

创伤大、切除范围广以及操作困难有关。另一方面患者慢性溃疡消化功能减弱,首次手术打击以及残胃癌消耗引起营养不良,手术耐受性差,所以,术前应改善患者营养状况,以利术后恢复,不能急于手术。术中置入鼻饲营养管,如术后出现吻合口瘘,可及时引流并予完全外肠外营养;同时,鼻饲营养治疗避免小肠造瘘,减轻患者经济负担。

3.6 预后 一般认为残胃癌的预后与临床分期、肿瘤大小、病理分型、手术切除率、淋巴结清扫范围、患者年龄等有关,及时手术治疗,早期尤其是I期和II期残胃癌,可取得较好的预后。Sinning^[6]等报道,根治性切除术后残胃癌患者的预后与原发胃癌无差别。本组51例中,13例行根治性切除,其预后明显好于非根治组,差异有统计学显著意义。而全组病例与同期其他胃癌累积生存率及手术并发症发生率比较差异无统计学显著意义,故我们认为残胃癌的手术治疗风险和近期疗效与其他胃癌相近,手术治疗安全可行,对于残胃癌应力争行根治性手术。

参考文献

- 1 Fukuhara K, Otsugi H, Takada N, et al. Reconstructive procedure after distal gastrectomy for gastric cancer that best prevents duodenogastric reflux[J]. World J Surg, 2002, 26(12): 1452-1457.
- 2 Aoyagi K, Koufuji K, Yano S, et al. Two cases of cancer in the remnant stomach derived from gastritis cystica polyposa[J]. Kurume Med J, 2000, 47(3): 243-248.
- 3 刘群, 王建刚. 残胃癌23例临床分析[J]. 医学理论与实践, 2007, 20(2): 169-170.
- 4 Kato T, Motoyama H, Akiyama N. Helicobacter pylori infection in gastric remnant cancer after gastrectomy[J]. Nippon Rinsho, 2003, 61(1): 30-35.
- 5 Zhang Y, Tokunaga A, Masuda G, et al. Surgical treatment of gastric remnant - stump cancer[J]. J Nippon Med Sch, 2002, 69(5): 489-493.
- 6 Sinning C, Schaefer N, Standop J, et al. Gastric stump carcinoma - epidemiology and current concepts in pathogenesis and treatment[J]. Eur J Surg Oncol, 2007, 33(2): 133-139.
- 7 王勇, 王少文, 闻兆章, 等. 残胃癌28例临床分析[J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22(8): 488-489.
- 8 陈力, 田华, 何志刚, 等. 37例残胃癌患者外科治疗的预后分析[J]. 中华胃肠外科杂志, 2004, 7(3): 208-210.
- 9 许东奎, 赵平, 王成峰, 等. 残胃癌的临床病理特征及预后分析[J]. 中华肿瘤杂志, 2006, 28(11): 852-854.
- 10 Ogoshi K, Okamoto Y, Nabeshima K, et al. Focus on the conditions of resection and reconstruction in gastric cancer. What extent of resection and what kind of reconstruction provide the best outcomes for gastric cancer patients? [J]. Digestion, 2005, 71(4): 213-224.
- 11 Han SI, Hua Yw, Wang Ch, et al. Metastatic pattern of lymph node and surgery for gastric stump cancer[J]. J Surg Oncol, 2003, 82(4): 241-246.
- 12 Kunisaki C, Shimada H, Nomura M, et al. Lymph node dissection in surgical treatment for remnant stomach cancer[J]. Hepatogastroenterology, 2002, 49(44): 580-584.
- 13 An JY, Youn HG, Ha TK, et al. Clinical significance of tumor location remnant gastric cancers developed after partial gastrectomy for primary gastric cancer[J]. J Gastrointest Surg, 2008, 12(4): 689-694.

[收稿日期 2009-11-30][本文编辑 谭毅 黄晓红]

经验交流

159例前置胎盘妊娠结局的临床分析

韦建巍

作者单位: 546300 宜州, 广西河池市第一人民医院妇产科

作者简介: 韦建巍(1958-), 女, 大学, 副主任医师, 研究方向: 妇产科疾病的临床诊治。E-mail: 631701952@qq.com

【摘要】 目的 探讨三种前置胎盘类型的病因、临床表现及妊娠结局。方法 将10年间的159例前置胎盘按类型分为边缘性(80例)、部分性(32例)、完全性(47例)三组, 并将临床资料进行回顾性比较分析。结果 前置胎盘的发生率为1.98%, 其中边缘性0.99%, 部分性0.4%, 完全性0.58%。高龄、多产、流产、剖宫产均为发生前置胎盘的高危因素, 三组前置胎盘患者产前出血、输血、诊断孕周、分娩孕周、阴道分娩、早产、剖宫产率比较差异均有统计学显著意义($P < 0.05$); 三组产后出血、失血性休克、切除子宫、急诊剖宫产、择期剖宫产、新生儿体重、窒息及围产儿死亡比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。完全性新生儿体重平均只有2470.2 g。结论 前置胎盘的临床表现、妊娠结局与其类型有关, 完全性及部分性前置胎盘临床症状较重, 母儿预后较差, 早诊断、早治疗可降低并发症发生率。

【关键词】 前置胎盘; 类型; 临床表现; 结局

【中图分类号】 R 714.43 【文献标识码】 B 【文章编号】 1674-3806(2010)02-0157-04
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.02.21

Pregnancy outcome in 159 cases of placenta previa WEI Jian-wei. Department of Obstetrics and Gynecology, the First Hospital of Hechi, Yizhou Guangxi 546300, China

[Abstract] **Objective** To explore the causes, clinical manifestations and outcome of pregnancy three types of placenta previa. **Methods** One hundred and fifty-nine cases of placenta previa during ten years were separated into three groups according to type: Marginal type (80 cases), partial type (32 cases) and complete type (47 cases). Meanwhile, the clinical data were retrospectively analyzed. **Results** The incidence of placenta previa was 1.98%. 0.99% of them were marginal type; 0.4% of them were partial type; 0.58% of them were complete type. Advanced reproductive age, prolificacy, abortion and the occurrence of cesarean section were the high risk factors causing the placenta previa. Compared between the three groups of patients who had placenta previa in terms of antepartum haemorrhage, blood transfusion, diagnosis gestational age, birth gestational age, vaginal delivery, prematurity and cesarean section rates, it showed the differences were significant ($P < 0.05$); But compared between three groups in terms of postpartum hemorrhage, hemorrhagic shock, removal of the uterus, emergency cesarean section, cesarean section optional, birth weight, asphyxia and perinatal death, it showed no significant difference ($P > 0.05$). And the average birth weight of a complete type's newborn baby was only 2 470.2 grams. **Conclusion** The clinical manifestations of placenta previa and its pregnancy outcome is related to its type. The complete and partial types of placenta previa show more serious clinical symptoms and poor maternal and fetal prognosis. Early diagnosis and early treatment can reduce the incidence of complications.

[Key words] Placenta previa; Type; Clinical manifestations; Outcome

妊娠 28 周后胎盘达到或覆盖子宫颈内口为前置胎盘,根据胎盘与子宫内口的关系分为边缘性、部分性和完全性三种类型。前置胎盘是妊娠中晚期出血的常见原因和妊娠期的严重并发症,处理不当可危及母婴生命。一般认为其临床表现及妊娠结局与前置胎盘类型有关,也有人认为缺乏一致性^[1]。本文将 159 例前置胎盘三种类型的病因、临床表现与妊娠结局的临床资料进行回顾性比较分析,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源 为 1989-01-01 ~ 2008-12-30 在我院妇产科住院分娩的产妇共 8 037 例,其中前置胎盘 159 例,孕周 27 + 4 ~ 41 + 4 周,平均 36.39 周。按照全国高校统一教材《妇产科学》第 7 版分类标准^[2],以终止妊娠前最后一次 B 超检查、剖宫产术中及阴道分娩后胎盘检查为依据,将 159 例前置胎盘分为边缘性组 80 例,部分性组 32 例,完全性组 47 例三组。

1.2 方法 将三组病例的有关资料,包括年龄、高龄者、孕

次、产次、流产次、剖宫产、产前出血、产后出血、失血性休克、输血、初次出血孕周、诊断孕周、分娩孕周、阴道分娩、早产、切除子宫、急诊剖宫产、择期剖宫产、新生儿体重、新生儿窒息及围产儿死亡等情况进行分析和医学统计学处理。

1.3 统计学方法 应用 PEMS3.1 统计软件进行分析处理。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组间的比较采用 t 检验,计数资料以绝对数与百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学显著意义。

2 结果

2.1 前置胎盘的发生率 10 年间分娩总数 8 037 例,其中前置胎盘 159 例,占 1.98%,其中边缘性 80 例,占 0.99%,部分性 32 例,占 0.4%,完全性 47 例,占 0.58%。

2.2 三组前置胎盘孕妇一般情况比较 三组在年龄、高龄、孕次、产次、流产次数、剖宫产史,差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 三组前置胎盘患者的一般情况比较 [$\bar{x} \pm s, n(\%)$]

组别	例数	年龄(岁)	高龄者	孕次	产次	流产次数	剖宫产史
边缘组	80	28.95 ± 5.15	13(16.25)	2.74 ± 1.74	1.53 ± 0.73	1.89 ± 1.55	1(1.25)
部分组	32	28.4 ± 15.00	4(12.50)	2.59 ± 1.29	1.66 ± 0.60	1.40 ± 0.99	1(3.12)
完全组	47	30.64 ± 4.78	12(25.53)	3.34 ± 1.46	1.77 ± 0.70	1.89 ± 1.27	3(6.38)
<i>P</i>		0.86	0.27	0.12	0.47	0.07	0.28

2.3 三组产前出血、产后出血、输血、孕产妇休克、切除子宫情况及剖宫产率六项观察指标比较 产前出血边缘组与部分组、边缘组与完全组比较差异有统计学显著意义 ($P <$

0.05); 输血边缘组与部分组、边缘组与完全组比较差异有统计学显著意义 ($P < 0.05$); 边缘组 1 例因胎盘植入而行子宫次切除, 1 例合并宫颈癌而行子宫切除; 完全组 2 例为多方位

血无效而行子宫切除;剖宫产率边缘组与完全组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。
统计学显著意义($P < 0.05$),部分组与完全组比较差异有统

表 2 三组六项观察指标比较[$n(\%)$]

组 别	产前出血	产后出血	输血	休克	切除子宫	剖宫产率
边缘组	34(42.50)	18(22.50)	7(8.75)	3(3.75)	2(2.50)	48(60)
部分组	23(71.87)	12(37.50)	10(31.25)	5(15.63)	0(0)	22(68.80)
完全组	39(82.98)	19(40.40)	15(31.91)	8(17.02)	2(4.26)	47(100)
χ^2	22.49	5.30	12.97	7.13	1.41	24.85
P	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	>0.05	<0.05

2.4 前置胎盘类型与初次出血时孕周、诊断时孕周、分娩孕周、分娩时机及分娩方式比较 三组在诊断时孕周完全组与边缘组比较和完全组与部分组比较差异有统计学显著意义($P < 0.05$);分娩时孕周完全组与边缘组比较差异有统计

学显著意义($P < 0.05$);阴道分娩完全组与边缘组比较差异有统计学显著意义($P < 0.05$),完全组与部分组比较差异有统计学显著意义($P < 0.05$)。完全性前置胎盘均以剖宫产结束妊娠,剖宫产率 100%。见表 3。

表 3 初次出血时孕周、诊断时孕周、分娩孕周、分娩时机及分娩方式比较[$\bar{x} \pm s, n(\%)$]

组 别	孕周			剖宫产		阴道分娩(%)
	出血时	诊断时	分娩时	急诊(%)	择期(%)	
边缘组	33.8 $\pm$ 5.8	36.3 $\pm$ 4.6	37.1 $\pm$ 3.6	18(22.5)	30(37.5)	32(40)
部分组	32.9 $\pm$ 6.7	35.3 $\pm$ 4.9	36.7 $\pm$ 3.2	9(28.1)	13(40.6)	10(31.2)
完全组	31.7 $\pm$ 5	32.4 $\pm$ 5.4	35.2 $\pm$ 3.5	20(42.5)	27(57.4)	0(0)
χ^2	2.61	1.60	0.67	5.76	4.97	24.85
P	>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	>0.05	<0.05

2.5 三组新生儿早产、新生儿体重、低体重(体重<2 500 g)、窒息(5 min Apgar 评分 1~6 分)及围生儿死亡情况比较 159 例中早产 68 例占 42.76%,其中完全组早产 59.57%,明显多于部分组和边缘组,边缘组与完全组比较差异有统计学显著意义($P < 0.05$),低体重 60 例占 37.7%,其中完全组占 46.8%,完全组新生儿体重平均只有 2 470.2 g,三组平均体重只在 2 667.3 g 与 2 470.2 g 之间,围生儿死亡 19 例,其中死胎 10 例,3 例放弃期待治疗行利凡诺引产,1 例先天性梅毒放弃治疗,实际围生儿死亡 15 例占 9.4%。新生儿窒息 20 例占 12.5%,三组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 4。

表 4 三组早产及新生儿情况比较[$\bar{x} \pm s, n(\%)$]

组 别	早产	体重	低体重	窒息	围生儿死亡
边缘组	26(32.5)	2667.3 $\pm$ 763.9	27(33.8)	5(6.2)	8(10.0)
部分组	14(43.8)	2632.8 $\pm$ 607.0	11(34.4)	8(25)	2(6.3)
完全组	28(59.6)	2470.2 $\pm$ 683.6	22(46.8)	7(14.8)	6(12.8)
χ^2	8.88	2.37	2.34	7.63	0.89
P	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

注:边缘组与完全组比较, $P < 0.05$

3 讨论

3.1 前置胎盘发病率和前置胎盘类型及其高危因素 临床上根据胎盘与子宫内口的关系分为边缘性、部分性和完全

性前置胎盘^[2]。国内文献报道,前置胎盘发生率为 0.24%~1.57%,国外为 0.5%^[2]。本组资料发生率为 1.98%,其中边缘性占 0.99%,部分性占 0.4%,完全性占 0.58%,高于文献报道。目前认为,前置胎盘的形与子宫内损伤有关,见于孕妇高龄、多产、前次剖宫产和多次流产史者^[3,4]。本组资料中高龄、孕次、产次、流产次数、剖宫产史为其发病的高危因素。但三组在高龄、孕次、产次、流产次数、剖宫产史等比较中差异均无统计学意义($P > 0.05$),说明这些高危因素均可能发生于前置胎盘的任何一种类型。

3.2 前置胎盘类型临床表现中对母体的影响 前置胎盘主要临床表现为无诱因、无痛性阴道流血及产后出血,症状严重者可致孕产妇休克或死亡等严重后果。通常认为,前置胎盘阴道流血发生时间的早晚、出血量的多少与前置胎盘的类型有关^[1]。同时认为前置胎盘的的类型、产前出血的状况可以提示病情的轻重,决定母婴的预后。为了防止并发症进一步加重,挽救母子生命,往往施行剖宫产、甚至切除子宫等措施。本资料中,三组前置胎盘产前出血、输血、诊断孕周情况比较,差异均有统计学显著性意义($P < 0.05$)。三组前置胎盘患者初次出血孕周、产后出血、失血性休克、切除子宫差异均无统计学意义($P > 0.05$)。其中,部分性和完全性两组产前出血、输血明显多于边缘组($P < 0.05$),这与两组患者胎盘附着位置有一定的关系,因而症状出现早、就诊早、诊断早;尤其完全性诊断孕周明显早于边缘性与部分性($P < 0.05$)。可以认为产前出血和诊断孕周与前置胎盘类型有关,输血与

出血量多有关。本组资料显示完全性与部分性产前出血概率明显多于边缘性,但初次出血时孕周三组并无差别($P > 0.05$),平均在 31.7 ± 5 与 33.8 ± 5.8 (周)之间。由此可见三组出血时间都早,随着孕周的增长,子宫下段不断拉长,胎盘与子宫内膜分离机会越来越多,随时有大出血和早产的风险,都应尽早予以防范。本组还显示,由于产前出血时间早和出血量多,导致剖宫产的增加,本组剖宫产率为 73.58%,其中完全性组 100% 剖宫产,与边缘性和部分性两组比较差异有统计学显著意义($P < 0.05$),说明剖宫产与前置胎盘类型有关。由于剖宫产可在直视下止血,所以能降低产后出血的发生率,但三组比较无统计学差异($P > 0.05$)。说明不管是哪种类型前置胎盘,一但有产前出血,应尽早住院,妥善处理,都可以降低产后出血的发生率。本组 16 例孕产妇失血性休克中,4 例行子宫切除,三组前置胎盘在产后出血、孕产妇休克、子宫切除方面比较差异无统计学意义,可能与发生率不高有关。本组资料虽无孕产妇死亡病例,但前置胎盘的产前出血、产后出血等会导致孕产妇休克、高剖宫产率、子宫切除等严重后果,因此,临床上早诊断、早处理尤为重要。

3.3 前置胎盘类型与分娩时机、分娩方式、围生儿结局的关系 前置胎盘由于出血早或反复的阴道出血会造成孕妇感染或贫血,常常因为阴道大量出血而不得不终止妊娠,造成胎儿宫内发育迟缓、早产、低体重和围生儿死亡等不良结局。本组资料显示,三组前置胎盘分娩孕周、阴道分娩、剖宫产、早产比较差异有统计学显著意义($P < 0.05$)。新生儿体重、低体重、新生儿窒息及围生儿死亡比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。其中,前置胎盘分娩孕周完全组明显早于边缘组($P < 0.05$),部份组处于两者之间。完全组早产率为 59.57%,部份组为 43.75%,边缘组为 32.5%。说明前置胎盘分娩孕周、早产与前置胎盘类型有关,并与完全性和部分性前置胎盘患者出血时间早、出血量多,为挽救母婴生命,而及时终止妊娠有关。由于剖宫产术可在直视下进行创面止血,是前置胎盘终止妊娠的主要方式和提高围生儿存活率抢救前置胎盘大出血的根本措施。本组资料前置胎盘患者 117 例剖宫产占 73.5%,少于文献^[1]报道,经阴道分娩 42 例占 26.4%,其中完全组全部剖宫产,边缘组以经阴道分娩为主,部份组次之,三组比较差异有统计学显著意义($P < 0.05$),说明前置胎盘类型决定了分娩时机和分娩方式,产前出血者预示应更早的终止妊娠。临床上应尽早住院,采用积极的期待

疗法,促胎肺成熟,在确保母婴安全前提下,尽量延长胎龄,适时终止妊娠。本文三组急诊剖宫产和择期剖宫产比较,均无统计学意义,可能与一部分孕妇产前检查不到位,出现大量阴道出血急诊入院有关^[1]。由于胎盘供血不足,本组有 60 例胎儿体重 < 2500 g(占 37.7%),三组平均体重也只有 2667.3 g ~ 2470.2 g,虽然三组之间比较没有差别,但完全组平均体重只有 2470.2 g,提示前置胎盘围生儿质量差,尤其是完全组围生儿预后更差。由于母体大量出血导致胎儿缺血缺氧至围生儿死亡 19 例,其中死胎 10 例,3 例放弃期待治疗改行利凡诺引产,1 例先天性梅毒放弃治疗,实际围生儿死亡 15 例,虽然三组比较无显著差异,但围生儿死亡都占了 9.4%。新生儿窒息 20 例,占 12.5%。事实上,胎儿宫内发育不良、早产、低体重和新生儿窒息是前置胎盘围生儿死亡的主要原因,而母亲贫血、胎盘供血不足、胎儿慢性缺氧,发生大出血时胎儿缺血、缺氧更加严重,甚至造成死胎。

综上所述,高龄、多产、流产、剖宫产均为发生前置胎盘的高危因素,前置胎盘是产前出血常见原因之一,妊娠结局与前置胎盘的类型有关,完全性及部分性前置胎盘临床症状出现较早,且症状较重,虽有利于早期诊断,但来势凶猛,母婴预后较差。为此提倡孕前检查并给予孕前指导,在围生期保健中,产前检查非常重要,对前置胎盘要早诊断,对出现症状者,应积极采取期待疗法,包括休息、纠正贫血、预防感染及抑制宫缩,尤其强调促胎肺成熟及胎儿生长的治疗,适时终止妊娠,可明显降低母婴并发症,降低早产及围生儿发病率、病死率,提高围生期保健质量。

参考文献

- 1 夏亚军,袁香梅,滕莉. 89 例前置胎盘患者临床结局的回顾性分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2001, 2(2): 90-92.
- 2 乐杰. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 116-119.
- 3 Tuzovic L, Djelmlis J, Ilijic M. Obstetric risk factors associated with placenta previa development: case-control study[J]. Croat Med, 2003, 44(6): 728-733.
- 4 Johnson LG, Mueller BA, Daling JR. The relationship of placenta previa and history of induced abortion[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2003, 81(2): 191-198.
- 5 潘勉. 前置胎盘与妊娠结局的临床分析[J]. 医学综述, 2008, 6(12): 1911-1913.

[收稿日期 2009-09-29][本文编辑 黄晓红 韦颖(见习)]

作者书写统计学符号须知

本刊已执行国家标准 GB3358-82《统计学名词及符号》的有关规定,请作者书写统计学符号时注意以下规格:1. 样本的算术平均数用英文小写 $\bar{x}$ 表示,不用大写 $\bar{X}$ 表示,也不用 *Mean* 或 *M*(中位数仍用 *M*);2. 标准差用英文小写 *s*,不用 *SD*;3. 标准误用英文小写 *sx*,不用 *SE*,也不用 *SEM*;4. *t* 检验用英文小写 *t*;5. *F* 检验用英文大写 *F*;6. 卡方检验用希腊文小写 χ^2 ;7. 相关系数用英文小写 *r*;8. 自由度用希腊文小写 ν (钮);9. 样本数用英文小写 *n*;10. 概率用英文大写 *P*;11. 以上符号 $\bar{x}$ 、*s*、*sx*、*t*、*F*、 χ^2 、*r*、 ν 、*n*、*P* 均用斜体。望作者注意。

· 本刊编辑部 ·