

前置胎盘，不容小觑

文 / 陕西中医药大学第二附属医院 仝腊娟



关键词：前置胎盘；妊娠出血；母婴安全；超声诊断

在孕育新生命的旅程中，胎盘承担着输送氧气与营养的核心使命，是胎儿顺利生长发育的关键保障。而在产科临床中，前置胎盘是医患均需高度警惕的并发症，极易引发妊娠晚期或临产后的严重出血，是威胁母婴生命安全的重大隐患。

一、什么是前置胎盘

正常妊娠状态下，胎盘通常附着在子宫体部的前壁、后壁或侧壁，下缘会远离宫颈内口。子宫体部作为子宫的上部区域，不仅空间相对宽敞，肌肉层也更为厚实，能为胎盘着床提供良好的环境。子宫前壁是靠近孕妇腹部的一侧，后壁贴近孕妇背部，侧壁则为子宫左右

两侧。宫颈内口是子宫与阴道相连的重要通道，胎盘与该区域保持安全距离，才能确保胎儿在子宫内安全生长发育。

1. 定义

医学上对前置胎盘有着明确的诊断标准。妊娠28周后，若胎盘附着于子宫下段，且胎盘下缘达到或覆盖宫颈内口，位置低于胎先露部，即可确诊为前置胎盘。需要注意的是，妊娠中晚期，随着子宫的逐渐增大，胎盘位置可能会自然上移，若过早诊断，极易给孕妇造成不必要的心理焦虑。因此，妊娠中期超声检查发现的胎盘前置情况，仅称为胎盘前置状态，临床中会以处理前最后一次检查结果作为前置胎盘的分类依据。通常，胎

盘附着于子宫前壁、下缘距宫颈内口大于2厘米时,为正常胎盘。

2.分类

根据胎盘下缘与宫颈内口的具体位置关系,前置胎盘可分为四类:

- 完全性前置胎盘:也叫中央性前置胎盘,其核心特征为胎盘组织完全覆盖宫颈内口,此类情况分娩时出血量通常较多,临床中只能选择剖宫产。

- 部分性前置胎盘:胎盘组织仅覆盖部分宫颈内口,分娩方式需结合孕妇出血情况、胎儿宫内状况等多种因素综合判断,同样存在较高的出血风险。

- 边缘性前置胎盘:胎盘下缘恰好达到但未超越宫颈内口,相较于前两种类型,此类前置胎盘的出血风险较低。

- 低置胎盘:胎盘下缘距宫颈内口的距离小于2厘米,需加强监测。

二、前置胎盘的风险

前置胎盘最典型的临床表现,是妊娠晚期或临产阶段反复出现无诱因、无痛性的阴道出血。这种出血的原因是:妊娠晚期子宫下段会逐渐伸展,而附着于该部位的胎盘无法同步延伸,进而导致胎盘与子宫壁附着处发生错位分离,使血窦破裂,引发出血。

前置胎盘的首次出血多发生于妊娠28周后,其中完全性前置胎盘患者在孕中期可能就会有阴道出血表现。出血量因人而异,轻者仅为点滴状出血,重者则可能如潮涌般大出血,严重时会导致失血性休克。更值得警惕的是,约30%的前置胎盘患者产前并无明显出血症状,仅在超声检查时被发现,这类隐匿型病例突发大出血的风险更高,需全程严密监测。

对孕妇而言,前置胎盘可能引发一系列灾难性后果。子宫下段肌层本身薄弱、收缩能力差,胎盘剥离后,此处的血窦难以有效闭合,极易导致难以控制的产后出血。相关数据显示,前置胎盘引发的产后出血占我国孕产妇死亡原因的7%。若前置胎盘合并胎盘植入,胎盘剥离过程中还可能出现子宫穿孔、邻近器官损伤等严重并发症。此外,孕期反复出血会造成孕妇贫血、机体免疫力下降,且胎盘剥离面靠近宫颈口,易受阴道细菌上行感染,大幅提升产褥感染的发生风险。

胎儿面临的生命威胁同样严峻。孕妇阴道出血可能诱发宫缩,若发生大量失血、休克等情况,则会导致胎儿急性宫内缺氧,严重时可能引发胎死宫内。为挽救孕妇生命而实施的紧急剖宫产,往往会造成胎儿早产。统计显示,前置胎盘患者的早产率高达30%~40%。早产儿各器官发育尚未成熟,出生后易出现呼吸窘迫综合征、颅内出血、坏死性小肠结肠炎等多种并发症,以致围产儿死亡率可达10%~20%。

三、如何确诊前置胎盘

超声检查是诊断前置胎盘的首选手段。其中,经腹部超声可对胎盘位置进行初步评估,而该检查方式易受胎儿体位、母体肥胖等因素干扰。相比之下,经阴道超声的探头更贴近宫颈内口,能清晰显示胎盘边缘与宫颈内口的位置关系,诊断准确率超过95%,且不会增加孕妇流产或宫内感染的风险。

对于疑似合并胎盘植入的复杂病例,磁共振成像可从多维度呈现胎盘与子宫肌层的界面关系,为临床制定手术方案提供重要依据。

在临床诊断中,需注意将前置胎盘与其他妊娠期出血性疾病相鉴别,避免误诊。例如:胎盘早剥虽也会表现为阴道出血,但患者多伴有剧烈腹痛及子宫张力增大的典型症状;宫颈息肉、宫颈癌等宫颈病变引发的出血,可通过阴道窥器检查直接观察宫颈状况进行鉴别。因此,临床医生需结合孕妇的病史、临床体征及各项辅助检查结果,方能作出精准诊断。



四、治疗策略：在保守与干预间寻求平衡

医生会根据前置胎盘的具体类型、孕妇孕周、出血量、胎儿宫内状况、是否临产等多种因素综合制定治疗方案，核心目标是在保障孕妇生命安全的前提下，尽可能延长孕周，等待胎儿各器官发育成熟。

1. 期待疗法

对于孕周小于36周、阴道出血量少、孕妇整体情况良好且不需要紧急分娩的前置胎盘患者，临床中多采用期待疗法。接受该疗法的孕妇需卧床休息，同时避免劳累、精神紧张、便秘、腹泻等易诱发宫缩的因素。药物治疗方面，宫缩抑制剂如硫酸镁、硝苯地平、阿托西班等，可有效延缓早产进程，防止因宫缩加剧引发进一步出血；糖皮质激素如地塞米松，能促进胎儿肺表面活性物质生成，降低早产儿出生后发生呼吸窘迫综合征的风险。同时，临床会积极为孕妇纠正贫血，必要时输注红细胞，维持孕妇血红蛋白浓度不低于110 g/L、血细胞比容不低于0.3，保障孕妇安全。

2. 终止妊娠的时机与方式

无临床症状的前置胎盘患者，分娩时机需根据胎盘类型决定：完全性前置胎盘患者，可在37周及以上择期终止妊娠（主要方式是剖宫产）；部分性前置胎盘患者，

需根据胎盘组织遮盖宫颈内口的具体情况，适时终止妊娠；边缘性前置胎盘患者，可在38周及以上择期终止妊娠；对于合并胎盘植入、孕期反复阴道出血的前置胎盘孕妇，临床建议在34~37周终止妊娠。

合理选择终止妊娠的时机与方式，对改善母婴结局至关重要。剖宫产是前置胎盘患者终止妊娠的主要方式，具有不可替代的临床优势。由于前置胎盘患者的胎盘附着于子宫下段，若选择自然分娩，分娩过程中胎盘可能无法随胎儿娩出而顺利剥离，极易引发大出血。而剖宫产可使胎儿迅速娩出，且医生能在直视下进行止血，最大程度保障母婴安全。当孕妇出现严重产前出血时，大量出血会迅速危及孕妇生命，同时导致胎儿宫内缺氧，此时必须立即行剖宫产手术。此外，胎儿宫内窘迫也是前置胎盘患者须行紧急剖宫产的重要指征，若胎儿在宫内出现缺氧、酸中毒等状况，不及时娩出可能造成胎儿严重的神经系统损伤，甚至死亡。

普及前置胎盘的科学知识，完善孕产保健体系，是守护母婴安全的重要举措。每一次有力的胎心跳动，每一声新生儿的啼哭，都见证着人类对生命奥秘的不懈探索，也承载着对生命的敬畏与守护。

药物与人
本文编辑：李修坤

