**前置胎盘**

［概述］

正常的胎盘附着于子宫体部的前壁、后壁或侧壁，远离宫颈内口。妊娠28周后，胎盘仍附着于子宫下段，其下缘达到或覆盖宫颈内口，位置低于胎儿先露部，称为前置胎盘。

二．分类：建议以临床处理前的最后1次检查来确定其分类。

1．完全性前置胎盘：胎盘组织完全覆盖宫颈内口。

2．部分性前置胎盘：胎盘组织部分覆盖宫颈内口。

3．边缘性前置胎盘：胎盘附着于子宫下段，边缘达到宫颈内口，但未超越。

4．低置胎盘：胎盘附着于子宫下段，边缘距宫颈内口的距离<20mm（国际上尚未统一，多数定义为距离<20mm），此距离对临床分娩方式的选择有指导意义。也有文献认为，当胎盘边缘距离宫颈内口20~35mm时称为低置胎盘；将胎盘边缘距宫颈内口的距离<20mm、而未达到宫颈内口时定义为边缘性前置胎盘。

**［**诊断要点**］**

1.症状：妊娠晚期无诱因反复出现无痛性阴道出血。

2.体征：全身情况与出血量及出血速度密切相关。反复出血可呈贫血貌，急性大量出血可致失血性休克。子宫软，无压痛，轮廓清楚，子宫大小符合妊娠周数。胎位清楚，胎先露高浮或伴有胎位异常。

3.辅助检查：(1)超声检查：在妊娠的任何时期，如怀疑前置胎盘，推荐使用经阴道超声进行检查。其准确性明显高于经腹超声，并具有安全性。超声检查诊断前置胎盘，建议使用下述测量方法以指导临床：当胎盘边缘未达到宫颈内口，测量胎盘边缘距宫颈内口的距离；当胎盘边缘覆盖了宫颈内口，测量超过宫颈内口的距离，精确到毫米。(2)MRI检查：有条件的医院，怀疑合并胎盘植入者，可选择MRI检查。与经阴道超声检查相比，MRI对胎盘定位无明显优势。

4.阴道检查：应采用超声检查确定胎盘位置，如前置胎盘诊断明确，不必再行阴道检查。如必须通过阴道检查以明确诊断或选择分娩方式，可在输液、备血及可立即行剖宫产手术的条件下进行。窥器检查除外阴道宫颈的出血。

［治疗原则］

治疗原则为止血、纠正贫血、预防感染、适时终止妊娠。根据前置胎盘类型、出血程度、有无休克、产次、胎位、胎儿是否存活、妊娠周数、胎儿宫内状况、是否临产等进行综合评估，给予相应治疗。

（一）期待治疗

期待治疗的目的是在母儿安全的前提下，延长妊娠时间，提高胎儿存活率。适用于妊娠<34周，胎儿体重<2000g，一般情况良好，胎儿存活，阴道流血不多，无需紧急分娩的孕妇。需在有母儿抢救能力的医疗机构进行。对于有阴道流血的患者，强调住院治疗。密切监测孕妇生命体征及阴道流血情况。常规进行血常规、凝血功能检测并备血。监护胎儿情况，包括胎心率、胎动计数、胎儿电子监护及胎儿生长发育情况。

1．一般处理：阴道流血期间绝对卧床，建议侧卧位，禁止性生活、肛查及阴道检查。血止后可适当活动。

2．纠正贫血：目标是维持血红蛋白含量在100g/L以上，红细胞压积在30%以上，增加母体储备，改善胎儿宫内缺氧情况。

3．止血：在期待治疗过程中，常伴发早产。对于有早产风险的患者可酌情给予宫缩抑制剂，防止因宫缩引起的进一步出血，赢得促胎肺成熟的时间。常用药物有硫酸镁、β受体激动剂、钙通道阻滞剂、非甾体类抗炎药、缩宫素受体抑制剂等。

在使用宫缩抑制剂的过程中，仍有阴道大出血的风险，应做好随时剖宫产手术的准备。值得注意的是，宫缩抑制剂与肌松剂有协同作用，可加重肌松剂的神经肌肉阻滞作用，增加产后出血的风险。

4．糖皮质激素的使用：若妊娠<34周，应促胎肺成熟。应参考早产的相关诊疗指南。

5．宫颈环扎术：宫颈环扎术止血及改善预后的效果不肯定，无足够证据。

6．保守治疗过程中阴道大出血的预测：

(1)宫颈管长度：妊娠34周前经阴道超声测量宫颈管长度，如宫颈管长度<3cm大出血而急诊剖宫产手术的风险增加。如覆盖宫颈内口的胎盘较厚(>lcm)，产前出血、胎盘粘连、植入及手术风险增加。

(2)胎盘边缘出现无回声区：覆盖宫颈内口的胎盘边缘出现无回声区，出现突然大出血的风险是其他类型前置胎盘的10倍。

(3)位于前次剖宫产子宫切口瘢痕处的前置胎盘即“凶险型前置胎盘”常伴发胎盘植入、产后严重出血，子宫切除率明显增高。

（二）终止妊娠

终止妊娠的时机及方式：应根据临床判断，辅以超声检查结果。

1．紧急剖宫产：出现大出血甚至休克，为挽救孕妇生命，应果断终止妊娠。无需考虑胎儿情况。在期待治疗过程中，若出现胎儿窘迫等产科指征，胎儿已可存活，可行急诊手术。临产后诊断的部分性或边缘性前置胎盘，出血量较多，估计短时间内不能分娩者，也选择急诊剖宫产终止妊娠。

2．择期终止妊娠：择期剖宫产，为目前处理前置胎盘的首选。对于无症状的前置胎盘合并胎盘植入者可于妊娠36周后终止妊娠。无症状的完全性前置胎盘妊娠达36周，可考虑终止妊娠；边缘性前置胎盘满38周可考虑终止妊娠；部分性前置胎盘应根据胎盘遮盖宫颈内口情况适时终止妊娠。

子宫切口的选择原则上应尽量避开胎盘，以免增加孕妇和胎儿失血。对于前壁胎盘，根据产前超声胎盘定位及胎位，剖宫产切口应尽量避开胎盘，灵活选择子宫切口。胎儿娩出后，立即子宫肌壁注射宫缩剂，如缩宫素、前列腺素制剂等，待子宫收缩后徒手剥离胎盘。也可用止血带将子宫下段血管扎紧数分钟，以利胎盘剥离时的止血，但需警惕结扎部位以下的出血。若剥离面出血多，应参照产后出血的处理。若采取各项措施均无效，应向家属交待病情，果断切除子宫。

3．阴道分娩：边缘性前置胎盘、低置胎盘，出血少，枕先露；部分性前置胎盘，宫颈口已扩张，估计短时间内可以结束分娩者，在有条件的医疗机构，备足血源的同时可在严密监测下行阴道试产。经阴道分娩而发生产后出血，胎盘剥离面的止血方法参考剖宫产时的处理。

（三）抗感染治疗

期待治疗过程中筛查感染与否，预防性使用抗生素。终止妊娠时在胎盘剥离后预防性使用抗生素。

**前置胎盘合并胎盘植入**

[概述]

前置胎盘合并胎盘植入的发生率为1%~5%，并随着剖宫产次数增多而明显增高。

［诊断要点］

1．临床表现：前置胎盘合并胎盘植入的诊断主要根据临床表现及术中所见。对于无产前出血的前置胎盘，更要考虑胎盘植入的可能性，不能放松对前置胎盘凶险性的警惕。术中发现胎盘与宫壁无间隙，或胎盘附着处持续大量出血，应及时做出判断。

2超声诊断：胎盘内多个不规则的无回声区伴丰富血流信号和（或）膀胱壁连续性的中断，强烈提示胎盘植入可能。其他具有提示意义和诊断参考价值的超声征象包括子宫肌层变薄（厚度<1mm），胎盘和子宫分界不清。

3．MRI诊断：MRI对诊断胎盘植入有很大的帮助，能更清楚地显示胎盘侵入肌层的深度、局部吻合血管分布及宫旁侵犯情况，可提供准确的局部解剖层次，指导手术路径。

此外，病理检查有助于明确诊断。

［治疗原则］

1剖宫产手术前评估：(1)根据胎盘位置及植人情况制定合理的手术方案。(2)术前充分告知手术风险，并签好子宫切除知情同意书。(3)充分备血。(4)联合麻醉科.ICU及新生儿科共同救治。(5)确保手术期间的止血药物和用品，例如前列腺素类药物、止血海绵等。

2．手术时机：无症状的前置胎盘合并胎盘植入者推荐妊娠36周后行手术。伴有反复出血症状的前置胎盘合并胎盘植入者促胎肺成熟后提前终止妊娠。

3．手术方式：建议择期剖宫产终止妊娠。后壁胎盘或前侧壁胎盘植入者，可行子宫下段剖宫产术；前壁胎盘植入者，行子宫体部剖宫产术。胎儿娩出后，依据出血量、植入的程度、患者是否有生育要求及病情决定处理方式，主要包括子宫切除术及保守治疗。

(1)子宫切除术：①适应证：胎盘植入面积大、子宫壁薄、胎盘穿透、子宫收缩差、短时间内大量出血（数分钟内出血>2000ml）及保守治疗失败者。有文献报道，立即切除子宫的患者死亡率为5.8%~6.6%，试图保留子宫的患者死亡率为12.5%~28.30%。无生育要求可作为子宫切除术的参考指征。②子宫切除术类型：推荐子宫全切除术。胎儿娩出后不剥离胎盘直接缝合切口后行子宫全切除术。

(2)保守治疗：对生命体征平稳、出血量不多、植入范围小者行保守治疗。包括保守性手术、药物治疗、栓塞治疗。①保守性手术：局部缝扎止血，可采用局部“8”字、间断环状缝合或B-Lynch法缝合、压迫止血。为减少因强行剥离胎盘而产生的出血，剖宫产时可将胎盘部分或全部留在宫腔内，术后可配合甲氨蝶呤等药物治疗或栓塞治疗。产后应密切随访，抗生素预防感染，加强子宫收缩，观察阴道流血情况、有无感染征象等。②药物治疗：治疗胎盘植入的药物有甲氨蝶呤、米非司酮等。给药途径和用药剂量根据胎盘植入的部位、深浅和面积大小而异。③栓塞治疗：预防性结扎或阻塞盆腔血管对胎盘植入患者的作用不明确，需要进一步研究。

**前置血管**

[概述]

前置血管是指胎儿血管穿越胎膜位于宫颈内口。前置血管应归为前置胎盘范畴。

[诊断要点]

诊断前置血管的典型临床症状是妊娠晚期无痛性阴道流血，色鲜红，多发生在胎膜破裂时。前置血管发生破裂，胎儿失血，可致胎儿窘迫，胎儿死亡率极高。先露部压迫前置的血管影响胎儿血供也可危及胎儿生命。由于出血主要来自胎儿，孕妇一般没有生命危险。

产前诊断前置血管十分困难。超声检查是诊断前置血管的主要手段。应用经阴道超声多普勒检查发现脐带插入的位置较低，有助于诊断。产时识别前置血管的要点是：阴道检查扪及索状、搏动的血管；胎膜破裂时伴阴道流血，同时出现胎心率变化。

[治疗原则]

产前已明确诊断的前置血管，应在具备母儿抢救条件的医疗机构进行待产，妊娠达34~35周，及时剖宫产终止妊娠。若发生前置血管破裂，胎儿存活，应立刻剖宫产终止妊娠；胎儿若已死亡，则选择阴道分娩。