

• 案例分析 •

反复胎盘植入患者产后大出血给予介入栓塞治疗 1 例*

张世燕¹, 刘莉萍², 杨莉芹², 宣荣荣², 陈思倩³, 张永妍^{2△}

(1. 明楼街道社区卫生服务中心妇产科, 浙江 宁波 315040; 2. 宁波大学附属第一医院妇产科, 浙江 宁波 315020; 3. 宁波大学医学部, 浙江 宁波 315211)

[摘要] 2019 年 10 月 12 日宁波大学附属第一医院妇产科收治 1 例反复胎盘植入产后大出血均予介入栓塞治疗患者。其于 2014 年足月顺产一女婴, 当时因胎盘植入引起产后大出血, 予输血和数字减影血管造影行子宫动脉栓塞术治疗。2019 年再次妊娠, 孕期及产前 B 超检查均未提示胎盘植入。于 2019 年 10 月 12 日顺产一女婴后出现产后大出血, 胎盘不能自娩, 探查发现宫腔子宫前壁有约直径 7 cm 胎盘与宫壁肌层不能分离, 考虑胎盘植入, 予原位保留。结合患者拒绝切除子宫、强烈要求保守治疗的意愿再次给予介入栓塞治疗, 术中行双侧子宫动脉栓塞术、髂内动脉栓塞术、髂外动脉的子宫动脉分支栓塞术联合股总动脉的子宫动脉分支栓塞术, 并给予其他对症治疗, 术后恢复良好, 随访未发生晚期产后出血及感染, 双下肢活动良好。但至产后 3 个月胎盘仍未能自行排出, 行宫腔镜手术, 电切除机化组织, 手术经过顺利。产后 6 个月患者月经恢复。

[关键词] 胎盘植入; 复发性; 产后出血; 介入栓塞; 病例报告

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2024.09.036

中图法分类号:R714.2;R714.46+1

文章编号:1009-5519(2024)09-1601-04

文献标识码:B

胎盘植入是一种危及生命的产科并发症, 发生于胎盘异常附着或侵入子宫肌层时^[1-2]。被认为是由于子宫底蜕膜发育不良、胎盘绒毛侵入或穿透子宫肌层所致的胎盘异常侵袭性种植。由于其病情发展迅速, 严重时可危及母婴生命安全。宁波大学附属第一医院收治 1 例反复胎盘植入产后大出血均予介入栓塞治疗患者, 其术后恢复良好, 未发生并发症, 现将其临床诊疗过程介绍如下, 旨在为胎盘植入的诊治拓宽思路。

1 临床资料

患者, 31 岁, 孕 4 产 1。末次月经 2018 年 12 月 28 日。于 2014 年足月顺产一女婴, 当时因胎盘植入引起产后大出血, 给予子宫动脉栓塞术(UAE)和输血治疗, 治疗经过见图 1。此次怀孕期间自孕 12⁺6 周在明楼街道社区卫生服务中心建保健册, 定期产检。孕期 B 超检查均未提示胎盘植入。见图 2。2019 年 10 月 12 日(孕 41 周)产妇入住宁波大学附属第一医院行阴道检查: 对角径大于 12 cm, 耻骨弓 90°, 坐骨棘间径 10 cm, 骶棘韧带 3 指松, 骶尾关节活动度好, 宫口未开, 居中, 质软, 宫颈管消退 80%, 先露-2 cm, 胎膜未破, 宫颈评分 6 分, 给予催产素引产, 进展顺利, 并于当天顺产一女婴, 体重 3 250 g, Apgar 评分 10 分, 后羊水 II 度。胎儿娩出后立即宫体肌肉注射缩宫素 10 U, 并静脉滴注缩宫素 20 U。产后半小时发现产妇胎盘仍不能自娩。探查宫腔发现胎盘位于子宫前

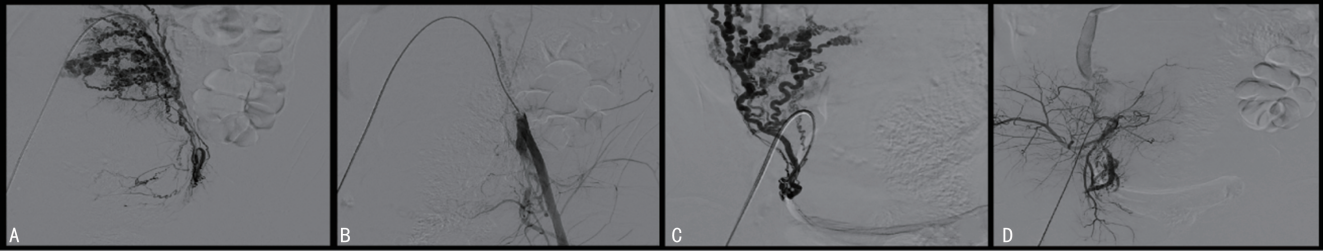
壁, 部分分离, 予人工剥离胎盘不完整, 前壁仍有约直径 7 cm 胎盘与宫壁肌层不能分离, 粘连紧密无缝隙, 牵拉脐带感宫底下陷, 考虑胎盘植入, 予留置原处。检查宫颈无裂伤, 阴道壁完整, 会阴无裂伤。产后阴道流血持续存在, 肌肉注射卡前列素氨丁三醇 250 μ g, 按压宫底, 按出宫腔积血约 500 mL, 开放两路静脉快速补液, 静脉滴注缩宫素 20 U, 备红细胞悬液 3 U。产后 1 h 阴道出血量累计约 1 000 mL(称重法), 输注红细胞悬液 3 U 并再次申请红细胞悬液 3 U 及新鲜冰冻血浆 600 mL。床边 B 超检查提示子宫前壁下段浆肌层较薄, 与残留胎盘分界不清。同时, 行宫腔球囊填塞术。常规消毒下放置宫腔球囊, 囊内注水 400 mL, 经过顺利。但术后止血效果并不理想, 宫腔引流血性液体不断增多。遂决定行数字减影血管造影介入治疗。患者产后累计阴道出血 2500 mL, 查体: 子宫轮廓清, 质硬, 宫底平脐。予持续输血、扩容等, 患者生命体征尚平稳, 安全转运至数字减影血管造影室。术中见双侧子宫供血动脉杂乱, 双侧子宫动脉纤细, 左侧髂内动脉可见多条侧支向子宫供血, 右侧髂内动脉、髂外动脉、股总动脉可见多条分支向子宫供血。故行双侧 UAE、髂内动脉栓塞术、髂外动脉的子宫动脉分支栓塞术联合股总动脉的子宫动脉分支栓塞术。因多处侧支循环建立导致子宫血供出现变异, 手术难度大, 共耗时约 3 h。见图 3。术后予输

* 基金项目: 浙江省医药卫生科技计划项目(2022495837)。

△ 通信作者, E-mail: 624657411@qq.com。

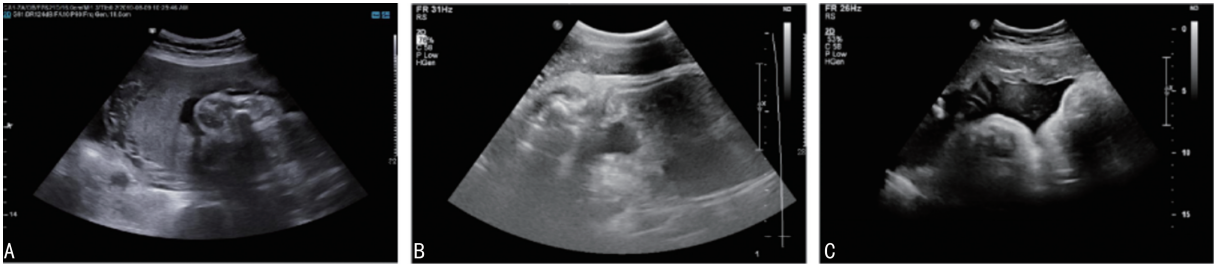
血补液、抗感染、抑酸护胃、保护脏器功能等对症支持治疗,产后 7 d 复查血常规:白细胞计数 $7.7 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$,血红蛋白 120 g/L,血小板计数 $357 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$,中性粒细胞百分比 76.2%,超敏 C-反应蛋白 102.9 mg/L。出院诊断:穿透性胎盘植入,产后大出血,失血性休克,孕 4 产 2 孕 41 周头位顺产活婴。随访至产后 3

个月未发生晚期产后出血,未发生感染,双下肢活动良好,但胎盘仍未能自行排出,行宫腔镜子宫内异物去除术,电切除机化组织,手术经过顺利,术后病理检查:(子宫内异物)少量退变钙化组织及子宫内膜组织。见图 4。患者术后恢复良好,术后产科门诊密切随访。产后 6 个月患者月经恢复。

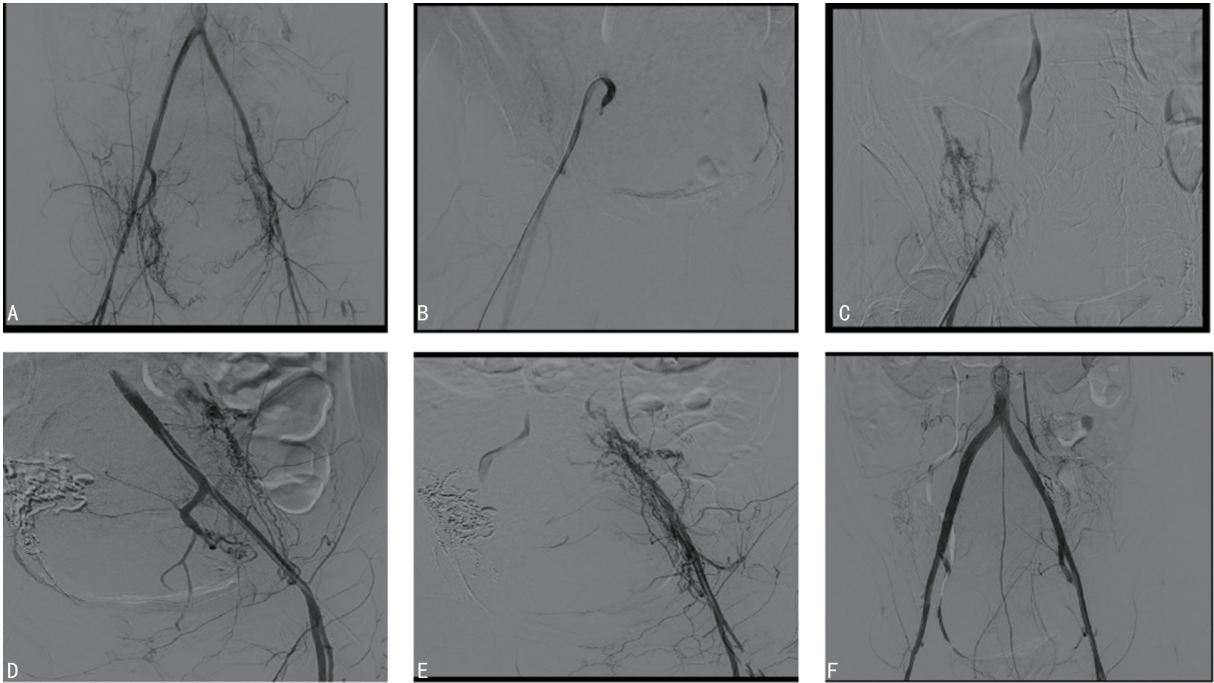


注:A 为左侧子宫动脉造影见左侧子宫动脉分支扭曲,增粗;B 为造影确定后给予左侧子宫动脉栓塞,栓塞后再行造影可见左侧子宫动脉不显影;C 为右侧子宫动脉造影见右侧子宫动脉分支扭曲,增粗;D 为造影确定后给予右侧子宫动脉栓塞,栓塞后再次行造影可见右侧子宫动脉不显影。

图 1 第 1 次 UAE 治疗经过



注:A 为孕 34+5 周;B 为孕 38+6 周;C 为孕 40+3 周。
图 2 孕期子宫附件 B 超检查(胎盘与子宫肌层边界尚清)



注:A 为栓塞前隐约见到髂外动脉多条侧支向子宫供血,子宫动脉主干显示不清;B 为造影确定后给予右侧髂内动脉栓塞,栓塞后再行造影可见右侧髂内动脉不显影;C 为髂内动脉栓塞后髂外动脉多条分支向子宫供血;D~E 为髂内动脉和髂外动脉均可见杂乱血管团,栓塞后异常血管团消失。

图 3 第 2 次 UAE 治疗经过

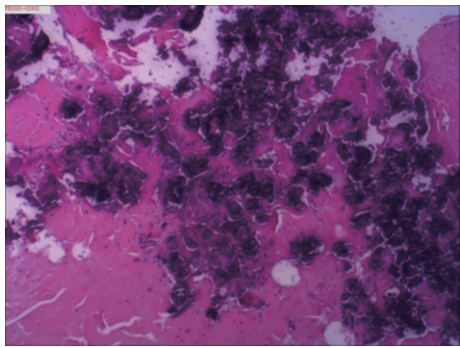


图 4 术后病理检查(HE 染色, 10×20)

2 讨 论

胎盘植入是一种危及生命的产科并发症,按胎盘植入程度不同有不同的分类。胎盘绒毛达深部子宫肌层者称为植入性胎盘;植入更深者胎盘绒毛可达浆膜层,甚至可穿透浆膜层达膀胱或直肠则称为穿透性胎盘^[3]。按胎盘植入面积的不同又可分为完全性胎盘植入和部分性胎盘植入。近年来,胎盘植入发生率逐年升高,已高达 1/500~1/300,较前升高了 20 倍^[4]。胎盘植入可导致严重出血、感染、凝血功能障碍等并发症,严重时甚至可危及母婴生命安全,且已成为导致产后出血、围产期紧急子宫切除和孕产妇死亡的重要原因^[2,5],胎盘植入是产科医生必须面临的临床问题。

胎盘植入的发生与前置胎盘、剖宫产史、辅助生殖技术的使用、子宫手术史、高龄产妇等因素有关,最常见的独立危险因素是前置胎盘。随着对子宫保护的加强,既往胎盘滞留史或植入性胎盘史已成为重要的危险因素^[2-3,6]。彩色多普勒超声检查是预测胎盘植入最常用的方法,而盆腔磁共振成像(MRI)预测胎盘植入的灵敏度为 82%,特异度为 88%^[7]。但由于 MRI 检查的价格相对昂贵,限制了其在临床的广泛应用。然而盆腔 MRI 检查在评估植入胎盘位于子宫后壁深度方面的优越性高于彩色多普勒超声检查。据文献报道,17%的患者超声检查低估了胎盘浸润的深度,而 MRI 检查始终能准确地识别浸润深度^[7]。本例患者由于孕期 B 超检查均未提示胎盘有任何的异常,遂未进行盆腔 MRI 检查,而最后却证实为胎盘植入。是否所有具备胎盘植入高危因素的患者均应增加在孕期进行盆腔 MRI 检查仍存在争议。

国内外对胎盘植入的处理仍缺乏较为完善的循证医学证据,治疗仍存在较多争议。以往对出血多、植入范围广或在保守性手术治疗无效等情况下行全子宫切除术或次全子宫切除术,这对年轻产妇及有生育要求的患者可能会造成较严重的生理和心理方面的损伤。为保留患者的生育能力大多建议保守治疗。当考虑保守治疗以保护未来生育能力时子宫动脉栓塞术应该是首选^[8]。

UAE 是治疗胎盘植入的新方法之一,避免了开

腹手术,并发症少,止血迅速,更重要的是能保留患者生育功能,维持女性内分泌水平^[9]。选择性 UAE 对卵巢功能及正常子宫肌组织无明显影响。SIVAN 等^[10]分析了 23 例行 UAE 的胎盘植入患者的临床资料,结果显示,术后有 3 例患者正常怀孕和分娩,未发生妇产科并发症,其认为 UAE 治疗胎盘植入不但效果确切,并且不会影响妇女再次妊娠,是安全、有效的治疗方法。本例患者于 2014 年行 UAE,并于 2019 年再次成功受孕,以及 2019 年介入栓塞治疗后半年恢复正常月经也证实了 UAE 治疗胎盘植入的优越性。HWANG 等^[8]对 40 例胎盘植入患者进行了 UAE 治疗,结果显示,UAE 过程顺利,技术成功率达 100%,33 例患者接受 UAE 后出血停止,无需后续其他止血治疗,初步临床成功率为 82.5%。只有 3 例患者在 UAE 后因 24 h 内未能止血成功行子宫切除术,其余 3 例患者再次行栓塞成功,均未发生严重并发症。

然而到目前为止,UAE 作为子宫切除术或保守治疗的辅助治疗的结果仍是模棱两可的,而且由于此类病例目前数量较少,在很大程度上受到研究样本量小的限制,仍需大量的病例进行更加深入的探讨及评价。但像本例患者这种同一患者发生两次胎盘植入后并发产后大出血是否再次进行介入栓塞治疗是最优的选择尚并不能确定,因此类病例实属罕见。在第 2 次介入栓塞治疗术中看到患者双侧子宫供血动脉杂乱,多处侧支循环建立,导致子宫供血出现变异,无疑加大了手术难度,使手术耗时远高于常规 UAE。

综上所述,对胎盘植入的诊治仍是一大难题,早期发现及干预对胎盘植入患者至关重要。胎盘植入患者发生后大出血抢救时时间就是生命,需要根据实际的情况,在患者意愿及治疗风险中权衡利弊,也需有更多类似病例加以验证。

参考文献

[1] HAPPE S K, YULE C S, SPONG C Y, et al. Predicting placenta accreta spectrum: Validation of the placenta accreta index[J]. J Ultrasound Med, 2021, 40(8): 1523-1532.

[2] KELEKCI S, EKMEKCI E, AYDOGMUS S, et al. A comprehensive surgical procedure in conservative management of placenta accreta: A case series[J]. Medicine(Baltimore), 2015, 94(7): e529.

[3] DE MUCIO B, SERRUYA S, ALEMAN A, et al. A systematic review and meta-analysis of cesarean delivery and other uterine surgery as risk factors for placenta accreta [J]. Int J Gynaecol Obstet, 2019, 147(3): 281-291.

[4] EINERSON B D, RODRIGUEZ C E, KENNEDY A M, et al. Magnetic resonance imaging is

often misleading when used as an adjunct to ultrasound in the management of placenta accreta spectrum disorders[J]. Am J Obstet Gynecol, 2018,218(6):618.

- [5] VINOGRAD A, WAINSTOCK T, MAZOR M, et al. Placenta accreta is an Independent risk factor for late pre-term birth and perinatal mortality[J]. J Matern Fetal Neonatal Med, 2015, 28(12):1381-1387.
- [6] CARUSI D A. The placenta accreta spectrum: Epidemiology and risk factors[J]. Clin Obstet Gynecol, 2018,61(4):733-742.
- [7] DANNEY M F, MOLIERE S, PINTON A, et al. Accuracy of placenta accreta prenatal diagnosis by ultrasound and MRI in a high-risk population[J]. J Gynecol Obstet Biol Reprod(Paris), 2016,45(2):198-206.

- [8] HWANG S M, JEON G S, KIM M D, et al. Transcatheter arterial embolisation for the management of obstetric haemorrhage associated with placental abnormality in 40 cases[J]. Eur Radiol, 2013,23(3):766-773.
- [9] WEIPING W, XUAN L. Emergency treatment of refractory postpartum hemorrhage by bilateral uterine artery embolization[J]. J Interventional Radiology, 2006,12(4):243-245.
- [10] SIVAN E, SPIRA M, ACHIRON R, et al. Prophylactic pelvic artery catheterization and embolization in women with placenta accreta: Can it prevent cesarean hysterectomy[J]. Am J Perinatol, 2010,27(6):455-461.

(收稿日期:2023-11-20 修回日期:2024-03-08)

• 案例分析 •

特应性皮炎并发自身免疫性葡萄膜炎 1 例^{*}

欧灏天, 邹子龙, 万相宏, 米雪松[△]

(暨南大学附属第一医院眼科, 广东 广州 510000)

[摘要] 自身免疫性葡萄膜炎(AU)是一种非感染性葡萄膜炎,可导致不可逆的视力受损,大多数 AU 是特发性的,也有低于 20% 的 AU 与全身性疾病相关,由于其病因不明确,极易误诊和漏诊。该院收治 1 例 54 岁中年男性特应性皮炎并发 AU 患者,经治疗后痊愈出院。

[关键词] 自身免疫性葡萄膜炎; 特应性皮炎; 免疫紊乱; 病例报告

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2024.09.037

文章编号:1009-5519(2024)09-1604-03

中图法分类号:R773.9;R593.2

文献标识码:B

自身免疫性葡萄膜炎(AU)是由异常 T 淋巴细胞介导的免疫反应引起的非感染性眼部炎症^[1]。该病既可表现为多器官伴全身自身免疫综合征,又可表现为仅累及眼部的病变,最常见的 AU 为系统性结节病、白塞病和 Vogt-Koyanagi-Harada 病^[2]。此外部分皮肤病与单侧前葡萄膜炎存在关联,如银屑病,是一种慢性免疫介导的皮肤病,可能是通过 T 淋巴细胞相关免疫障碍引起的前葡萄膜炎^[3-4]。特应性皮炎(AD)是由皮肤屏障功能障碍和免疫失调引起的多因素慢性皮肤病。本院收治 1 例 54 岁中年男性特应性皮炎并发 AU 患者,经治疗后痊愈出院,现报道如下。

1 临床资料

患者,男,54 岁。因左眼红痛 2 d、视物模糊 1 d 于 2022 年 7 月到本院眼科就诊。患者就诊前 2 d 无

明显诱因出现左眼红痛,遂至社区医院就诊,诊断为“左眼结膜炎”,使用氧氟沙星滴眼液治疗。经过 1 d 的治疗后眼红痛情况并没有好转,反而视力模糊加重。随后转至本院门诊进行诊治。既往高血压病史 1 年余,服用中药进行治疗,自诉血压控制可。诉自幼有全身性、偶发性瘙痒感皮损,未给予正常诊治,自行服用中药控制,自诉控制可,7 d 前再次出现瘙痒,自诉“海鲜”过敏史。眼部检查:右眼裸眼视力 1.0,左眼视力为手动/4 cm,视力矫正不增,右眼前节正常,左眼的眼睑未见充血、肿胀及皮损,结膜混合充血(+++),角膜基质水肿,前房大量尘状角膜后沉着物(KP),前房闪辉(+++),炎症细胞(+++),下方可见约 1 mm 白色前房积脓。瞳孔尚圆,直径约 3 mm,对光反射消失,产生后粘连,晶体皮质密度增

* 基金项目:国家自然科学基金项目(82074169);广东省自然科学基金项目(2021A1515012473)。

△ 通信作者, E-mail: mxsong@163.com。