

前置胎盘的诊断与处理指南

完整版

前置胎盘是妊娠晚期出血和早产的重要原因，与围产期母儿并发症及死亡密切相关。随着对前置胎盘疾病的不断认识及经验积累，结合国内外相关领域最新的循证医学证据，围绕前置胎盘的定义、分类、高危因素、诊断、并发症的风险评估和临床处理，中华医学会妇产科学分会产科学组对2013年的“前置胎盘的临床诊断与处理指南”进行了更新，旨在规范和指导妇产科医师对前置胎盘的诊治做出更合理的临床决策及处理。

选自：中华妇产科杂志2020年1月第55卷第1期

作者：中华医学会妇产科学分会产科学组

摘 要

一、前置胎盘的定义

前置胎盘是指胎盘下缘毗邻或覆盖子宫颈内口。

应强调在妊娠28周后诊断前置胎盘。妊娠中期发现的胎盘前置常因胎盘“移行”而发生变化，妊娠20~27周，前壁胎盘移行的速度大于后壁胎盘。妊娠中期诊断的低置胎盘，妊娠晚期可移行至正常位置；胎盘覆盖子宫颈内口的范围>15 mm，分娩时前置胎盘的可能性较大。特别要注意的是，既往有剖宫产史的孕妇，由于子宫瘢痕影响了胎盘“移行”，前置胎盘的风险增加3倍。

二、前置胎盘的分类

在2013版前置胎盘指南的分类中，将前置胎盘分为完全性前置胎盘、部分性前置胎盘、边缘性前置胎盘和低置胎盘4种类型。为了使分类简单易行，同时不影响临床处理，本指南推荐将前置胎盘分为两种类型：

1. 前置胎盘：胎盘完全或部分覆盖子宫颈内口。包括既往的完全性和部分性前置胎盘。

2. 低置胎盘：胎盘附着于子宫下段，胎盘边缘距子宫颈内口的距离 <20 mm。包括既往的边缘性前置胎盘和低置胎盘。

- 前置胎盘的分类可随妊娠及产程的进展而变化。诊断的时期不同，分类也不同，建议以临床处理前的最后1次检查来确定其分类。

三、前置胎盘的高危因素

前置胎盘的高危因素包括流产、宫腔操作、产褥感染，既往前置胎盘、既往剖宫产术等病史，多胎、多产、高龄、吸烟、摄入可卡因、辅助生殖技术等。既往剖宫产术史增加了前置胎盘的发生风险，且风险与剖宫产术的次数呈正相关。因子宫内膜异位症或输卵管因素采取辅助生殖技术治疗的孕妇发生前置胎盘的风险明显升高。

四、前置胎盘或低置胎盘的临床表现

1. 症状：妊娠晚期或临产后无诱因、无痛性阴道流血是典型的临床表现。前置胎盘阴道流血往往发生在妊娠32周前，可反复发生，量逐渐增多，也可一次就发生大量出血。低置胎盘者阴道流血多发生在妊娠36周以后，出血量较少或中等。有不到10%的孕妇至足月仍无症状。

对于无产前出血的前置胎盘孕妇，要考虑胎盘植入的可能性。

2. 体征：孕妇全身情况与前置胎盘的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。

3. 腹部检查：子宫软，无压痛，轮廓清楚，子宫大小与妊娠周数相符。胎位清楚，由于胎盘位置低于胎儿先露部，常伴有胎先露高浮或臀位、横位等异常胎位。

五、前置胎盘或低置胎盘孕妇是否需要进行检查或肛门检查

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。**只针对低置胎盘或产前没有明确诊断、在分娩过程中需通过阴道检查以明确诊断或选择分娩方式时，可在输液、备血及可立即行剖宫产术的条件下进行。

禁止肛门检查。



六、经阴道超声检查是诊断前置胎盘最主要及最佳的检查方法

经阴道超声检查的准确性明显高于腹部超声检查，尤其是其能更好地发现胎盘与子宫颈的关系，并具有安全性，推荐使用经阴道超声检查进行确诊。



七、前置胎盘超声检查的要点

- 超声检查必须要明确胎盘的位置、与子宫颈内口的关系、子宫颈管的长度等，称为超声检查“四要素”，包括：
 - (1) 胎盘附着位置，如前壁、后壁或侧壁等；
 - (2) 胎盘边缘距子宫颈内口的距离或超出子宫颈内口的距离，精确到毫米；
 - (3) 覆盖子宫颈内口处胎盘的厚度；
 - (4) 子宫颈管的长度。对于既往有剖宫产术史的前置胎盘患者，应特别注意是否合并胎盘植入。

八、胎盘前置超声随访的频率

妊娠中期发现胎盘前置需超声随访胎盘的变化情况，应根据孕妇的孕周、胎盘边缘距子宫颈内口的距离及临床症状增加超声随访的次数。无症状者建议妊娠32周经阴道超声检查随访。妊娠32周仍为持续前置胎盘且无症状者，推荐于妊娠36周左右经阴道超声复查，以确定最佳的分娩方式和时机。

九、是否需要常规行MRI检查？

MRI检查不能替代超声检查诊断和评估前置胎盘。对于可疑胎盘植入的孕妇，MRI检查可协助评估植入的深度、宫旁侵犯、与周围器官的关系等情况，有一定的临床指导作用。

十、前置胎盘合并胎盘植入的风险评估

1. 彩色多普勒超声检查：在胎盘植入的局部超声特征中除了要注意胎盘下子宫肌层变薄或消失外，更要关注胎盘实质内的腔隙血流、“清晰区”消失、胎盘下血管过度增生和桥接血管，这对于诊断胎盘植入更有意义。此外，子宫动脉血流搏动指数（PI）降低也是前置胎盘合并胎盘植入的超声指标之一。

2. 胎盘植入的临床综合评估：国内外有多种评价胎盘植入的评分系统，根据临床表现、既往剖宫产术史及次数、胎盘血窦数目及大小、子宫肌层厚度、胎盘位置、桥接血管、子宫颈形态及血流等情况进行综合评估。

十一、前置胎盘期待治疗过程中应如何处理？

期待治疗是在母婴安全的前提下，延长孕周，提高胎儿存活率。适用于一般情况良好，胎儿存活，阴道流血不多，无需紧急分娩的前置胎盘孕妇。对于有阴道流血或子宫收缩的孕妇，推荐住院治疗。

1. 一般处理：适当休息，高纤维素饮食，避免便秘。密切监测孕妇的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等

2. 纠正贫血：补充铁剂，维持血红蛋白水平 ≥ 110 g/L、红细胞压积 $\geq 30\%$ 。

3. 宫缩抑制剂的使用：存在风险和益处的争议。基于母亲或胎儿情况需终止妊娠时，不应再使用宫缩抑制剂延长孕周。对于有先兆早产症状者，可考虑使用宫缩抑制剂48 h以利于完成糖皮质激素治疗。

4. 糖皮质激素的使用：对于妊娠<37周、有阴道流血的前置胎盘孕妇，予以糖皮质激素促胎肺成熟；有早产高危因素的孕妇，可在妊娠34周前做好促胎肺成熟的准备。

5. 子宫环扎术：前置胎盘不是子宫环扎术的指征。尚无有效证据支持子宫环扎术可减少出血、改善预后，不推荐前置胎盘者使用。

6. 预防血栓：长期住院治疗增加血栓栓塞的风险，要注意防范。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/047025023061006062>