

doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2016.05.014

View this article at: <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2095-6959.2016.05.014>

## 妊娠早期绒毛膜下血肿对妊娠结局的影响

张宇迪<sup>1</sup>, 于松<sup>1</sup>, 卢丹<sup>1</sup>, 夏海波<sup>2</sup>, 李雪艳<sup>1</sup>, 杨丽曼<sup>1</sup>

(1. 首都医科大学附属北京妇产医院妇科, 北京 100026; 2. 北京市海淀区八里庄社区卫生服务中心, 北京 100142)

**[摘要]** 目的: 分析妊娠早期绒毛膜下血肿(subchorionic hematoma, SCH)与妊娠结局的相关影响。方法: 收集2014年1月至2015年12月在首都医科大学附属北京妇产医院进行产前检查并住院生产的孕妇1 055例, 筛除10周前发生流产的病例23例。分组如下: I组无SCH及孕10周后阴道出血; II组无SCH伴出血; III组有SCH、无出血; IV组有SCH及出血。采用SPSS19.0的统计学方法进行分析研究。结果: 1 032例中SCH占172例(16.67%); I组618例; II组242例; III组87例; IV组85例。发生流早产的比例是I组15.70%、II组30.17%、III组18.39%、IV组28.24%。与第IV组比较存在显著差异的有I、III组( $P<0.05$ ), 与II组比较无显著性差异( $P>0.05$ )。关于流早产, 有出血组(II+IV)与无出血组(I+III)之间存在显著性差异( $P<0.05$ ); SCH组(III+IV)与非SCH组(I+II)之间无显著性差异( $P>0.05$ )。结论: 妊娠早期单纯绒毛膜下血肿与后期发生流、早产关系不大; 当孕妇出现阴道出血后, 会增加流早产的发生率。

**[关键词]** 绒毛膜下血肿; 妊娠早期; 阴道出血; 流早产; 发生率

## The influence of subchorionic hematoma on pregnancy outcomes

ZHANG Yudi<sup>1</sup>, YU Song<sup>1</sup>, LU Dan<sup>1</sup>, XIA Haibo<sup>2</sup>, LI Xueyan<sup>1</sup>, YANG Liman<sup>1</sup>

(1. Department of Gynaecology, Beijing Obstetrics and Gynecology Hospital, Capital Medical University, Beijing 100026; 2. Balizhuang Community Health Service Center, Haidian District, Beijing 100142, China)

**Abstract** **Objective:** To analyze the impact of early pregnancy subchorionic hematoma on the pregnancy outcome. **Methods:** We collected 1 055 cases of pregnant women from January 2014 to December 2015 in the Beijing Maternity Hospital Affiliated the Capital Medical University who had prenatal care and hospitalization production, screening out 23 cases of miscarriage 10 weeks ago. Grouped as follows: group I without SCH and vaginal bleeding after 10-week pregnant; group II without SCH but with bleeding; group III with SCH, no bleeding; group IV has both SCH and bleeding. Data were analyzed with SPSS13.0 statistical manner. **Results:** Among 1 032 cases, SCH accounted for 172 cases (16.67%); group I, 618 cases; group II, 242 cases; group III, 87 cases; group IV, 85 cases. The proportion of flow, preterm birth is respectively group I 15.70%, group II 30.17%, group III 18.39%, group IV 28.24%. Compare

收稿日期 (Date of reception): 2016-02-22

通信作者 (Corresponding author): 于松, Email: songyu9649@163.com

基金项目 (Foundation item): 首都医科大学附属北京妇产医院科研基金资助项目 (2013-16)。This work was supported by Beijing Obstetrics and Gynecology Hospital Foundation (2013-016), P. R. China.

with group IV, group I and III have significant differences ( $P < 0.05$ ), but no statistically significant differences between group II ( $P > 0.05$ ). About flow and premature birth, there was significant difference ( $P < 0.05$ ) between bleeding (II + IV) and non-bleeding group (I + III); group SCH (III + IV) and group non-SCH (I + II) showed no significant difference ( $P > 0.05$ ). **Conclusion:** Early pregnancy SCH has little relationship with flow and premature birth, but when vaginal bleeding occurs in pregnant women, it will increase the rate of flow and premature birth.

**Keywords** subchorionic hematoma; early pregnancy; vaginal bleeding; abortion and premature birth; occurrence rate

绒毛膜下血肿(subchorionic hematoma, SCH)是常见于产前检查的超声诊断的宫腔内病理性改变, 主要指绒毛膜板和底蜕膜之间分离引起的出血, 积聚的血液在两者之间形成血肿, 超声检查可以评估血肿的容积和位置<sup>[1-2]</sup>。从1981年首次报道绒毛膜下血肿与先兆流产的相关性后, SCH作为可能影响妊娠结局的一个重要因素, 受到了妇产科学基础与临床领域的广泛重视<sup>[3-4]</sup>。在超声检查的影像学上, SCH表现为宫腔内宫壁和胎膜(妊娠囊)之间的无回声区, 较大的血肿可以在之间出现点状、线状甚至云雾状高回声区; 可以通过超声检查对血肿进行定位, 目前的报道提示多位于胎盘下缘和宫颈口内部, 呈新月形多见。目前的研究<sup>[5-7]</sup>报道提示SCH会随着妊娠期而逐渐缩小乃至消失, 多在妊娠1~3个月左右消失, 也有少数会贯穿于整个妊娠期过程。部分学者认为由于SCH会引起阴道流血、导致子宫收缩异常, 引起不良的妊娠结局事件, 需要对其进行早期重视和诊疗。但是, 也有部分研究<sup>[8]</sup>认为妊娠早期的SCH是常见的临床现象, 与妊娠结局事件无相关性, 多数可以自行吸收和改善。关于此方面的研究, 目前多为观察性研究, 而针对不同分组的SCH研究尚属于初步探讨阶段。妊娠早期的SCH和阴道出血事件可能有一定的相关性, 但是从目前研究分析, 还需要大量的临床病例去总结归纳。一方面需要重视SCH的诊疗, 另一个方面也不要针对妊娠早期SCH进行过多的干预治疗造成过度医疗和母婴的药物干预。本课题组总结了首都医科大学附属北京妇产医院2014年1月至2015年12月在首都医科大学附属北京妇产医院进行产前检查并住院生产的孕妇1 032例, 采用回顾性研究分析方法, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

收集2014年1月至2015年12月在首都医科大学附属北京妇产医院进行检查确诊为早孕的妇女, 进行产前检查和完成妊娠(含不良结局)妇女1 055例,

剔除10周内流产孕妇23例。年龄21~37岁, 平均(28.7±7.2)岁; 孕龄为4~11周, 平均(6.1±1.9)周, 均为宫内妊娠, B超检查提示为宫内活胎、单胎者。排除标准: 1)合并严重的内科基础疾病及内分泌功能失调孕妇; 2)多胎孕妇不纳入本研究; 3)采用辅助生殖技术妊娠的孕妇; 4)有宫颈功能不全、子宫肌瘤、子宫畸形、复发性流产史孕妇; 5)妊娠10周内发生阴道流血的患者。

### 1.2 研究方法

所有符合上述资料收集的孕妇均纳入研究, 采用常规产前检查的超声检查去确诊是否存在绒毛膜下血肿。采用临床上常用的绒毛膜面积和妊娠囊面积比例法去评估绒毛膜下血肿的严重程度。在本研究中只去考虑患者的绒毛膜学血肿的发生率, 严重程度在后期的研究中予以关注。在妊娠10周后去记录患者发生阴道流血事件, 只要出现阴道出血就认为发生。对纳入研究的患者进行分组, 根据妊娠早期SCH和阴道出血事件分为四个研究组。I组无SCH及无孕10周后阴道出血; II组无SCH但有孕10周后阴道出血; III组有SCH、无孕10周后阴道出血; IV组有SCH及孕10周后阴道出血。所有患者对研究方法均知情同意, 签署相关知情文件。

### 1.3 观察的母婴预后终点事件及处理

对于发生阴道出血事件后, 严密监测孕妇, 尤其是评估为先兆流产更是采取对症医疗措施予以补救, 发生流产或者早产后, 针对母婴予以相关医疗处理, 并记录母婴预后的终点事件。将4个研究组发生的流早产予以记录。

### 1.4 统计学处理

对于不同组间发生的流早产率进行对比研究, 采用SPSS19.0进行统计分析, 率的比较采用卡方检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有显著统计学意义。

## 2 结果

纳入研究的1 032例孕妇全部进入本研究进行

统计分析,完整记录了妊娠终点事件的发生,无孕妇脱落现象。每组孕妇病例数如下: I组618例, II组242例, III组87例, IV组85例;其中妊娠早期SCH 172例,占纳入研究孕妇16.67%,阴道出血97例,占纳入研究孕妇9.40%。具体分组研究结果如表1所示。表1为纳入研究母婴终点事件统计表。对分组研究进行统计分析,发现与第IV组比较存在显著差异者有I、III组( $P<0.05$ ),与II组比较无显著性差异( $P>0.05$ )。关于流早产,有出血组(II+IV)与无出血组(I+III)之间存在显著性差异( $P<0.05$ );SCH组(III+IV)与非SCH组(I+II)之间无显著性差异( $P>0.05$ ),详见表2-3。

表1 纳入研究母婴终点事件统计表

Table 1 Included in the study of maternal and infant end point events TAB

分组	孕妇数	流早产事件(%)
I组	618	97 (15.70)
II组	242	73 (30.17)
III组	87	16 (18.39)
IV组	85	24 (28.24)**

与I、III相比,  $*P<0.05$ ; 与II相比,  $*P>0.05$ 。

\* $P<0.05$  vs. group I, III;  $*P>0.05$  vs. group II.

表2 妊娠阴道出血与母婴终点事件统计表

Table 2 Pregnancy vaginal bleeding and maternal and child end events TAB

分组	孕妇数	流早产事件(%)
II + IV (有出血组)	327	97 (29.66)
I + III (无出血组)	705	113 (16.03)*

与有出血组相比,  $*P<0.05$ 。

\* $P<0.05$  vs. the bleeding group.

表3 妊娠早期SCH与母婴终点事件统计表

Table 3 SCH in early pregnancy and maternal and child end point events TAB

分组	孕妇数	流早产事件(%)
III + IV (SCH组)	172	40 (23.26)
I + II (非SCH组)	860	170 (19.77)*

与SCH组相比,  $*P>0.05$ 。

\* $P>0.05$  vs. the group SCH.

### 3 讨论

阴道流血或阴道出血常见于妊娠的全程,发生率大约为16%~25%,可以认为是先兆流产的重要临床表现。先兆流产多表现为子宫出血的同时宫颈口未开、宫颈柔软,一般不伴有中、重度腹痛和大出血事件。绒毛膜下血肿被认为可能与阴道出血事件相关,但是目前的研究<sup>[9-10]</sup>表明没有明确的相关性,并且妊娠早期出现的绒毛膜下血肿病因及发病机制尚不清楚。部分学者证明辅助生殖技术与妊娠早期绒毛膜下血肿发生密切相关,但是妊娠早期的绒毛膜下血肿并非提示孕妇后期发生流早产事件发生率增加。目前的临床研究多将妊娠早期绒毛膜下血肿与阴道出血事件联合纳入研究,实际上是将患者的高危因素叠加考虑,针对单纯的妊娠早期绒毛膜下血肿事件的研究并不深入和广泛。而一些基础研究<sup>[11-12]</sup>认为,婴儿的性别、胚囊的着床状态、孕妇的免疫应答等与妊娠早期绒毛膜下血肿有一定的相关性,而妊娠早期绒毛膜下血肿并非预示孕妇终点事件不良,发生流早产事件发生率增加。

根据本研究纳入的孕妇分组情况及相关流早产事件发生率的分析研究结果,提示在排除高危因素孕妇后,妊娠早期绒毛膜下血肿发生与流早产事件相关性不大;而阴道出血事件与流早产发生密切相关。可以认为妊娠早期的绒毛膜下血肿可能为正常的生理过程,但是需要关注血肿的随访和变化趋势。有大量的研究提示中、重程度的绒毛膜下血肿与阴道流血事件、母婴终点不良事件发生密切相关。本研究未涉及绒毛膜下血肿的分类分析,只是从正常的妊娠孕妇人群中进行统计分析,关注绒毛膜下血肿的高危性评估。结果提示,从大宗样本数据分析,绒毛膜下血肿不能构成影响孕妇流早产不良妊娠终点事件的高危因素之一。

从研究团队的经验和本研究的数据来分析,在早孕检查发现妊娠早期绒毛膜下血肿与正常妊娠的结局影响无显著性差异。但是妊娠期孕妇的宫内情况是变化的,对于大多数的妊娠早期绒毛膜下血肿会逐渐为机体所吸收或者无变化情况,少数妊娠期会出现血肿逐渐增大或者开始就是在超声诊断提示为较重血肿的孕妇需要严密观察并且根据病情采取相关对症处理。主要是持续增大的血肿或者较严重程度的血肿会引起孕妇出现阴道出血或流血。目前部分研究者<sup>[13-15]</sup>认为妊娠早期严重血肿或较重血肿患者的孕酮水平较低,可能

是导致先兆流产的危险因素。所以,单纯的检查发现的妊娠早期绒毛膜下血肿的临床意义不是很强,建议配合检验孕妇的血孕酮水平及HCG这种重要的妊娠期稳定性指标。对于此类患者,目前建议予以黄体酮配合氨甲环酸、必要时辅助HCG治疗,可以明显提高患者的血孕酮、HCG水平,并且在治疗性观察中发现可以控制血肿病情、促进机体对血肿的吸收。

阴道出血或流血是先兆流产的重要症状之一,自然流产在妊娠过程中是自然的,具有一定发病率的情况,总体发生率在10%左右,而且好发于妊娠的早中期。本研究的结果发现,出现先兆流产症状阴道出血后,预后劣于无出血组。说明此因素与患者的母婴总体预后密切相关。当然,合并有妊娠早期绒毛膜下血肿的分组其流早产的发生率最高<sup>[16-17]</sup>。这与很多研究得出的在妊娠期出现阴道出血的孕妇、合并检查发现绒毛膜下血肿预示着自然流产率高。虽然采取各种治疗措施,其治疗的结果总体还是劣于其他分组。

目前针对绒毛膜下血肿采用超声诊断的方法进行评估,总体有3种评估方法:绒毛膜面积和妊娠囊面积比例法、绒毛膜血肿体积或容积计算法以及血肿周长和深度综合考虑的方法,对血肿的大小、轻重程度进行分类和评估,对孕妇的妊娠预后进行系统的评估<sup>[18-19]</sup>。虽然在早孕的检查中发现了妊娠早期绒毛膜血肿,也需要对孕妇的具体情况进行分析、评估,大多数的妊娠早期绒毛膜血肿并不影响母婴的预后情况,只有较为严重的血肿以及监测过程中发现逐渐加重的血肿,或者合并有先兆流产事件诸如阴道流血才是需要严密监测的孕妇,在临床上需要予以重视和相关处理,促使母婴预后转佳。

针对妊娠早期的绒毛膜下血肿的病理基础还在进一步探讨中,部分学者认为在妊娠早期胎膜外层的绒毛膜向蜕膜侵入扩展的过程中,部分因素导致释放过多的蛋白水解酶损伤蜕膜的血管,造成两层之间出血,随后甚至出现血肿性胎膜剥离;而包蜕膜的生理性萎缩发生在妊娠后的8~14周,血管非常脆弱而导致易出血。妊娠早期的绒毛膜下血肿可能是一个常见的病理现象,主要靠机体的自身对血肿的吸收去修复,由于某些因素导致机体吸收修复的障碍从而导致血肿的继续扩大造成严重的预后不佳<sup>[20-23]</sup>。总之,这方面的基础研究还需要和临床发现的现象、问题紧密结合,从而提高产妇的妊娠期保健、改善母婴的总体预后。

## 参考文献

1. Kumbak B, Sahin L. Elevated maternal serum alpha-fetoprotein levels in patients with subchorionic hematoma[J]. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2010, 23(7): 717-719.
2. Fung TY, To KF, Sahota DS, et al. Massive subchorionic thrombohematoma: a series of 10 cases[J]. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2010, 89(10): 1357-1361.
3. Messerschmidt A, Baschat A, Linduska N, et al. Magnetic resonance imaging of the placenta identifies placental vascular abnormalities independently of Doppler ultrasound[J]. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2011, 37(6): 717-722.
4. Dongol A, Mool S, Tiwari P. Outcome of pregnancy complicated by threatened abortion[J]. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)*, 2011, 9(33): 41-44.
5. Tuuli MG, Norman SM, Odibo AO, et al. Perinatal outcomes in women with subchorionic hematoma: a systematic review and meta-analysis[J]. *Obstet Gynecol*, 2011, 117(5): 1205-1212.
6. Asada K, Furukawa R, Saito Y, et al. Massive subchorionic thrombohematoma: termination should not be discouraged by antenatal diagnosis[J]. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2011, 90(8): 927-928; author reply 928-929.
7. Windrim C, Athaide G, Gerster T, et al. Sonographic findings and clinical outcomes in women with massive subchorionic hematoma detected in the second trimester[J]. *J Obstet Gynaecol Can*, 2011, 33(5): 475-479.
8. Ogawa M, Nagao D, Mori K, et al. Elastography for differentiation of subchorionic hematoma and placenta previa[J]. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2012, 39(1): 112-114.
9. Yamada T, Atsuki Y, Wakasaya A, et al. Characteristics of patients with subchorionic hematomas in the second trimester[J]. *J Obstet Gynaecol Res*, 2012, 38(1): 180-184.
10. Ahmed SR, El-Sammani Mel-K, Al-Sheeha MA, et al. Pregnancy outcome in women with threatened miscarriage: a year study[J]. *Mater Sociomed*, 2012, 24(1): 26-28.
11. Satomi M, Hiraizumi Y, Suzuki S. Subchorionic haematoma distinct from the placental tissue at 39 weeks' gestation[J]. *J Obstet Gynaecol*, 2012, 32(3): 304-305.
12. Ozdemirci S, Karahanoglu E, Esinler D, et al. Influence of threatened miscarriage on pregnancy and early postpartum period: a case-control report[J]. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2015, 28(10): 1186-1189.
13. Himoto Y, Okumura R, Tsuji N, et al. Massive subchorionic thrombosis followed by magnetic resonance imaging[J]. *J Comput Assist Tomogr*, 2012, 36(3): 330-333.
14. Takeda A, Imoto S, Mori M, et al. Management of large adnexal tumors by isobaric laparoendoscopic single-site surgery with a wound

- retractor[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2013, 166(2): 185-189.
15. Chen CP, Hsu CY, Su YN, et al. Placental mesenchymal dysplasia associated with antepartum hemorrhage, subchorionic hematoma, and intrauterine growth restriction[J]. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 2013, 52(1): 154-156.
  16. Alanjari A, Wright E, Keating S, et al. Prenatal diagnosis, clinical outcomes, and associated pathology in pregnancies complicated by massive subchorionic thrombohematoma (Breus' mole)[J]. *Prenat Diagn*, 2013, 33(10): 973-978.
  17. Chmait RH, Korst LM, Llanes A, et al. Perioperative characteristics associated with preterm birth in twin-twin transfusion syndrome treated by laser surgery[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2013, 209(3): 264.e1-264.e8.
  18. Aoki S, Inagaki M, Kurasawa K, et al. Retrospective study of pregnant women placed under expectant management for persistent hemorrhage[J]. *Arch Gynecol Obstet*, 2014, 289(2): 307-311.
  19. Podrasky AE, Javitt MC, Glanc P, et al. ACR appropriateness Criteria® second and third trimester bleeding[J]. *Ultrasound Q*, 2013, 29(4): 293-301.
  20. Mekar K, Masamoto H, Sugiyama H, et al. Endometriosis and pregnancy outcome: are pregnancies complicated by endometriosis a high-risk group?[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2014, 172: 36-39.
  21. Linduska N, Knoezinger A, Dekan S, et al. Placental pathologies on fetal MRI are associated with high impairment rates: a prospective long-term outcome study[J]. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2015, 28(10): 1219-1223.
  22. Xiang L, Wei Z, Cao Y. Symptoms of an intrauterine hematoma associated with pregnancy complications: a systematic review[J]. *PLoS One*, 2014, 9(11): e111676.
  23. Palatnik A, Grobman WA. The relationship between first-trimester subchorionic hematoma, cervical length, and preterm birth[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2015, 213(3): 403.e1-403.e4.

**本文引用:** 张宇迪, 于松, 卢丹, 夏海波, 李雪艳, 杨丽曼. 妊娠早期绒毛膜下血肿对妊娠结局的影响[J]. *临床与病理杂志*, 2016, 36(5): 601-605. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2016.05.014

**Cite this article as:** ZHANG Yudi, YU Song, LU Dan, XIA Haibo, LI Xueyan, YANG Liman. The influence of subchorionic hematoma on pregnancy outcomes[J]. *Journal of Clinical and Pathological Research*, 2016, 36(5): 601-605. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2016.05.014