前置胎盘, 当胎盘偏向右前侧者, 则可从子宫左侧向胎盘附着侧横切子宫下段, 至估计胎盘边缘处向上延伸, 形成“L”形切口, 而对于胎盘偏向左前壁则相反。此种切口方式, 切开肌层后虽遇到胎盘, 可能出血稍多, 但是以母体出血为主, 不切断胎盘就避免了新生儿出血。若为胎盘位置居中者, 对于难以避开的胎盘组织, 尽量取胎盘边缘切口, 迅速推开胎盘边缘, 并破膜取胎, 若胎盘完全覆盖在子宫整个前壁, 只能将最薄弱处的胎盘“开窗”, 一边断开胎盘, 一边用无齿卵圆钳钳夹子宫切口边缘控制出血, 迅速破膜娩出胎儿, 将脐带中的血液挤向胎儿, 不能否认对于剖宫产手术不很熟练的操作者, 子宫体部古典式纵切口也较为安全, 因子宫切口足够大, 娩胎体容易, 但其切口几乎贯穿整个胎盘, 势必手术野均为出血点, 出血量多, 切口肌层较厚, 缝合困难, 且切口距离子宫下段胎盘剥离面较远, 视野暴露不佳, 局部止血困难, 有研究表明体部切口者超过半数有产后出血情况存在。(2) 前置胎盘后壁型: 对于以后壁为主的前置胎盘, 通常胎盘为盖过宫口达子宫前壁, 可在胎盘上缘作一比常规切口稍高一点的子宫下段横切口便可, 切开子宫时一般是在胎盘边缘。此术式适应前置胎盘孕周相对较小、子宫下段形成欠佳者, 具有子宫损伤较小, 术中出血相对较少, 临床应用较普遍的优点。缺点是子宫上下段组织厚薄不一使缝合不易对合, 影响切口愈合, 下段形成不佳时有损伤膀胱, 造成切口向两侧延长甚至损伤子宫动脉的分支。(3) 前置胎盘完全型: 子宫下段较高部位横切口是最佳的选择, 一般可避免切开胎盘, 也可减少下推膀胱引起的剥离面出血。

#### 3.3 切口与胎儿娩出困难的处理

在前置胎盘剖宫产术中, 胎儿娩出困难也常常遇到, 多由于胎盘的阻挡、胎头高浮和胎位不正、早产导致的子宫下段形成不良, 再者前置胎盘附着在子宫下段, 由于血窦丰富, 致使下段组织比较松软, 手术者又惧怕切口的延伸。因此对应处理的第一步即剖宫产术切口宜大不宜小, 切口延伸难免时尽量靠近切口上端, 以免因娩出胎儿时造成子宫切口撕裂。若为胎头高浮者, 首先剖宫产切口位置选择要略偏高, 术中尽量吸净羊水, 助手适时宫底部持续加压、并与术者配合至

(下转 105 页)



肉术后复发的目的。故而翼状胬肉术后联合角膜缘干细胞移植填补翼状胬肉术区缺损的角膜缘干细胞,可以重建角膜缘生理屏障,进而阻止变性的结膜下组织和新生血管向角膜创面增生和移行;另外,角膜缘干细胞移植术提供的角膜缘干细胞,使翼状胬肉切除术后角膜创面迅速上皮化,从而降低翼状胬肉术后的复发率。

本文B组通过采用翼状胬肉切除联合自体角膜缘干细胞移植术的手术方法,来重建修复角膜缘上皮,阻止结膜上皮和新生血管侵入角膜,以求恢复角膜透明性,从而达到了治疗翼状胬肉并且大大降低了术后复发率的目的。

综合上述理论和实践的研究表明,采用翼状胬肉切除联合自体角膜缘干细胞移植术治疗翼状胬肉术后复发率大大降低,手术安全,并发症少,疗效可靠,在基层医院,能减少大量翼状胬肉术后复发患者行再次手术治疗的痛苦和经济负担,值得临床推广。

### 参考文献

- [1] 安春燕,孙梅.不同手术方式治疗翼状胬肉的临床疗效分析[J].国际眼科杂志,2012,10(12).
- [2] 武荣,闫常玉,胡亭,任洪芹.两种手术方式治疗原发性翼

状胬肉疗效观察[J].中国临床医师杂志,2012,15(6).

[3] 赖永绿.两种手术治疗原发性翼状胬肉的疗效观察[J].国际医药卫生导报,2009,23(15).

[4] 冯曙光.两种翼状胬肉手术治疗方法回顾分析[J].吉林医学,2012,24(33).

[5] 李凤鸣.中华眼科学[M].第2版,北京:人民卫生出版社,2005:1163-1185.

[6] 陈莲英,蔡召统,王喜,等.翼状胬肉切除联合自体角膜缘干细胞移植术70例疗效观察[J].齐齐哈尔医学院学报,2013,34(19):2861-2862.

[7] 李海霞.翼状胬肉两种不同手术的临床效果比较[J].中国药物经济学,2014,12(9):105-106.

[8] 俞嘉怡.角膜缘干细胞移植治疗复发性翼状胬肉[J].眼外伤职业眼病杂志,2008,30(11):905.

[9] 徐锦堂,孙秉基,方海洲.眼表疾病的理论基础与临床[M].天津:科学技术出版社,2008:287.

[10] 樊蕾,刘露.翼状胬肉切除联合自体角膜缘干细胞移植术的临床分析[J].中外健康文摘,2012,9(17):171.

(上接102页)

关重要,必要时可L型上延子宫切口边缘,尽量避免作T型切口,若还有娩头困难亦可采用双叶短柄产钳以达到迅速、顺利娩出胎头的作,由于产钳是在直视下,操作相对容易,但产钳两匙仍须置于儿头颞侧,枕前位和枕后位者均可顺利拉出,枕横位和斜位者,则应在转成枕前位或枕后位再上产钳娩出;极少数对胎头高浮徒手取胎头失败者,尽量不要使羊水流尽,在将胎头推进宫腔,术者立即用手经胎儿的腹面觅取胎足,向切口方向牵拉,同时助手上推胎头,以完成内倒转术,继之以臀牵引术娩出胎儿。

### 3.4 胎盘及胎盘附着面处理

胎儿娩出后应尽快剥离胎盘,用有效宫缩剂保持子宫良好的收缩状态,剥离胎盘要顺势,不要用手抠胎盘,对于胎盘剥离面渗血,可用热生理盐水纱布压迫止血,有活动性出血的开放性血窦,用II-0可吸收线“8”字缝扎止血。如果仍不能止血,则可结扎双侧子宫动脉或选择碘仿纱条填塞宫腔,或选择B-Lynch式缝合子宫止血处理。如果以上措施均不能止血,则应立即切除子宫,不可为保留子宫而贻误手术时机。

总体而言,尚无确切的证据证明某种术式能普遍适用并改善前置

胎盘患者预后,各类剖宫产手术切口均存在优缺点,但要求以减少出血、减少损失,保证母婴安全为原则。术前超声检查可了解胎盘情况,术中开腹后仔细检查子宫、查看血管分布情况,进一步明确胎盘附着位置,在衡量子宫下段的宽度和长度。若见子宫局限性怒张血管,应高度怀疑植入性前置胎盘,做好抢救准备。总之,对不同患者的术式选择还应个别对待,根据超声胎盘定位及术中评估等制定个体化手术方案,只要选对子宫的切口,尽量避免胎盘“开窗”,对于减少母儿不良预后有切实的帮助。

### 参考文献

[1] 张云娇,刘志聪,蔡洁.经腹及经阴道超声前置胎盘诊断价值比较[J].中国超声医学杂志,2006,22(10):791-792.

[2] 邝焰红,仲安安.前置胎盘产时剖宫产手术切口选择[J].广东医学,2002,23(1):63-64.

[3] 刘正平,郭晓玲,刘雁,等.关于中央性前置胎盘的分类及其临床意义的探讨[J].中国妇幼保健,2008,23:3964-3967.

[4] 邹丽教授:凶险性前置胎盘致产后大出血的防范[J].中华医学会第十一次全国妇产科学术会议,2016-4-14.

(上接103页)

在CR组也可被阻滞,因此CR组可以达到臂丛所有入路上臂较完善的阻滞。但肋间臂神经发自胸2神经前支的外侧皮支,从第2肋间隙近腋中线处的前锯肌肌间穿出,行经腋底浅筋膜内,达臂内侧,共同分支分布于腋底及臂内侧后份的皮肤,因此从理论上说我们只能在腋窝处臂内侧皮下环封一圈从而达到上臂完善的阻滞。在这次研究中两组病人均未进行臂内侧皮下环封阻断肋间臂神经,在CR组也未见明显的止血带反应,可能与肋间臂神经只占臂内侧神经支配的一部分或所研究病例数太少有关。

综上所述本研究表明上肢手术中喙突旁入路臂丛阻滞效果完善,可很好的抑制止血带反应,减少术中躁动,且未见明显并发症,安全可行,可广泛应用于临床。

### 参考文献

[1] 冯玲玲.小剂量氯胺酮复合丙泊酚对止血带反应抑制效果观察中国[J].医学创新,2011,8(22):61-62.

[2] 曹云,叶克平,胡晖等.右美托咪定用于术中止血带致疼痛的效果评价[J].中国药业,2013,22(12):66-67.

[3] 超声引导下锁骨下喙突旁与肌间沟臂丛神经阻滞的效果比较

[J].浙江实用医学,2015,2:114-116.

[4] Borgeat A, Ekatodramis G, Dumont C. An evaluation of the intracavicular block via a modified approach of the Raj technique. Anesth Analg. 2001. 93: 436-441.

[5] 孟秀荣.神经刺激器引导肌间沟复合腋路神经阻滞用于上肢手术[J].临床麻醉学杂志,2011,27(6):607.

[6] 杨川.三种定位方法行臂丛神经阻滞的效果比较[J].临床麻醉学杂志,2012,28(2):160-162.

[7] Neuburger M, Kaiser H, Rembold-Schuaer I. et al. Vertical infraclavicular block of brachial plexus: a clinical study of the reliability of a new method for Plexus anaesthesia of the upper extremity. Anaesthesist. 1998. 47: 595-599.

[8] 张新龙,柴艳云,王晋平等.超声引导系统在臂丛阻滞技术中的应用研究[J].中国现代药物应用,2013,7(8):22-23.

[9] Marhofer P, Harrop-Griffiths W, Kettner sc, et al. Fifteen years of ultrasound guidance in regional anaesthesia; Part 1. Br J Anaesth, 2010, 104(5): 538-546.

[10] Peter F. Dunn,主编.于永浩,主译.麻省总医院临床麻醉手册[M].2009:229-230.