

前置胎盘 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E5_89_8D_E7_BD_AE_E8_83_8E_E7_c22_308772.htm 名称前置胎盘所属科室妇产科病因目前尚不清楚，可能与以下因素有关。1.子宫体部内膜病变 如产褥感染、多产、多次刮宫及剖宫产等，引起子宫内膜炎或子宫内膜受损，使子宫蜕膜血管生长不全，当受精卵植入时，血液供给不足，为了摄取足够营养而扩大胎盘面积，伸展到子宫下段。2.胎盘面积过大 如双胎的胎盘面积较单胎为大而达到子宫下段。双胎的前置胎盘发生率较单胎高一倍。3.胎盘异常 如副胎盘，主要胎盘在子宫体部，而副胎盘则可达子宫下段近宫颈内口处。4.受精卵滋养层发育迟缓 当受精卵达子宫腔时，尚未发育到能着床的阶段而继续下移植入子宫下段，并在该处生长发育形成前置胎盘。

临床表现1.症状 妊娠晚期或临产时，发生无诱因的无痛性反复***流血是前置胎盘的主要症状，偶有发生于妊娠20周左右者。出血是由于妊娠晚期或临产后子宫下段逐渐伸展，宫颈管消失，或宫颈扩张时，而附着于子宫下段或宫颈内口的胎盘不能相应地伸展，导致前置部分的胎盘自其附着处剥离，使血窦破裂而出血。初次流血量一般不多，剥离处血液凝固后，出血可暂时停止，偶然亦有第一次出血量多的病例。随着子宫下段不断伸展，出血往往反复发生，且出血量亦越来越多。***流血发生时间的早晚、反复发生的次数、出血量的多少与前置胎盘的类型有很大关系。完全性前置胎盘往往初次出血的时间早，约在妊娠28周左右，反复出血的次数频繁，量较多，有时一次大量出血即可使患者陷入休克状态；边缘性前置胎盘初次出血发生较晚，多在妊娠37~40周或临

产后，量也较少；部分性前置胎盘初次出血时间和出血量介于上述两者之间。部分性或边缘性前置胎盘患者，破膜有利于胎先露对胎盘的压迫，破膜后胎先露若能迅速下降，直接压迫胎盘，流血可以停止。由于反复多次或大量***流血，患者可出现贫血，贫血程度与出血量成正比，出血严重者可发生休克，胎儿发生缺氧、窘迫，甚至死亡。

2. 体征 患者一般情况随出血的多少而定，大量出血时可有面色苍白、脉搏微弱、血压下降等休克现象。腹部检查：子宫大小与停经周数相符，因子宫下段有胎盘占据，影响胎先露入盆，故先露部高浮，约有15%并发胎位异常，尤其为臀位。临产时检查：宫缩为阵发性，间歇期子宫可以完全放松。有时可在耻骨联合上方听到胎盘杂音。

诊断

1. 病史 妊娠晚期或临产时忽然发生无诱因的无痛性反复***流血，应考虑为前置胎盘，若出血早、量多，则完全性前置胎盘的可能性大。

2. 体征 根据失血量而不同，多次出血，呈贫血貌，急性大量出血，可发生休克。除胎先露有时高浮外，腹部检查与正常妊娠相同。失血过多可出现胎儿宫内缺氧，严重者胎死宫内。有时于耻骨联合上方可听到胎盘杂音，但当胎盘附着在子宫下段后壁时则听不到。

3. ***检查 一般只作***窥诊及穹窿部扪诊，不应行颈管内指诊，以免使附着该处的胎盘剥离引起大出血。若为完全性前置胎盘，甚至危及生命。***检查适用于终止妊娠前为明确诊断并决定分娩方式。必须在有输液、输血及手术的条件下方可进行。若诊断已明确或流血过多不应再作***检查。近年广泛采用B型超声检查，已很少再作***检查。检查方法严格消毒外阴后用***窥器检查，观察有无***壁静脉曲张、宫颈息肉、宫颈癌或引起出血的其他病灶。窥诊后，用一手示

、中两指在宫颈四周的***穹窿部轻轻地触诊，若清楚地扪及胎先露部可排除前置胎盘，若发现手指与胎先露之间有较厚的软组织（胎盘）应考虑为前置胎盘。若宫颈口已部分扩张，无活动性出血，可将示指轻轻伸入宫颈，检查有无海绵样组织（胎盘），若为血块触之易碎。注重胎盘边缘与宫颈口的关系，以确定前置胎盘的类型。若触及胎膜并决定破膜者，则可刺破胎膜。操作务必轻柔，不要将胎盘组织从附着处进一步分离，以免引起大出血。若检查时发生大出血，应立即停止检查，施行剖宫产术结束分娩。

4. 超声检查 B型超声断层显像可清楚看到子宫壁、胎先露部、胎盘和宫颈的位置，并根据胎盘边缘与宫颈内口的关系进一步明确前置胎盘的类型（图1）。胎盘定位准确率高达95%以上，并可重复检查，近年国内外均已广泛应用，基本上取代了其他方法，如放射性同位素扫描定位，间接胎盘造影等。图1 前置胎盘声像图

B型超声诊断前置胎盘时须注重妊娠周数，妊娠中期胎盘占据宫腔一半的面积。因此，胎盘近宫颈内口或覆盖内口的机会较多，至妊娠晚期胎盘占宫腔的面积减少到1/3或1/4；同时子宫下段形成及伸展增加了宫颈内口与胎盘边缘之间的距离，故原似在子宫下段的胎盘可随子宫体上移而改变为正常位置胎盘。因此若妊娠中期B型超声检查发现胎盘位置低置者，不要过早作前置胎盘的诊断，应定期随访若无***流血症状，妊娠34周前一般不作前置胎盘的诊断。

5. 产后检查胎盘及胎膜 对产前出血患者，于产后应仔细检查娩出的胎盘，以便核实诊断。前置部位的胎盘有黑紫色陈旧血块附着。若胎膜破口距胎盘边缘距离 < 7cm则为部分性前置胎盘。鉴别诊断妊娠晚期出血主要应与胎盘早剥鉴别；其他原因发生的产前出血

，如帆状胎盘前置血管破裂、胎盘边缘血窦破裂及宫颈病变如息肉、糜烂、宫颈癌等，结合病史通过***检查、B型超声检查及分娩后胎盘检查可以确诊。治疗处理原则是止血补血。应根据***流血量多少、有无休克、妊娠周数、产次、胎位、胎儿是否存活、是否临产等情况做出决定。

1.期待疗法 期待疗法的目的是在保证孕妇安全的前提下保胎。保胎是为延长胎龄，促使胎儿达到或更接近足月，从而提高围生儿的存活率。适用于妊娠37周以前或胎儿体重估计 < 2300g，***出血不多，患者一般情况好，胎儿存活者。患者应住院观察，绝对卧床休息，强调左侧卧位，尽量不予干扰，以减少出血机会。定时间断吸氧，每日3次，每次1小时，提高胎儿血氧供给。等待胎儿生长，尽量维持妊娠达36周。在等待过程中，应严密注重出血，配血备用，并可给予镇静剂及补血药，必要时可给予宫缩抑制剂，如硫酸舒喘灵、硫酸镁等。在期待治疗过程中，应进行辅助检查，以确定诊断。若诊断为部分性或完全性前置胎盘，必须继续住院。在住院观察期间，还应根据预产期及B型超声双顶径测量估计胎儿成熟情况。若在观察期间发生大量***流血或反复流血，则必须终止妊娠。

2.终止妊娠 (1) 剖宫产术：剖宫产可以迅速结束分娩，于短时间内娩出胎儿，对母子均较安全，是目前处理前置胎盘的主要手段。完全性前置胎盘必须以剖宫产结束分娩，部分性或初产妇边缘性前置胎盘，近年也倾向行剖宫产。适时果断行剖宫产术，能立即结束分娩，达到迅速止血的目的。减少对胎儿的创伤，减少围生儿病率，并可在直视下处理产后出血，是处理前置胎盘最安全最有效的方法，也是处理前置胎盘严重出血的急救手段。术前应积极纠正休克，输液、输血补

充血容量，这些措施不但为抢救患者，而且也改善胎儿在宫内的缺氧状态。剖宫产多选择子宫下段切口，原则上应避开胎盘，手术应根据胎盘附着位置确定。术前行B型超声检查确定胎盘附着位置。若胎盘附着于后壁，做下段横切口；胎盘附着于前壁，可做下段纵切口。若胎盘附着于子宫切口部位，应推开胎盘破膜。由于子宫下段的收缩力差，胎儿娩出后，胎盘未即娩出，须及时作徒手剥离，同时子宫肌壁内注射麦角新碱0.2~0.4mg增强子宫下段收缩，配以按摩子宫，可减少产后出血量。（2）发娩：仅适用于边缘性前置胎盘、枕先露、流血不多、估计在短时间内可结束分娩者。决定分娩后，行人工破膜，破膜后胎头下降压迫胎盘达到止血，并可促进子宫收缩，加速分娩。若破膜后先露下降不理想，仍有出血，或分娩进展不顺利，应立即改行剖宫产术。（3）紧急情况转送时的处理：若患者***大量流血，而当地无条件处理，可静脉输液或输血，并在消毒下进行***填塞，以暂压迫止血，并迅速护送转院治疗。不论剖宫产术后或***分娩后，均应注重纠正贫血及预防感染。预防及预后搞好计划生育，推广避孕，防止多产，避免多次刮宫或宫内感染，以免发生子宫内膜损伤或子宫内膜炎。加强产前检查及宣教，对妊娠期出血，无论出血量多少均须及时就医，以做到早期诊断，正确处理。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com