

宫产,发生的新生儿并发症无明显差异。“治疗性早产”的新生儿应当更加重视,儿科应当提前介入,儿科参与是新生儿救治成功的关键,应当有风险意识,提高新生儿救治的效果。

#### 参 考 文 献

- [1] Cunningham F, Kenneth Leveno, Steven Bloom, et al. Pregnancy Hypertension in Williams obstetrics [M]. 23rd ed. New York (NY): McGraw-Hill, 2009: 703-736.
- [2] 中华医学会妇产科分会妊娠期高血压疾病学组. 妊娠期高血压疾病诊治指南(2012版) [J]. 中华妇产科杂志, 2012, 47(6): 476-479.
- [3] Kadyrov M, Kingdom JC, Huppertz B. Divergent trophoblast in vasion and apoptosis in maternal anemia and early onset pre-eclampsia/intrauterine growth restriction [J]. Am J Obstet Gynecol, 2006, 194(2): 557-563.
- [4] Lindheimer MD, Kanter D. Interpreting abnormal proteinuria in pregnancy: the need for a more pathophysiological approach [J]. Obstet Gynecol, 2010, 115(2 Pt 1): 365-375.
- [5] Caritis S, Sibai B, Hauth J, et al. Low-dose aspirin to prevent pre-eclampsia in women at high risk [J]. N Engl J Med, 1998, 338(6): 701.

(收稿日期: 2013-08-26)

文章编号: 1003-6946(2013)11-805-02

## 前置胎盘终止妊娠的时机探讨

胡 蓉, 李笑天

(复旦大学附属妇产科医院, 上海 200011)

中图分类号: R714.56

文献标识码: B

前置胎盘是妊娠晚期的严重并发症,为最常见的产科急症之一,也是严重产后出血的常见原因,与围生期母儿的发病率和死亡率密切相关。妊娠 28 周后,按胎盘边缘与宫颈内口的关系,将前置胎盘分为 4 种类型:完全性前置胎盘、部分性前置胎盘、边缘性前置胎盘、低置胎盘。妊娠 28 周前超声检查发现上述情况,称为胎盘前置状态。前置胎盘,特别是前壁的前置胎盘,合并上次剖宫产史者,发生胎盘植入的风险为 50%,称为凶险性前置胎盘。目前,前置胎盘发病率呈逐年上升趋势,因此产前准确识别前置胎盘分类,制定个体化产前管理和治疗方案,选择最佳的终止妊娠时机和方式,有利于改善母婴预后。

### 1 前置胎盘的诊断

前置胎盘的诊断需要明确以下 3 个问题,即是否存在发生前置胎盘的高危因素(如:多次流产和刮宫史、宫腔操作史、产褥感染史、剖宫产史、胎盘异常如双胎面积较大等),前置胎盘的类型以及是否合并胎

盘植入。目前,对前置胎盘的诊断,多采用彩色多普勒超声,腹部超声怀疑前置胎盘而不能确诊,推荐经阴道超声确诊(敏感性达 87.5%,阳性预测值达 93.3%)。由于其准确性明显高于经腹超声,同时兼有安全性,可以作为诊断前置胎盘的金标准。对超声怀疑胎盘植入者可选择磁共振(MRI)检查。其诊断胎盘植入的作用和意义尚有争议,有认为与超声相比,MRI 在敏感性、特异性和阳性预测值上没有胜出,但对于植入的深度(组织浸润深度)判断上有优势。也有建议在超声不能明确是否植入时,可以行 MRI。

### 2 前置胎盘的处理

治疗原则为抑制宫缩、止血、纠正贫血、预防感染、适时终止妊娠。根据前置胎盘类型、阴道流血量、有无休克、妊娠周数、胎儿宫内状况、是否临产等进行综合评估,给予相应处理措施。凶险性前置胎盘的处理,应当在具备以下条件的二级以上医疗机构,包括:手术条件;麻醉条件;血库必须充分备血;包括新生儿科的多学科合作;术前讨论充分考虑到各种手术风险和防范措施(包括子宫切除、胎盘留在子宫、选择性子宫动脉栓塞介入治疗等)。在传统的前置胎盘处理中,重要的是终止妊娠时机的选择,特别是近年来凶险性前置胎盘患者的增加,使得终止妊娠时机的选择尤为重要。

2.1 期待治疗 目的是在母婴安全的前提下,延长妊娠时间,提高胎儿存活率。适用于妊娠<34 周,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,需在有母婴抢救能力的医疗机构进行。中央性前置胎盘伴阴道流血或宫缩者必须住院治疗,边缘性前置胎盘或者无症状者可在家待产。

2.1.1 一般处理 前置胎盘伴有阴道流血需绝对卧床,血止后可适当活动;无阴道流血者可日常活动。阴道流血必须计量。间断吸氧提高胎儿氧供。积极纠正贫血。加强胎儿宫内监护包括 NST、胎动计数、B 超检查随访胎儿生长发育等。中央性前置胎盘住院期间需常规备血。

2.1.2 胎盘前置状态的随访 妊娠中期和晚期胎盘前置状态常因胎盘“移行”而发生变化,但胎盘完全覆盖宫颈内口的,以后中央型前置胎盘的可能性很大,如果胎盘位于前壁且合并剖宫产手术史的,胎盘植入的可能性很大。

妊娠 20 周时发现胎盘边缘达宫颈内口而不是覆盖宫颈内口,无剖宫产手术史且无症状的孕妇,可以至妊娠 36 周随访胎盘位置;但如果胎盘完全覆盖宫颈内口或怀疑胎盘植入的,母婴并发症以及早产的风险均较大,故应该在妊娠 36 周前明确诊断,建议尽早的 B 超随访。妊娠 32 周时胎盘位置仍然低的孕妇,约 73% 会维持至足月,这个阶段发现的中央型前置胎盘 90% 均不

会改变。因此,对这类孕妇,妊娠 32 周是一个重要的时间节点,明确诊断、制定分娩计划非常重要。

2.1.3 宫缩抑制剂 前置胎盘由于子宫下段的拉长形成而出现阴道流血,或由于子宫收缩诱发出血。在孕 34 周前的期待治疗过程中,常由于宫缩和阴道流血需给予宫缩抑制剂,常用药物有  $\beta$  受体激动剂、硫酸镁、钙通道阻滞剂、前列腺素合成酶抑制剂、缩宫素受体抑制剂等。不推荐对无症状者预防性使用宫缩抑制剂。

在我国,硫酸镁是抑制宫缩预防早产的常规用药。但近期 FDA 发布通告,指出硫酸镁预防早产超过 5~7 天,胎儿发生低钙、骨质减少和骨折风险增加,可导致损害的最短治疗时间尚未知,因此限制长时间使用硫酸镁预防早产。鉴于此,应严格掌握其预防早产的适应证和疗程。

2.1.4 糖皮质激素、抗生素及其它 若妊娠 <34 周,估计 1 周内可能需要终止妊娠者,需要促胎肺成熟,可选择地塞米松或者倍他米松。阴道流血时间长、期待治疗时间较长者,推荐使用胎儿安全的广谱抗菌素预防感染,如青霉素或头孢菌素。此外,宫颈环扎术的止血及改善预后的效果不肯定,不作为终止流血和延长孕周的常规方法。

2.2 终止妊娠 适时终止妊娠和恰当的终止妊娠方式,对改善母儿结局非常重要。一般认为,终止妊娠的时机和分娩方式,要根据临床判断和超声检查的结果,最后一次超声检查平均在妊娠 35~36 周。胎盘边缘距宫颈内口小于 2 cm 者,常需要剖宫产终止妊娠。

2.2.1 紧急剖宫产时机 在期待治疗过程中,出现大出血甚至休克,为挽救孕妇生命,应急终止妊娠,无需考虑胎儿情况;妊娠 28 周后,短期内累计出血量达到 400 ml,或者一次活跃性出血达到 200 ml,或者出现胎儿窘迫等产科指征,行急诊手术;中央性前置胎盘已达妊娠 36 周,一旦阴道出血,急诊手术;低置胎盘临产后出血量较多,估计短时间内不能阴道分娩者,也选择急诊剖宫产终止妊娠。

2.2.2 择期终止妊娠时机 择期剖宫产,为以下类型前置胎盘的首选方式:怀疑胎盘植入但无临床症状,包括阴道流血和宫缩的,妊娠 36~37 周之后终止妊娠;无临床症状的中央性和部分性前置胎盘,妊娠 37~38 周后终止妊娠;边缘性前置胎盘妊娠 38 周后终止妊娠。胎盘边缘距宫颈内口 2 cm 以上者,无产科阴道分娩禁忌证者,充分备血同时可严密监测下经阴道试产,未临产者预产期前引产终止妊娠。

2.2.3 剖宫产术前术中处理

2.2.3.1 剖宫产术前评估 手术应当由技术熟练的医生实施。术前充分估计严重产后出血、输血和子宫切除的可能性,前置胎盘伴有剖宫产史者需了解有无

胎盘植入。

2.2.3.2 手术方式 子宫切口的选择原则上应尽量避免胎盘,以免增加孕妇和胎儿失血。对于前壁胎盘,根据产前超声检查进行胎盘定位,剖宫产切口应尽量避免胎盘,尽量避免胎盘打洞娩出胎儿。胎儿娩出后,立即子宫肌壁注射宫缩剂,包括缩宫素、前列腺素制剂等。若剥离面出血多或宫缩乏力,应参照产后出血的处理,保守治疗方法除了宫缩剂的使用,还包括双手按摩子宫、局部缝扎止血、B-Lynch 缝合、球囊压迫止血、宫腔填塞纱布、子宫动脉结扎缝合和子宫动脉栓塞等。若采取各项措施均无效,应果断行子宫切除术。

2.3 前置胎盘合并胎盘植入的治疗

2.3.1 终止妊娠时机 对此类患者建议择期剖宫产终止妊娠。怀疑胎盘植入但无临床症状的妊娠 36~37 周之后终止妊娠,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。

2.3.2 术前评估 ①根据胎盘位置及植入情况制定合理的手术方案;②术前充分告知产后出血、输血和子宫切除的可能性,并签好子宫切除知情同意书;③血库充分备血(根据情况需备血 2000 ml 以上);④术前请麻醉科和新生儿科会诊,联合制定救治方案;⑤确保手术期间的止血药物和用品,如前列腺素类药物、止血带、宫腔填塞纱布等;⑥人员的准备。

2.3.3 手术方式的判断 术前评估为前侧壁胎盘植入者,行子宫下段剖宫产术;为前壁胎盘植入者,选择子宫体部避开胎盘处剖宫产术。胎盘植入的诊断常常是在剖宫产术中明确,因此术中的及时判断非常重要,胎儿娩出后,依据胎盘植入的程度、出血量、有无休克、是否有生育要求决定处理方式,主要包括子宫切除术及保守治疗。①如胎盘植入同时出现明显出血(数分钟内出血达 2000 ml),保守治疗是不可能成功的,同时浪费了有效的抢救时间,需要积极行子宫切除术。②如胎盘无法正常剥离,那么将胎盘留于宫腔缝合关闭子宫;或者将胎盘留于宫腔,关闭后直接切除子宫,比强行剥离胎盘出血少。③如胎盘部分剥离部分植入,出血量会很大,须及时启动产后出血的抢救流程。努力剥离植入部分胎盘会导致严重的产后出血,因此应将植入部分胎盘留于宫腔内行子宫切除术。

2.3.4 保守治疗 对生命体征平稳、植入范围小、出血量不多者行保守治疗,包括局部缝扎止血、宫腔填塞纱布压迫止血等。术后可配合子宫动脉栓塞和甲氨蝶呤(MTX)、米非司酮等药物治疗。产后应密切随访 HCG 和 B 超,抗生素预防感染,密切注意有无感染征象。

(收稿日期:2013-09-13)