

胎盘边缘切口在凶险型前置胎盘剖宫产中的意义评价

谢欢宇 陈其霞 赵金菊*

西昌市人民医院妇产科 四川 凉山 615000

【摘要】目的：评估在凶险型前置胎盘剖宫产中开展胎盘边缘切口的临床意义。**方法：**基于随机数字表法将采集时间为2019年10月至2021年10月我院48例凶险型前置胎盘剖宫产产妇纳入本次研究当中，分为参照组（24例）、观察组（24例），参照组行阿氏切口，观察组行胎盘边缘切口。对比2组产妇妊娠结局、手术出血量、手术时间，另对比2组术中输血率以及子宫切除率。**结果：**①观察组胎儿生长受限4.17%低于参照组25.00%，新生儿窒息0.00%低于参照组16.67%，胎儿窘迫4.17%低于参照组29.17%，组间对比具备统计学意义 $P < 0.05$ ；②观察组术中出血量低于参照组术中出血量，但手术时间长于参照组手术时间，组间数据结果证实统计学存在差异 $P < 0.05$ ；③观察组术中输血率8.33%、子宫切除率4.17%明显低于参照组术中输血率33.33%、子宫切除率25.00%，2组数据结果对比统计学意义存在 $P < 0.05$ 。**结论：**针对凶险型前置胎盘剖宫产产妇临床予以胎盘边缘切口能够有效减少其术中出血量，降低产妇术中输血以及子宫切除率。

【关键词】凶险型前置胎盘；胎盘边缘切口；临床效果；剖宫产

在临床医学当中，前置胎盘作为一种比较危险的产科出血性疾病，对母婴的健康带来了严重危险。凶险型的前置胎盘是目前产科的危急重症之一，有相关文献表明，凶险型前置胎盘的基本定义，主要是指产妇既往存在剖宫产史，且此次妊娠为前置胎盘，并且胎盘附着于原子宫瘢痕位置，且中央型更甚，伴有或不伴有胎盘植入^[1]。剖宫产术作为一种终止妊娠的安全以及有效措施，在手术过程当中，针对子宫切口的选择以及术后出血问题相对比较复杂。近些年来随着剖宫产率的不断上升，凶险型前置胎盘的发生率也在逐年增长，导致高胎盘的植入率以及产后大出血严重威胁其母婴安全^[2]。因此，针对凶险型的前置胎盘剖宫产术，应用胎盘边缘切口，能够有效降低其术中出血量，对于确保母婴健康具有重要意义。为了进一步研究在凶险型前置胎盘剖宫产中应用胎盘边缘切口的意义，本文特将选取48例凶险型前置胎盘剖宫产产妇作为研究样本，现将研究过程与结果展开如下分析：

1 基线资料和方法

1.1 基线资料

对2019年10月至2021年10月本院48例凶险型前置胎盘剖宫产产妇以项目研究，基于随机数字表法进行分组，参照组与观察组均为24例。纳入标准：①孕期彩超均提示为前置胎盘且胎盘位于子宫前壁的瘢痕处，临床诊断为凶险型前置胎盘；②依据《妇产科学》（第5版）中，有关前置胎盘的诊断与分类当中诊断标准^[3]；③产前均未反复多量出血、失血性休克等情况。排除标准：①严重躯体疾病；②产前大量出血、失血性休克等，且存在酒精以及药物依赖史；③不符合剖宫产手术指征。

观察组24例的产妇，孕周28-41周，平均孕周 (34.26 ± 0.53) 周；年龄间距23-39周岁，平均年龄 (31.26 ± 1.53) 周岁；孕次1-5次，平均孕次为 (2.34 ± 0.18) 次；既往剖宫产1-3次，平均剖宫产 (1.53 ± 0.11) 次。参

照组24例的产妇，孕周29-40周，平均孕周 (34.23 ± 0.531) 周；年龄间距22-40周岁，平均年龄 (31.29 ± 1.51) 周岁；孕次1-4次，平均孕次为 (2.32 ± 0.16) 次；既往剖宫产1-3次，平均剖宫产 (1.53 ± 0.11) 次。

采取统计学软件SPSS 24.0对观察组与参照组之间的孕周、孕次、年龄、剖宫产史等临床资料进行处理，对比计算结果 $(P > 0.05)$ ，证实2组具备可比性。所有产妇以及家属均知情自愿参与本次研究，且均签署相关知情文件，本次研究经过院内医学伦理委员会审核批准通过后开展。

1.2 方法

参照组根据胎盘的位置选取腹部切口，子宫切口行阿氏切口，具体根据产妇术前超声定位确定其胎盘的边缘走向，选取1、2、3点进行定位，在其定位点的胎盘边缘上方约2CM的位置标记阿氏弧，此处作为术中子宫阿氏切口位置，随后延此做切口则为阿氏切口^[4]。

观察组胎盘定位时，通过常规的彩色多普勒检查，确定其宫颈内口，对胎盘的边缘与其距离进行测量，确定胎盘的位置选择手术切口指示点，同时在产妇腹壁上作出标记。选择手术切口于产妇下腹正中，选取纵向，必要条件可以绕脐延长至手术切口。如果产妇上次的剖宫产为横向手术切口，并且胎盘的边缘位置比较低，手术之前未排除胎盘植入，可以考虑在其原位置的疤痕位置进行剖宫产术，当进入腹腔之后，对子宫的情况进行探查，找准其手术切口的位置，当暴露胎膜之后，破膜吸羊水，手指探入宫腔，对胎盘的位置详细确认，以此作为指引，剪开其子宫壁，娩出胎儿^[5]。对产妇胎盘附着的情况进行检查，决定是否胎盘置入，如果术中出血量过多，需及时采取有效措施进行止血。

1.3 评价指标及判定标准

对比2组产妇妊娠结局，妊娠结局包括胎儿生长受限、新生儿窒息、胎儿窘迫等；

记录2组手术出血量、手术时间；

另对比2组术中输血率以及子宫切除率，均根据临床实际情况统计分析。

1.4 统计学分析

其中计数资料(妊娠结局、术中输血率以及子宫切除率)以例(百分比)的形式表达，实施 McNemar 检验(卡方检验)，对满足正态分布的计量数据(手术出血量、手术时间)，用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)处理，执行 *t* 检验；48例凶险型

前置胎盘剖宫产产妇研究数据，均纳入 Excel SPSS 21.0 for windows 软件计算，当 $P < 0.05$ 证实差异有统计学意义。

2 研究结果

2.1 统计2组产妇妊娠结局

观察组胎儿生长受限4.17%低于参照组25.00%，新生儿窒息0.00%低于参照组16.67%，胎儿窘迫4.17%低于参照组29.17%，组间对比具备统计学意义 $P < 0.05$ ，见表1。

表1 对比2组产妇妊娠结局 (n/%)

组别 (n)	胎儿生长受限	新生儿窒息	胎儿窘迫
观察组 (n=24)	1/4.17	0/0.00	1/4.17
参照组 (n=24)	6/25.00	4/16.67	7/29.17
χ^2 值	4.1812	4.3636	5.4000
<i>P</i> 值	0.0408	0.0367	0.0201

2.2 比较2组产妇手术出血量、手术时间数据结果
观察组术中出血量低于参照组术中出血量，但手术时

间长于参照组手术时间，组间数据结果证实统计学存在差异 $P < 0.05$ ，见表2。

表2 比较2组产妇手术出血量、手术时间 ($\bar{x}\pm s$)

组别 (n)	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)
观察组 (n=24)	371.68±111.68	61.95±11.86
参照组 (n=24)	749.69±144.53	43.15±10.37
<i>t</i> 值	10.1388	5.8460
<i>P</i> 值	0.0000	0.0000

2.3 对比2组术中输血率以及子宫切除率

观察组术中输血2例，占比8.33%，子宫切除率1例，占比4.17%，参照组术中输血8例，占比33.33%，子宫切除率6例，占比25.00%，术中输血数据结果对比 χ^2 值=4.5474， P 值=0.0329，子宫切除率数据结果对比 χ^2 值=4.1812， P 值=0.0408，观察组术中输血率8.33%、子宫切除率4.17%明显低于参照组术中输血率33.33%、子宫切除率25.00%，2组数据结果对比统计学意义存在 $P < 0.05$ 。

3 讨论

前置胎盘作为妊娠晚期产后出血的主要因素之一，凶险型前置胎盘主要是指既往存在剖宫产史，且此次妊娠为前置胎盘，并且胎盘附着于原子宫瘢痕位置。凶险型的前置胎盘经常伴有胎盘置入，剖宫产术期间很容易出现难以控制的出血现象，对于胎儿以及产妇的生命安全均具有严重影响^[6]。有相关医学研究表明，凶险型的前置胎盘发生危险因素主要包括多胎妊娠、宫腔手术史、吸烟史、剖宫产史、刮宫史等，同时与产妇自身年龄也具有一定的关联^[7]。目前临床针对前置胎盘的诊断主要是通过MRI与B超进行确认，通过超声预测前置胎盘的准确率较高，能达到百分之九十五，确诊之后，通过剖宫产术来终止妊娠。为了能够有效避免大出血情况，确保母婴安全，选取子宫胎盘边缘切口，避免胎盘附着的子宫壁上、胎盘床上为切口，可

有效避开其脐带损伤所造成的胎儿失血^[8]。关于胎盘植入的产前诊断，目前还比较缺乏典型的临床表现以及特征性的检测指标，所以产前诊断相对比较困难。虽然很多学者认为血清学指标比如血清甲胎蛋白、肌酸激酶浓度升高能够有效预测胎盘植入，但仍然存在争议，还需进一步地深入研究。目前临床当中运用比较多的就是彩超以及MRI等影像学手段进行胎盘植入诊断，两者联合使用，对于提升检出率可大大提高。B超的检查具备无创、可重复、费用低等优点，但对于评估胎盘浸润子宫肌层的深度无法准确进行，MRI对于组织的分辨率相对较高，且对于血流也较为敏感，能够清楚地显示出子宫与胎盘的关系，对于穿透性的胎盘植入，尤其是后壁胎盘以及肥胖者MRI预测的准确性更为较高^[9]。介于凶险型前置胎盘的产妇，经常出现休克、围产期子宫切除、出血、DIC等情况，充分的围术期准备以及适当的术中处理尤为重要。

作为产科重要的手术之一，手术操作技术以及麻醉技术的更新与进步，新生儿复苏以及产前检测技术逐渐趋于成熟，抗生素的日趋广泛运用，临床剖宫产术对于挽救产妇及胎儿的生命发挥着重要的作用。据不完全统计显示，目前我国各省市医院当中，剖宫产率呈现逐年增长的趋势，其中江苏、浙江等最为迅速，高达百分之四十三以及百分之四十五，明显高于目前世界卫生组织当中规定的

百分之十五以下标准。虽然剖宫产率一直在持续地增高,但并不意味着医学水平的提升,也无法降低围生后的死亡率,反而极易导致产妇产后发生并发症以及远期妇科疾病,对于后续的工作、生活、健康等具有一定的影响^[10]。并且,凶险型前置胎盘作为剖宫产的急危重症,更是应当在切口选择方面选取有效的措施,以期能够对临床干预有所裨益。传统剖宫产术均采取子宫下段横切口,针对前臂前置胎盘,子宫下段横切口,无法避免的需要经过胎盘组织,因此极易导致术中大量出血,从而需要进行输血治疗甚至切除子宫。而本次研究当中提到的,剖宫产术中胎盘边缘切口,通过术前超声对其胎盘予以体表描记以及定位,标记胎盘的边缘切口入路,通过不同走向以及不同弧度的子宫切口,其所选的切口尽量避免伤及胎盘组织^[11]。该种手段能够有效降低其术中出血量,其结果表明,观察组胎儿生长受限4.17%低于参照组25.00%,新生儿窒息0.00%低于参照组16.67%,胎儿窘迫4.17%低于参照组29.17%,组间对比具备统计学意义 $P < 0.05$ 。观察组术中出血量低于参照组术中出血量,但手术时间长于参照组手术时间,组间数据结果证实统计学存在差异 $P < 0.05$ 。观察组术中输血量8.33%、子宫切除率4.17%明显低于参照组术中输血量33.33%、子宫切除率25.00%,2组数据结果对比统计学意义存在 $P < 0.05$ 。根据此记过可以得知,凶险型前置胎盘剖宫术中采取边缘切口,能够有效减少产妇产中严重的子宫出血情况,降低围生期的子宫切除率,其临床整体疗效较为显著。但由于该种新型的子宫切口于临床广泛使用还有待进一步的探究以及随访评估,比如通过该种切口方式,是否增加下次妊娠子宫破裂的风险,或者今后妊娠是否可采取阴道试产等,均还需进一步的持续探究。

胎盘边缘切口针对凶险型前置胎盘剖宫产术的主要优势就在于,该种情况的治疗手段均通过出传统的宫体式切口、子宫下段横切口为主要措施,但是前者多半于切口处肌肉肥厚,出血较多,极易造成不易对合,可能会导致影响产妇的再次妊娠以及出现合并感染等情况^[12]。后者虽然能够规避后壁附着型胎盘,但如果出现去前臂附着胎盘时,切口极易损伤其胎盘,撕裂胎盘附着面,从而加重出血情况,更甚至可能引发胎盘早剥^[13]。目前医疗技术的不断发展与进步,通过术前超声对于胎盘进行定位于体表描记,且胎盘边缘切口入路等措施,已经逐渐地广泛应用于临床实践当中,该种措施能够有效避开胎盘进行切口,不会对其胎盘的造成组织损伤,对于降低术中的出血量具有一定作用,还可有效使其切口肌肉愈合。

综上所述,对于凶险型前置胎盘的剖宫产产妇,予以开展胎盘边缘切口,能够有效减少其术中出血量,对于改善妊娠结局也具有重要意义。

参考文献:

[1] Elsokary A, Elkhyat A, Elshwaikh S. Evaluation of

Post-Placental IUD Insertion during Cesarean Section at a Tertiary Care Hospital in Egypt[J]. Open Journal of Obstetrics and Gynecology, 2020, 10(4):516-525.

- [2] 张保连,王文莉,李海燕,等.低位腹主动脉球囊阻断术用于凶险型前置胎盘并胎盘植入剖宫产术产妇止血效果及安全性评价[J].临床误诊误治,2020,33(4):5.
- [3] 聂鑫,丁杰,孙彩凤.稀释式和回收式自体血回输在凶险性前置胎盘剖宫产中止血效果及对母婴结局影响[J].中国医药导报,2020,17(32):5.
- [4] 唐超群,田颖,周欣,等.剖宫产术中子宫动脉结扎联合子宫下段压迫缝合在凶险性前置胎盘产后出血中的研究[J].吉林医学,2020,41(11):3.
- [5] 应德美,杨娟,周潞.探讨分离膀胱腹膜经瘢痕子宫原切口剖宫产对凶险性前置胎盘产妇手术效果及新生儿观察指标的影响[J].中国性科学,2020,29(10):3.
- [6] 桑雪梅,刘丽娟,宋丽丽,等.不同时机子宫动脉介入栓塞术对凶险型前置胎盘剖宫产产妇术中出血量及子宫切除率影响[J].临床军医杂志,2020,48(4):2.
- [7] 郭丽敏,莫文娟,杨春菊,等.奥马哈系统护理模式在凶险性前置胎盘前置球囊术联合剖宫产术产妇中的应用效果评价[J].湘南学院学报:医学版,2020,22(1):4.
- [8] Drabov V A, Romanova N V, Novikova T S, et al. Evaluation of significance of control directives for software errors detection in functional programming of on-board computers[J]. IOP Conference Series Materials Science and Engineering, 2021, 1103(1):012004.
- [9] 徐丽娟,傅向红,纪毅梅,等.双侧髂内动脉栓塞术联合剖宫产术对凶险性前置胎盘合并胎盘植入产妇围手术期指标,子宫切除率及母婴结局的影响[J].中国妇幼保健,2020,35(16):3.
- [10] 韦雄丽,卢建华,韦钰.自体血回收联合腹主动脉球囊临时阻断技术在凶险型前置胎盘伴胎盘植入剖宫产术中的应用[J].中国输血杂志,2020,33(1):4.
- [11] 曹成群,马红云,段丽娜,马永贤.氨甲环酸剖宫产后即刻输注对凶险性前置胎盘产妇凝血功能及并发症的影响[J].临床和实验医学杂志,2020,19(23):4.
- [12] 周佩珊,陈海菊,郑燕乐.多学科合作在治疗凶险性前置胎盘并胎盘植入剖宫产中的临床价值及对新生儿预后的影响[J].中国医药科学,2021,11(19):4.
- [13] Kingsley-Godwin M J, Tenev A, Uchikova E, et al. Evaluation of the Significance of MRI in the Prenatal Diagnosis of Neural Tube Defects[J]. Journal of Medical and Biological Engineering, 2021, 41(6):881-887.

通讯作者:赵金菊