

The Clinical Analysis of Abdominal Aortic Balloon Occlusion in Pregnant Women's Cesarean Section with the Implantation of the Placental Placenta with the Placenta

Shuhui Wei*, Yuexia Hang, Juan Li, Hongxia Ma, Yang Fan

Department of Gynecology and Obstetrics, Ningxia Hui Autonomous Region People's Hospital, Yinchuan Ningxia
Email: *407821376@qq.com

Received: Apr. 21st, 2018; accepted: May 14th, 2018; published: May 21st, 2018

Abstract

Objective: To explore the clinical application of abdominal aortic balloon occlusion in caesarean section of pregnant women with placenta previa. **Methods:** A total of 25 patients with dangerous placental placenta with placenta in our hospital from August 2017 to March 2018 were treated with abdominal aortic balloon occlusion before surgery. And its clinical effect are analyzed. **Results:** All 25 patients underwent abdominal aortic balloon occlusion before surgery, Intraoperative hemorrhage, Good hemostasis, None of the patients underwent hysterectomy for postpartum hemorrhage. **Conclusions:** The patient with cesarean section is pregnant again and is combined with a dangerous preset placenta with placenta implantation. The operation is prone to uncontrolled bleeding. Abdominal aortic balloon blockage is a very effective treatment. It is good to reduce bleeding in cesarean section. It is worthy of clinical promotion.

Keywords

Abdominal Aorta, Balloon Block, Dangerous Placenta Previa, The Placenta Implantation, Cesarean Delivery

腹主动脉球囊阻断术在凶险性前置胎盘伴胎盘植入孕妇剖宫产术中的临床分析

魏淑会*, 杭悦霞, 李娟, 马红霞, 樊杨

宁夏回族自治区人民医院妇产科, 宁夏 银川

*通讯作者。

文章引用: 魏淑会, 杭悦霞, 李娟, 马红霞, 樊杨. 腹主动脉球囊阻断术在凶险性前置胎盘伴胎盘植入孕妇剖宫产术中的临床分析[J]. 临床医学进展, 2018, 8(3): 325-329. DOI: 10.12677/acm.2018.83054

摘要

目的: 探讨腹主动脉球囊阻断术在凶险性前置胎盘伴胎盘植入孕妇剖宫产术中的临床应用。方法: 对2017年8月~2018年3月我院收治的25例凶险性前置胎盘伴胎盘植入患者在术前使用腹主动脉球囊阻断术, 并对其临床效果进行分析。结果: 25例患者术前均行腹主动脉球囊阻断术, 术中出血少, 止血效果好, 无一例患者因产后出血行子宫切除术。结论: 有剖宫产史的患者再次妊娠且合并凶险性前置胎盘伴胎盘植入时, 手术中易发生难以控制的大出血; 腹主动脉球囊阻断术是非常有效的治疗方法, 在剖宫产术中能很好的减少出血, 值得临床推广使用。

关键词

腹主动脉, 球囊阻断, 凶险性前置胎盘, 胎盘植入, 剖宫产

Copyright © 2018 by authors and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

随着“二胎全面放开”政策的发布, 大多数曾经有过剖宫产史的单胎家庭有再生育的要求, 导致凶险性前置胎盘的发生率骤然增加, 凶险性前置胎盘所引起的胎盘粘连和胎盘植入是导致产后出血的主要原因, 容易在剖宫产术中和术后出现难治性出血, 尤其是在剖宫产术中出现难以控制的大出血而危及孕妇生命[1], 往往术中为抢救患者的生命需切除子宫, 对患者的身心及家庭造成极大的影响。所以, 寻找一种安全有效的处理宫缩乏力、前置胎盘、胎盘植入等产科严重并发症的保守治疗是妇产科工作者迫切需要解决的问题。腹主动脉球囊阻断术近年来在产科出血术中应用的越来越多, 大量数据显示, 腹主动脉球囊阻断术能有效的减少出血, 起到了保留子宫及挽救产妇生命的作用[2]。我院经医院伦理委员会商议同意开展此技术, 自2017年8月开始使用腹主动脉球囊阻断术治疗凶险性前置胎盘伴胎盘植入的孕妇, 获得很好的临床效果, 现报道如下。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

收集我院2017年8月-2018年3月住院治疗凶险性前置胎盘伴胎盘植入的孕妇25例, 此25例孕妇术前通过彩超及盆腔核磁初步诊断为凶险性前置胎盘伴胎盘植入, 并在术中得到证实。年龄25~40岁, 平均年龄32岁, 孕周30周~37周, 既往均有人流史及剖宫产史。排除标准: ①直接选择剖宫产术中切除子宫者; ②合并心脏疾病; ③合并肾脏严重疾病; ④合并血液系统疾病。此25例孕妇均在术前行腹主动脉球囊置入术, 术中胎儿娩出后间断行腹主动脉球囊阻断术阻断腹主动脉血流。术前均无手术禁忌症。

2.2. 方法

25 例患者积极完善术前准备, 充分术前评估有无手术禁忌症, 由介入科医师自右侧股动脉搏动处在局麻下穿刺右侧股动脉, 在 0.035 导丝引导下将 C2 造影导管前端置腹主动脉下段, 造影确定双侧肾动脉位置, 透视下经导管鞘引入腹主动脉球囊, 将腹主动脉球囊置入肾动脉开口下 3 cm, 证实其球囊位置良好后, 固定腹主动脉球囊, 局部包扎。由产科医师行剖宫产术。术中在胎儿娩出同时, 立即通过压力泵充盈球囊阻断腹主动脉血流, 腹主动脉被成功阻断后, 术中出血减少, 手术视野清晰, 可采用可吸收线缝合胎盘剥离面。开始阻断时计时, 每隔 10 分钟释放球囊一次, 释放 1 分钟左右再次阻断, 或者根据胎盘剥离面出血情况随时可以释放球囊或再次阻断, 释放后通过观察剥离面显示出血点立即缝合止血, 直至球囊全部放空观察胎盘剥离面仍无活动性出血, 然后缝合子宫切口, 盆腔内常规放置引流管, 观察盆腔引流管引流液量及颜色, 判断盆腔内有无活动性出血。术后拔除导管鞘管, 穿刺点加压包扎止血, 右下肢制动 24 小时, 24 小时以后给予低分子肝素预防下肢血栓形成。术后监测血压、凝血功能及电解质, 电解质紊乱者积极纠正水电解质紊乱, 失血性休克患者积极抗休克治疗, 酌情输血。观察患者双下肢感觉及运动功能, 足背动脉搏动情况, 双下肢皮肤温度、颜色及有无痛觉等症状。

3. 结果

本组 25 例患者术后感到穿刺点疼痛不适, 能耐受, 3~5 天症状消失。其中 5 例为大面积穿透性的胎盘植入, 术中通过腹主动脉球囊阻断腹主动脉血流, 手术视野清楚, 出血少, 迅速的寻找出血点进行缝合, 达到很好的止血效果, 3 例患者因术中子宫收缩乏力合并胎盘剥离面出血, 术后行双侧髂内动脉栓塞术出血停止; 2 例患者术后表现为一过性转氨酶升高及轻度黄疸, 经过保肝治疗 5 天后恢复正常; 1 例术后出现腰骶部疼痛, 一周后缓解; 1 例患者术后出现下肢血栓形成, 经积极治疗后痊愈。其余患者术后随访均未见异位栓塞、感染等并发症。25 例新生儿情况均良好, 其中 10 例因新生儿早产转 NICU 科治疗, 经治疗后出院。25 例患者术中出血量最少 800 ml, 最多 6000 ml, 均成功保留子宫, 术后随访子宫附件正常, 18 例患者月经复潮, 经量、经期与孕前无明显变化。

4. 讨论

近年来随着二胎政策开放, 剖宫产率的升高, 凶险性前置胎盘的发生率也随之升高, 尤其胎盘植入面在子宫前壁下段甚至穿透膀胱, 由于下段缺乏肌纤维, 并且有前次剖宫产瘢痕, 瘢痕处弹性差, 不能有效收缩, 更容易发生难以控制的大出血。凶险性前置胎盘的主要危害表现为胎盘的植入率高以及产后发生大出血的风险大, 手术中操作难度大, 常常因为危及患者生命安全而切除子宫, 甚至产妇死亡的不良结局。

有研究显示, 瘢痕子宫再次妊娠发生前置胎盘的比例较正常妊娠增加 5 倍, 其中 38.2% 并发胎盘植入, 2 次或 2 次以上剖宫产术后发生的比例可高达 59.2%, 产后出血率达 90%, 围产期子宫切除率高达 66% [3], 这给妇产科工作者带来巨大的挑战。本文报道的 25 例患者都有剖宫产史, 术前通过行 B 超检查及盆腔核磁检查明确胎盘与子宫肌层及前次手术瘢痕的关系, 明确诊断术前就会警惕可能发生的大出血, 充分进行术前准备, 为保留子宫及抢救生命奠定坚实的基础。既往有凶险性前置胎盘伴胎盘植入患者剖宫产术中因大出血危及孕妇生命而切除子宫, 虽然减少了并发症, 但却因此而丧失了生育能力。即使这样, 术中出血量仍高达 6000 ml 左右, 为减少出血, 术中往往行子宫动脉或髂内动脉结扎及 B-Lynch 缝合术止血, 但也无法完全阻断出血, 反而因大出血增加髂内动脉或子宫动脉结扎的难度, 因此, 选择合适的手术方式及减少术中、术后出血并降低子宫切除率已经成为每一位妇产科医师研究的热点及需要解决的难题。

近年来,控制凶险性前置胎盘伴胎盘植入产时、产后大出血常采用髂内动脉或子宫动脉栓塞,然而,这种血管栓塞方法,常常是已经出现大出血后的补救办法[4]。随着介入医学的迅速发展,有学者对盆腔栓塞方法进行了改进,不是在已经发生了大出血后被动进行栓塞,而是在剖宫产术前先行髂内动脉或子宫动脉内置管,然后进行剖宫产手术,待胎儿娩出后立即栓塞血管,可有效的减少出血并降低子宫切除风险[5]。

本文所使用的腹主动脉球囊阻断术作为一种新型技术,已有大量报道显示应用于产科凶险性前置胎盘的孕妇,由于凶险性前置胎盘伴胎盘植入孕妇在术中的出血会非常凶猛,严重影响手术视野、增加手术难度,甚至造成循环系统衰竭危及产妇生命,采用腹主动脉球囊阻断术的作用是阻断子宫和盆腔的血液供应[6],使得手术视野清晰,帮助我们争取时间加用其他止血方法,可以充分的缝合止血,使术中出血量明显减少,进而减少了术中的输血量及术中、术后各种并发症的发生。本文 25 例患者术前均在腹主动脉放置球囊导管,术中胎儿娩出后,迅速行腹主动脉球囊阻断术,操作步骤简单,止血迅速。由于妊娠子宫血供丰富,有丰富的侧支循环,即使栓塞了髂内动脉或子宫动脉,仍有来源于髂外动脉或股动脉的血供[7],并且,腹主动脉球囊阻断是在剖宫产术中进行的,暂时阻断盆腔血供,因在剖宫产术中,腹主动脉球囊间断释放,可避免发生双下肢及盆腔脏器的缺血,无一例出现因阻断腹主动脉而导致的双下肢及盆腔脏器的缺血等并发症。文献报道[8],阻断时间在 30 分钟内是安全的,不会造成盆腔脏器及下肢缺血坏死。目前该项技术存在一定的局限性包括:① 费用高,个别家庭因无法承受昂贵的医疗费用而排斥此项技术;② 技术要求高,很多基层医院无法开展,增加了术中切除子宫的几率。

关于围生儿:胎儿透视时间平均 6.5 秒,受射线照射量为 4.8 ± 2.3 mGy,文献报道孕妇暴露放射剂量小于 150 mGy,不会对胎儿导致不良影响;本组病例胎儿透视时间平均 6.5 秒,射线剂量明显低于,因此,对孕妇及胎儿的放射线接触量极小,不会造成不良影响。

总之,凶险性前置胎盘的孕妇剖宫产术中大出血来势凶猛,病情危重,因此需充分重视凶险性前置胎盘的孕妇,认真选择终止妊娠方法和严格掌握剖宫产指征是主要的预防方法,要认识到手术的凶险性、严重性,做好术前准备,包括术前行腹主动脉球囊置入术,在腹主动脉球囊阻断的保驾护航下行凶险性前置胎盘伴胎盘植入的剖宫产手术,术中间断阻断及精细缝合止血是术中、术后大出血治疗成功的重要保障,能明显减少出血及输血量,很大程度上减少切除子宫的风险,增加患者围手术期的生命安全。腹主动脉球囊阻断术具有微创、安全、可靠的特点,是止血的有效方法,值得推广应用。

参考文献

- [1] 谢幸, 苟文丽, 等. 妇产科学[M]. 第 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 127.
- [2] 檀增宪, 王玉河, 胡永立. 与髂外动脉有关的产后子宫大出血血管造影分析三例[J]. 中华放射学杂志, 2009(3): 329.
- [3] Rosenberg, T., Pariente, G., Sergienko, R., et al. (2011) Critical Analysis of Risk Factors and Outcome of Placenta Previa. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, **284**, 47-51. <https://doi.org/10.1007/s00404-010-1598-7>
- [4] 袁红, 孔健, 张彦舫, 窦永充, 苏放明. 腹主动脉球囊阻断术和子宫动脉栓塞术在胎盘植入治疗中的应用价值[J]. 临床放射学杂志, 2014(7): 1074-1077.
- [5] Bouver, A., Sentihes, L., Thouveny, F., et al. (2012) Planned Caesarean in the Interventional Radiology Cath Lab to Enable Immediate Uterine Artery Embolization for the Conservative Treatment of Placenta Accreta. *Clinical Radiology*, **67**, 1089-1094. <https://doi.org/10.1016/j.crad.2012.04.001>
- [6] 靳海英, 金征宇. 急诊子宫动脉栓塞术治疗产科大出血: 附 12 例报告[J]. 中华放射学杂志, 2001(35): 114-115.
- [7] Matsubara, S., Kuwata, T., Usuim R., et al. (2013) Important Surgical Measures and Techniques at Caesarean Hysterectomy for Placenta Praevia Accreta. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **92**, 372-377. <https://doi.org/10.1111/aogs.12074>

-
- [8] Bodner, L.J., Noshor, J.L., Gribbin, C., *et al.* (2006) Balloon-Assisted Occlusion of the Internal Iliac Arteries in Patients with Placenta Accreta/Percreta. *Cardiovascular and Interventional Radiology*, **29**, 354-361.
<https://doi.org/10.1007/s00270-005-0023-2>

知网检索的两种方式:

1. 打开知网页面 <http://kns.cnki.net/kns/brief/result.aspx?dbPrefix=WWJD>
下拉列表框选择: [ISSN], 输入期刊 ISSN: 2161-8712, 即可查询
2. 打开知网首页 <http://cnki.net/>
左侧“国际文献总库”进入, 输入文章标题, 即可查询

投稿请点击: <http://www.hanspub.org/Submission.aspx>
期刊邮箱: acm@hanspub.org