

前置胎盘\_妇产科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议  
阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/609/2021\\_2022\\_\\_E5\\_89\\_8D\\_E7\\_BD\\_AE\\_E8\\_83\\_8E\\_E7\\_c22\\_609376.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E5_89_8D_E7_BD_AE_E8_83_8E_E7_c22_609376.htm)

孕28周后，胎盘附着于子宫下段，胎盘边缘达到或覆盖子宫颈口内，其位置低于胎儿先露部者为前置胎盘。分为中央性前置胎盘，部分性前置胎盘和边缘性前置胎盘。中央性前置胎盘：胎盘覆盖整个宫口。部分性前置胎盘：胎盘部分覆盖宫口。边缘性前置胎盘：胎盘边缘达到宫口。【诊断】（一）病史：妊娠晚期无诱因、无痛性反复阴道出血。（二）体征1.先露部高浮，常伴有胎位不正。2.耻骨上方听诊可闻及胎盘杂音。3.其他：妊周 28周，经b超、阴道检查或剖宫产确定胎盘前置者。b超检查应保持膀胱充盈，以免误诊或漏诊。（三）阴道检查的适应证为：1.决定终止妊娠，选择分娩方式。2.为明确诊断，排除宫颈或阴道壁疾患引起出血。检查方法：以穹窿触诊为主，严禁手指伸入宫颈内将血块及胎盘剥离，否则将引起难以控制的大出血。宫口内触及海绵状胎盘组织可确诊。说明：肛查或阴道检查可引起出血甚至休克，保守治疗时禁用。如需行阴检，术前应备好血并做好急症剖宫产准备。【鉴别诊断】1.胎盘早剥（1）常有妊高征或腹部外伤史。（2）妊晚期腹痛、出血、很快休克。出血量和休克程度不成比例。（3）腹部检查：宫肌紧张，压痛，板样硬；子宫大于停经月份，呈强直性收缩；胎心、胎位不清。（4）阴道检查：宫口内触不到胎盘，人工破膜后羊水呈血性。（5）常合并有凝血功能障碍。2.早产（1）晚期妊娠，阵发性腹痛，伴阴道少量粘血性分泌物。（2）腹部检查：子宫大小符合孕周

，胎心正常。（3）阴道检查宫颈展平，宫口扩张，宫口内无胎盘样组织。3.胎盘边缘血窦破裂多发生于临产后，阴道出血比前置胎盘少，常有血块，多数能自然分娩。4.帆状胎盘前置血管破裂脐带附着于胎膜上的血管在宫颈口附近，自然破膜时易造成血管破裂从而导致大出血，胎儿迅速死亡。以上各病种b超检查胎盘位置均正常。【治疗】（一）期待疗法：适用于35周以下，出血不多，给予安胎止血治疗。1.住院观察，绝对卧床休息，左侧卧位，吸氧每日2次，每次20 min，纠正贫血及口服镇静剂如安定5 mg每日三次，同时口服vitc、k、安络血等。避免腹部刺激，腹部检查应轻柔，禁止肛查或阴检。2.保持大便通畅、预防便秘，必要时给润肠药。3.保留24h会阴垫，观察记录每日出血量。4.抑制宫缩：是减少出血的主要手段，静滴硫酸镁，或口服硫酸舒喘灵4.8 mg，每6~8h一次。5.促胎肺成熟：地塞米松10 mg肌注或氢可100 mg 10% gs250 ml静滴，每日一次，三天为一疗程，每周重复一疗程。同时监测胎儿宫内状况，必要时抽羊水检测胎儿成熟度。（二）终止妊娠1.阴道分娩：估计胎儿已成熟。部分性或边缘性前置胎盘，阴道出血量不多，<200ml 宫颈已成熟，必要时在输液、备血下行人工破膜，静滴催产素，使胎先露下降，压迫胎盘止血。2.剖宫产术指征：（1）中央性前置胎盘，部分性前置胎盘，出血量多的边缘性前置胎盘，短期内不能分娩者。术中应根据b超提示胎盘附着位置选择子宫切口，术前充分备血。（2）中央性前置胎盘，活动性出血致出血性休克，即使胎儿已经死亡，为了抢救孕妇也必须行剖宫产术。（3）中央或部分前置胎盘，妊周已足，虽出血不多，亦应行选择性剖宫产。术中注意事项：（1）术中

预防出血，胎儿娩出后立即宫肌注射催产素10u或麦角新碱0.2mg，促进宫缩。（2）胎盘附着面出血，采用温纱垫按摩子宫，出血点用肠线大“8”字缝扎并压迫止血。（3）如仍有渗血，行宫腔填塞术，24h后取出。（4）胎盘植入出血不止时应果断采取子宫切除术；术前需与家属联系，告知病情及处理方法，征得同意。（5）术后给抗生素、宫缩剂、补血、止血剂治疗。3.请新生儿科医生提前到场作好新生儿复苏抢救准备。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](http://www.100test.com)