

上因素致尿毒症患者发生心肌病概率较高,本组病例呼吸困难患者中心肌病变改变所致占2.0%,其尿毒症病史3~9年,透析频率均<2次/周,存在透析不充分、贫血、高血压、甲旁亢及容量负荷等因素,经加强透析频率3次/周、强心、改善贫血、控制血压及改善钙磷失衡等处理后,呼吸困难在治疗后1~2周好转,复查心脏彩超提示左室收缩力增强、射血分数为50%~70%。疗效支持呼吸困难由心肌病变所致,其发生与尿毒症病程长、尿毒素、贫血、高血压、甲旁亢及容量负荷等综合因素有关。

参考文献

- 1 杨志寅. 内科危重病[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社,2006:126.
 - 2 陆再英,钟南山. 内科学[M]. 第7版. 北京:人民卫生出版社,2008:553.
 - 3 曾量波,梁子敬. 急性左心衰竭死亡分析[J]. 岭南急诊医学杂志,2003,8(3):170-171.
 - 4 叶任高,李幼姬,刘冠贤. 临床肾脏病学[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社,2007:547.
 - 5 杨华. 尿毒症患者合并浆膜腔积液临床分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志,2011,14(2):244-245.
 - 6 赵冰峰. 血液透析患者并发尿毒症肺32例临床分析[J]. 郑州大学学报(医学版),2009,44(4):909-911.
 - 7 于敏,韩冰,史耀勋. 老年慢性肾脏病并发急性肾损伤的危险因素分析[J]. 中国全科医学,2009,12(5):363-365.
 - 8 王质刚. 血液净化学[M]. 第2版. 北京:北京科学技术出版社,2005:561.
 - 9 郑法雷,章有康,陈香美,等. 肾脏病临床与进展[M]. 北京:人民军医出版社,2005:282-283.
- [收稿日期 2013-06-03][本文编辑 黄晓红 韦颖]

学术交流

前置胎盘合并胎盘植入 12 例临床分析

兰景尤, 周雪勤

作者单位: 530100 广西,武鸣县人民医院妇产科

作者简介: 兰景尤(1964-),女,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:妇产科疾病的诊治。E-mail:ljy251637638@163.com

[摘要] 目的 探讨前置胎盘合并胎盘植入的高危因素、诊断及治疗方法。方法 对82例前置胎盘(前置胎盘组)和前置胎盘合并胎盘植入12例(胎盘植入组)孕产妇的临床资料进行回顾性分析。结果 孕妇的年龄、孕次、前置胎盘类型及子宫手术史是发生胎盘植入的高危因素;胎盘植入组早产、新生儿窒息和产后出血的发生率均高于前置胎盘组($P<0.05$);产前彩色多普勒超声诊断前置胎盘合并胎盘植入的正确率为83.3%(10/12),胎盘增厚、胎盘后方子宫壁肌层低回声带变薄(≤ 1 mm)或消失、胎盘实质内血流丰富、胎盘内腔隙是诊断前置胎盘合并胎盘植入的特征性声像图;治疗方法主要是积极的期待疗法及适时终止妊娠。结论 孕妇年龄 ≥ 30 岁、孕次 ≥ 3 次、中央型前置胎盘及子宫手术史是前置胎盘合并胎盘植入的高危因素,彩色多普勒超声产前诊断胎盘植入是目前最简便可行的方法,采取个体化处理措施可改善母婴结局。

[关键词] 前置胎盘; 胎盘植入; 高危因素; 超声诊断; 治疗方法

[中图分类号] R 714.46 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2014)01-0058-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.01.21

Clinical analysis of 12 cases placenta previa combined with placenta accreta LAN Jing-you, ZHOU Xue-qin.

Department of Gynaecology and Obstetrics, the People's Hospital of Wuming County, Guangxi 530100, China

[Abstract] **Objective** To investigate the high risk factors, diagnosis and management of placenta previa combined with placenta accreta. **Methods** The clinical data of 12 cases of placenta previa combined with placenta accrete(placenta accreta group) and 82 cases of placenta previa(placenta previa group) were analyzed retrospectively. **Results** The age, gravidity, the types of placenta previa and uterine operation history were high risk factors of placenta accreta;The incidences of premature delivery, neonatal asphyxia and postpartum hemorrhage of placenta accreta group were higher than those of placenta previa group(all $P<0.05$);The accuracy rate of prenatal color doppler ultrasound in the diagnosis of placenta previa with accreta was 83.3%(10/12). Placenta thickening, the hypoecho of

uterine wall muscle layer at the rear of placenta band of being thinning (≤ 1 mm) or disappearing, placental parenchyma's rich blood flow, placental cavity gap were characteristic sonogram of placenta previa combined with placenta accreta; Expectant treatment and timely termination of pregnancy were the main treatment methods. **Conclusion** Over 30 years of age, pregnancy over three times, central type of placenta previa and uterine operation history are high risk factors. Color Doppler ultrasound is currently the most convenient method in diagnosis of placenta accreta. The individual treatment can improve maternal and neonatal outcomes.

[**Key words**] Placenta previa; Placenta accreta; High risk factors; Ultrasonic diagnosis; Treatment

前置胎盘是指胎盘种植于子宫下段或覆盖于子宫颈内口上,位于胎先露之前,是最常见的产前出血性疾病^[1]。前置胎盘合并胎盘植入是产科严重的妊娠期并发症,常导致不可预见和无法控制的产前、产时、产后大出血,增加子宫切除的概率,严重威胁孕产妇的生命安全。提高前置胎盘合并胎盘植入的产前诊断水平,早期评估类型和风险,对指导临床治疗,选择最佳分娩时机和方式,改善婴儿的预后有重要的临床意义。为此,我们对 82 例前置胎盘和前置胎盘合并胎盘植入 12 例患者的临床资料进行回顾性分析,探讨其发病高危因素、诊断及治疗方法,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院产科 2008-01 ~ 2011-12 住院分娩孕妇 7 813 例,其中前置胎盘 82 例(前置胎盘组),发生率为 1.05%,前置胎盘合并胎盘植入 12 例(胎盘植入组),发生率为 0.15%。前置胎盘的诊断及分类依据文献^[1]标准,胎盘植入的诊断依据产前临床症状和 B 超、胎儿娩出发现胎盘剥离困难或剖宫产术中发现及术后病理证实。产后出血标准为产后 24 h 阴道流血 > 500 ml,应用容量法及称重法估计失血量^[1]。新生儿窒息:1 min Apgar 评分 0 ~ 3 分为重度窒息,4 ~ 7 分为轻度窒息。早产是指满 28 ~ 37 孕周(196 ~ 258 d)之间的分娩^[1]。

表 1 两组相关因素的比较[n(%)]

组别	例数	年龄(岁)		孕次		胎盘位置			子宫手术史	
		≥30	<30	≥3	<3	中央型	部分型	边缘型	有	无
胎盘植入组	12	8(66.7)	4(33.3)	8(66.7)	4(33.3)	10(83.3)	2(16.7)	0(0)	11(91.7)	1(8.3)
前置胎盘组	82	24(29.3)	58(70.7)	30(36.6)	52(63.4)	16(19.5)	40(48.8)	26(31.7)	51(62.2)	31(37.8)
χ^2	-	6.5206		3.9332		21.3093	4.3677	5.2597	4.0493	
P	-	0.0106		0.0472		0.000	0.0365	0.0217	0.0440	

2.2 两组预后比较 胎盘植入组早产、新生儿窒息和产后出血的发生率均高于前置胎盘组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组预后比较[n(%)]

组别	例数	早产	新生儿窒息	产后出血
胎盘植入组	12	6(50.0)	10(83.3)	7(58.3)
前置胎盘组	82	19(23.2)	38(46.3)	22(26.8)
χ^2	-	3.8597	5.7324	4.8702
P	-	0.0493	0.0166	0.0272

1.2 治疗方法 12 例胎盘植入孕妇均以积极的期待治疗,然后以剖宫产终止妊娠,术前 B 超胎盘“定位”,选择子宫下段横切口 10 例,子宫体部纵形切口 2 例。进入羊膜腔,3 例胎儿为臀部,快速取出胎儿;2 例为头位,则用产钳协助取出胎头,胎儿娩出后即取出胎盘。然后立即针对植入胎盘创面自浆膜面进针穿透全肌层“8”字形、依植入面形状呈环形或条形缝扎或行部分子宫壁楔形切除术。7 例胎盘种植于子宫颈内口及下段前壁,则对胎盘取“开窗”术,即在子宫前壁近下段处向上、下做纵形切口,果断切开胎盘进入宫腔取出胎儿后再行次全子宫切除术。术后予以抗感染、缩宫素、营养支持等综合治疗。12 例孕妇住院(10.5 ± 2.5)d,术后无一例发生晚期产后出血,月经周期均恢复正常。所分娩 12 名婴儿均存活。

1.3 统计学方法 应用 SPSS15.0 统计软件进行数据分析,计数资料组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 高危因素 孕妇年龄、孕次、前置胎盘类型和子宫手术史与胎盘植入有关联($P < 0.05$),孕妇年龄 ≥ 30 岁、孕次 ≥ 3 次、中央型前置胎盘及子宫手术史是发生胎盘植入的高危因素。见表 1。

3 讨论

3.1 高危因素 前置胎盘合并胎盘植入的病因至今尚未完全明了,可能与子宫内病变有关。子宫内炎症或子宫内膜损伤,如宫腔感染、多产、多次刮宫等,妊娠后子宫蜕膜血管生长不全,使受精卵植入后胎盘延伸到子宫下段。也有可能与胎盘面积过大,如多胎妊娠等,下段胎盘累及子宫下段有关。此外,还可能是受精卵滋养层发育迟缓,在到达宫腔时

尚未发育到能着床的阶段,仍继续下移植入子宫下段^[2]。国内外学者^[1,3~5]指出前置胎盘、剖宫产史、人工流产刮宫史和高龄妊娠等是胎盘植入的高危因素。本文结果显示,孕妇年龄 ≥ 30 岁者有8例(66.7%),孕次 ≥ 3 次者有8例(66.7%),中央型前置胎盘10例(83.3%),子宫手术史(剖宫产8例,人工流产3例)11例(91.7%),表明孕妇年龄 ≥ 30 岁、孕次 ≥ 3 次、中央型前置胎盘及子宫手术史是发生胎盘植入的高危因素。

3.2 诊断方法 目前,虽然前置胎盘合并胎盘植入的产前诊断尚无确切依据^[6],但许多学者^[1~7]认为,有多次孕产史和以往剖宫产史或人工流产史,妊娠晚期出现无痛性阴道流血,B超已明确前置胎盘的诊断及分类者,需定期B超观察胎盘后间隙与胎盘实质和周围血流情况,有助于判断是否有胎盘植入。一般认为,前置胎盘合并胎盘植入在B超声像图上有以下特征^[2,5~7]:(1)前壁胎盘合并完全性植入胎盘,随着孕周的增加胎盘不会向上“移行”;(2)胎盘增厚;(3)胎盘内多个大小不一、形态不规则无回声区,为胎盘内静脉池,称为“胎盘陷窝”;(4)胎盘后方子宫肌层低回声带变薄(≤ 1 mm)或消失;(5)植入性胎盘穿透肌层达浆膜层,而植入部位又在膀胱后方的子宫肌层时,与子宫相邻的膀胱浆膜层强回声消失,且有不规则无回声结构突向膀胱;(6)彩超见胎盘陷窝内血流丰富,在胎盘后方和胎盘实质内有丰富的血流和血窦,甚至可以探及动脉血流,表现为血流紊乱,湍急,甚至累及子宫肌层;(7)三维能量彩色图显示胎盘内血管极其丰富,呈网状交织,尤其在胎膜母体面,与子宫壁内的弓状动脉相互沟通。Yinka等^[8]指出胎盘后方正常子宫肌层低回声带消失或变薄,该特征对诊断胎盘植入的灵敏度为93%,特异度为79%,阳性预测值为78%。Comstock等^[9]报道胎盘内腔隙是胎盘植入的特征的表现,诊断的灵敏度为79%,阳性预测值为92%。胎盘内腔隙为血管腔隙,称为“瑞士干酪”现象,胎盘内腔隙越多,发生胎盘植入的可能性越大。本文12例中,产前彩色多普勒超声诊断为前置胎盘合并胎盘植入10例,诊断正确率为83.3%。另2例漏诊,仅诊断为前置胎盘。有文献^[10]报道检测孕妇血清甲胎蛋白(AFP)、肌酸激酶(CK)、游离胎儿DNA来筛查前置胎盘并胎盘植入,当血清中出现无法解释的AFP、CK升高和游离胎儿DNA中位值基因当量升高时,要考虑胎盘植入,但是特异度不高。本文12例患者均检测了AFP和CK,其中AFP升高者5

例(41.7%),CK升高者4例(33.3%)。此外,核磁共振检查(MRI)虽可显示在胎盘附着处的子宫肌层缺失,但与超声相比并没有提高诊断的灵敏度,且价格昂贵,费时间,其高强磁场能量对胎儿产生何种影响,还有待研究,限制了它在临床的广泛应用。

3.3 治疗措施 前置胎盘合并胎盘植入的治疗措施主要包括积极的期待疗法和终止妊娠。采用积极的期待疗法,其目的是尽量延长孕周,使胎龄增加,并有可能使胎盘向上移行,减少出血机会,提高产妇及胎儿的安全性。期待疗法主要有以下几点^[1]:(1)绝对卧床休息。其目的是一是避免任何外来刺激,使子宫处于休息状态;二是增加子宫血流量,有助于胎儿生长发育。(2)纠正贫血。应予铁剂及多种维生素以纠正贫血,以增加孕妇抗出血的能力。如有多次出血,血红蛋白低于70~80 g/L,血细胞比容 < 0.3 者,可以酌情输血。(3)抑制宫缩。硫酸镁能直接作用于子宫平滑肌细胞,与钙离子拮抗,抑制子宫收缩。首次剂量为4 g,溶于5%葡萄糖液250 ml,30 min内静滴完毕,然后以1~2 g/h静脉滴注,直至宫缩消失。(4)促胎儿肺成熟。地塞米松每周连续3 d,每日10 mg静脉注射1次,停4~7 d后即第2周再用同法治疗,直至妊娠32周为止。在积极的期待治疗的同时,应做好充分的术前准备,拟定预警治疗方案,并与孕妇及家属做好充分沟通工作。本文12例孕妇均以剖宫产终止妊娠,术中根据胎盘植入情况及孕妇有否生育要求,2例行部分子宫壁楔形切除术,7例行子宫次全切除术,术后孕产妇均康复出院,改善了围生儿结局和产妇生活质量。

参考文献

- 1 庄依亮. 现代产科学[M]. 第2版. 北京:科学出版社,2009:583~593.
- 2 严英榴,杨秀雄. 产前超声诊断学[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社,2012:102~109.
- 3 彭冬梅. 前置胎盘与胎盘植入相关因素分析[J]. 临床和实验医学杂志,2012,11(3):188~189.
- 4 Shellhaas CS, Gilbert S, Landon MB, et al. The frequency and complication rates of hysterectomy accompanying cesarean delivery[J]. Obstet Gynecol, 2009, 114(2 Pt 1):224~229.
- 5 杨延冬,杨慧霞. 前置胎盘并胎盘植入诊断和处理策略[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2011,27(6):416~420.
- 6 游一平. 前置胎盘合并胎盘植入临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2006,21(20):2787~2789.
- 7 韩新洪,解左平,邱合荣. 前置胎盘合并胎盘植入的产前彩色多普勒超声诊断价值[J]. 中国优生与遗传杂志,2011,19(2):92~93.

- 8 Yinka O, John CS. Placenta previa, placenta accreta and vasa previa [J]. *Obstet Gynecol*, 2006, 107(4): 927-941.
- 9 Comstock CH. Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review[J]. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2005, 26(1): 89-96.

- 10 范丽霞. 前置胎盘伴胎盘植入的产前预测及诊断[J]. 菏泽医学专科学校学报, 2012, 24(1): 70-71, 94.

[收稿日期 2013-03-06][本文编辑 刘京虹 吕文娟]

学术交流

经皮椎体成形术治疗椎体疾病

程云为

作者单位: 252300 山东, 阳谷县人民医院骨科

作者简介: 程云为(1969-), 男, 大学本科, 医学学士, 主任医师, 研究方向: 脊柱外科疾病诊治。E-mail: cheng0635@163.com

[摘要] 目的 探讨经皮椎体成形术(PVP)治疗椎体骨质疏松性压缩骨折、血管瘤、溶骨性转移瘤的临床效果。方法 在C臂X线机透视下, 经单侧或双侧椎弓根入路PVP治疗46例75个椎体。结果 术后1~3 d患者疼痛消失或明显缓解。随访6~15个月, 疗效评价根据WHO标准: 疼痛完全消失26例, 疼痛明显减轻17例, 无严重并发症发生。结论 经皮椎体成形术治疗椎体骨质疏松性压缩骨折、血管瘤和溶骨性转移瘤是一种安全、微创、有效的方法。

[关键词] 经皮椎体成形术; 骨质疏松; 脊柱肿瘤

[中图分类号] R 681.5 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2014)01-0061-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.01.22

Percutaneous vertebroplasty for vertebral body lesions CHENG Yun-wei. Department of Orthopaedics, Yanggu People's Hospital, Shandong 252300, China

[Abstract] **Objective** To discuss the clinical effects of the percutaneous vertebroplasty(PVP) in the treatment of osteoporotic vertebral compression fractures, hemangioma or osteolytic metastases. **Methods** PVP was performed in 46 patients with 75 diseased vertebrae via unilateral or bilateral transpedicular approach under C-arm fluoroscopic guidance. **Results** All the patients felt pain disappeared or significantly relieved 1~3 days after operation, and were followed up for 6~15 months. According to WHO criteria, pain disappeared in 26 patients, pain significantly relieved in 17 patients. There was no severe complication. **Conclusion** PVP is a safe, minimally invasive and effective method in the treatment of osteoporotic vertebral compression fractures, hemangioma or metastatic malignancy.

[Key words] Percutaneous vertebroplasty(PVP); Osteoporosis; Spinal neoplasms

经皮椎体成形术(percutaneous vertebroplasty, PVP)是近几年发展起来的脊柱微创技术, 并成为治疗疼痛性椎体病变的一种常用方法。2009-05~2012-05, 我们在治疗椎体病变患者中选择46例病变椎体后柱皮质完整者行PVP, 取得满意疗效, 现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组46例75个节段, 其中男22例, 女24例, 年龄43~86岁。病程1 d~1个月。病变节段: T₈ 4例, T₁₂ 8例, L₁ 6例, L₂ 3例, L₃ 3例, T₈~T₉ 2例, T₁₀~T₁₁ 7例, T₁₂~L₁ 2例, L₂~L₃ 4

例, T₁₁~L₁ 7例。椎体骨质疏松性压缩骨折34例, 血管瘤3例, 溶骨性转移瘤9例。临床均表现为病变部位疼痛、压痛, 均无脊髓和神经根受压症状。术前均行X线、CT检查, 病变椎体有不同程度压缩或破坏, 椎体后柱皮质完整。

1.2 治疗方法 经单侧椎弓根入路59椎, 经双侧椎弓根入路16椎。患者取俯卧位, 正位透视病变椎体椎弓根的环形影, 选取椎弓环外上方皮肤穿刺点。局麻后骨穿刺针向椎弓根内下缘方向行15°~30°穿刺, 当骨穿针经过骨皮质时可借助骨锤轻轻敲入。估计骨穿针抵达椎体后缘时, X线透视证实骨穿针