

胎盘早剥的临床诊断与处理规范(第 1 版)

中华医学会妇产科学分会产科学组

胎盘早剥是病情危急的妊娠晚期出血原因之一,病情严重时可危及母儿生命。因此,早期诊断和正确处理胎盘早剥具有重要的临床意义。目前,国内外对胎盘早剥的诊治措施存在一些差别,我国对胎盘早剥的诊断与处理缺乏完善的循证医学证据,与国际上的诊疗方案有一定差异。为此,根据国外胎盘早剥的诊疗指南,以及最新的循证医学证据,结合国内临床工作的实际,中华医学会妇产科学分会产科学组组织国内有关专家制定了“胎盘早剥的临床诊断与处理规范(第 1 版)”,旨在规范和指导妇产科医师对胎盘早剥的诊疗作出合理的临床决策,在针对具体患者时,临床医师可在参考本规范的基础上,全面评估患者的病情,制定出针对不同患者合理的个体化诊疗方案。随着相关研究结果和循证医学证据的完善,本规范将不断进行更新与完善。

一、胎盘早剥的定义与分级

正常位置的胎盘在胎儿娩出前部分或全部从宫壁剥离,称为胎盘早剥^[1]。胎盘早剥的病理为胎盘后出血,进而出现临床症状,随着剥离面增大,病情逐级加重,危及胎儿及孕妇生命。在临床上推荐使用胎盘早剥分级标准^[2]作为对病情的判断与评估。见表 1。

表 1 胎盘早剥的分级^[2]

分级	临床特征
0 级	胎盘后有小凝血块,但无临床症状
I 级	阴道出血;可有子宫压痛和子宫强直性收缩;产妇无休克发生,无胎儿窘迫发生
II 级	可能有阴道出血;产妇无休克;有胎儿窘迫发生
III 级	可能有外出血;子宫强直性收缩明显,触诊呈板状;持续性腹痛,产妇发生失血性休克,胎儿死亡;30%的产妇有凝血功能指标异常

二、诊断

1. 高危因素:胎盘早剥的高危因素包括产妇有血管病变、机械因素、子宫静脉压升高^[3]、高龄多产、外伤及接受辅助生育技术助孕等^[3-6]。

2. 早期表现:常常是胎心率首先发生变化,宫缩后子宫弛缓欠佳。触诊时子宫张力增大,宫底增高,严重时子宫呈板状,压痛明显,胎位触及不清;胎心率改变或消失,胎盘早剥 III 级患者病情凶险,可迅速发生休克、凝血功能障碍甚至

多器官功能损害。

3. 临床表现:胎盘早剥的典型症状是阴道出血、腹痛、子宫收缩和子宫压痛。出血特征为陈旧性不凝血。绝大多数发生在孕 34 周以后。往往是胎盘早剥的严重程度与阴道出血量不相符。后壁胎盘的隐性剥离多表现为腰背部疼痛,子宫压痛可不明显。部分胎盘早剥伴有宫缩,但宫缩频率高、幅度低,间歇期也不能完全放松^[7]。

三、辅助检查

1. 超声检查:超声检查不是诊断胎盘早剥的敏感手段,准确率在 25% 左右^[8]。超声检查无异常发现也不能排除胎盘早剥,但可用于前置胎盘的鉴别诊断及保守治疗的病情监测。

2. 胎心监护:胎心监护用于判断胎儿的宫内状况,胎盘早剥时可出现胎心监护的基线变异消失、变异减速、晚期减速、正弦波形及胎心率缓慢等^[9]。

3. 实验室检查:主要监测产妇的贫血程度、凝血功能、肝肾功能及电解质等。进行凝血功能检测和纤溶系统确诊试验,以便及时发现 DIC。

四、治疗

胎盘早剥的治疗应根据孕周、早剥的严重程度、有无并发症、宫口开大情况、胎儿宫内状况等决定。

1. 纠正休克:监测产妇生命体征,积极输血、补液维持血液循环系统的稳定,有 DIC 表现者要尽早纠正凝血功能障碍。使血红蛋白维持在 100 g/L,红细胞压积 > 30%,尿量 > 30 ml/h。

2. 监测胎儿宫内情况:持续监测胎心以判断胎儿的宫内情况。对于有外伤史的产妇,疑有胎盘早剥时,应至少行 4 h 的胎心监护,以早期发现胎盘早剥^[10]。

3. 终止妊娠:(1) 阴道分娩:①如胎儿已死亡,在评价产妇生命体征前提下首选阴道分娩^[4]。严重的胎盘早剥常致胎儿死亡,且合并凝血功能异常,抢救产妇是治疗的重点。应尽快实施人工破膜减压及促进产程进展,减少出血。缩宫素的使用要慎重,以防子宫破裂。如伴有其他异常,如胎横位等可行剖宫产术。应强调根据不同情况,个体化处理。②胎儿存活者,以显性出血为主,宫口已开大,经产妇一般情况较好,估计短时间内能结束分娩者,人工破膜后可经阴道分娩。分娩过程中密切观察血压、脉搏、宫底高度、宫缩与出血情况,建议全程行胎心电子监护,了解胎儿宫内状况,并备足血制品。

(2) 剖宫产术分娩:孕 32 周以上,胎儿存活,胎盘早剥 II 级以上,建议尽快、果断进行剖宫产术,以降低围产儿死亡

率^[12]。阴道分娩过程中,如出现胎儿窘迫征象或破膜后产程无进展者,应尽快行剖宫产术。近足月的轻度胎盘早剥者,病情可能随时加重,应考虑终止妊娠并建议剖宫产术分娩为宜^[10]。

4. 保守治疗:对于孕 32~34 周 0~I 级胎盘早剥者,可予以保守治疗。孕 34 周以前者需给予皮质类固醇激素促胎肺成熟^[10]。孕 28~32 周,以及<28 孕周的极早产产妇,如为显性阴道出血、子宫松弛,产妇及胎儿状态稳定时,行促胎肺成熟的同时考虑保守治疗。分娩时机应权衡产妇及胎儿的风险后再决定^[10]。保守治疗过程中,应密切行超声检查,监测胎盘早剥情况。一旦出现明显阴道出血、子宫张力高、凝血功能障碍及胎儿窘迫时,应立即终止妊娠。

5. 产后出血的处理:由于凝血功能障碍及子宫收缩乏力,胎盘早剥患者常发生产后出血。应给予促宫缩药物,针对性补充血制品。另可采用压迫止血、动脉结扎、动脉栓塞、子宫切除等手段控制出血。

6. 严重并发症的处理:强调多学科联合治疗,在 DIC 处理方面应重点补充血容量及凝血因子,应在改善休克状态的同时及时终止妊娠,以阻止凝血物质继续进入血管内而发生消耗性凝血。对肾功能不全的处理,在改善休克后仍少尿者(尿量<17 ml/h)则给予利尿剂(呋塞米、甘露醇等)处理。注意监测肾功能,维持电解质及酸碱平衡,必要时行血液透析治疗。

备注:中华医学会妇产科学分会产科学组参与“胎盘早剥的临床诊断与处理规范(第 1 版)”执笔的专家:邹丽、杨慧霞、贺晶、马润玫、

赵三存、常青、王谢桐、范玲

参 考 文 献

- [1] Hladky K, Yankowitz J, Hansen WF. Placental abruption. Obstet Gynecol Surv, 2002, 57: 299-305.
- [2] James DK, Steer PJ, Weiner CP, et al. 高危妊娠. 段涛, 杨慧霞, 译. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1127-1129.
- [3] Robbins RA, Estrera T, Russell C. Supine hypotensive syndrome and abruptio placentae. A case report. Am J Obstet Gynecol, 1960, 80: 1207-1208.
- [4] Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. Obstet Gynecol, 2006, 108: 1005-1016.
- [5] Matsuda Y, Hayashi K, Shiozaki A, et al. Comparison of risk factors for placental abruption and placenta previa: case-cohort study. J Obstet Gynaecol Res, 2011, 37: 538-546.
- [6] Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. Acta Obstet Gynecol Scand, 2011, 90: 140-149.
- [7] Hall DR. Abruptio placentae and disseminated intravascular coagulopathy. Semin Perinatol, 2009, 33: 189-195.
- [8] Kadasne AR, Mirghani HM. The role of ultrasound in life-threatening situations in pregnancy. J Emerg Trauma Shock, 2011, 4: 508-510.
- [9] Spong CY. Obstetrical hemorrhage//Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw-Hill Professional, 2010: 757-803.
- [10] Gardberg M, Leonova Y, Laakkonen E. Malpresentations: impact on mode of delivery. Acta Obstet Gynecol Scand, 2011, 90: 540-542.

(收稿日期: 2012-08-08)

(本文编辑: 侯存明)

· 会议征文 ·

《中华妇产科杂志》创刊 60 周年庆典暨妇产科学高峰论坛征文通知

为庆祝《中华妇产科杂志》创刊 60 周年,展示我国妇产科学和期刊事业发展的成果,《中华妇产科杂志》编委会将于 2013 年 4 月 18—20 日在北京举办以“传承、感恩、超越”为主题的《中华妇产科杂志》创刊 60 周年庆典,同时举办“妇产科学高峰论坛”。

《中华妇产科杂志》创刊 60 周年庆典活动将邀请科技部、卫生部、中科院、中国科协、中华医学会及杂志社和相关专科分会的领导和嘉宾出席,同时,还将邀请为我国妇产科学做出贡献的历届编委代表、审稿专家代表、优秀作者代表、读者代表、合作伙伴代表参加,共同见证《中华妇产科杂志》60 周年走过的辉煌历程。

妇产科学高峰论坛将邀请国内妇产科学界著名的专家、教授就妇产科学中的各亚学科 60 年的发展历程及创新展望进行精彩的演讲。参加本次论坛者将获得中华医学会继续

教育学分 6 分。现将征文的有关事项通知如下: (1) 征文内容: 产科、普通妇科、妇科恶性肿瘤、生殖内分泌和计划生育等妇产科领域的基础与临床研究的论著性文章。 (2) 征文要求: ①中文摘要(500~800 字) 1 份, 应包括研究目的、方法、结果、结论 4 个部分, 文责自负。 ②凡未在全国性公开出版的刊物上发表的论文均可投稿。论文请按文题、单位及通信地址、邮政编码、作者姓名、正文的顺序编排, 请以 Word 格式排版并发电子邮件至 zhfcckzz60@163.com。 ③请打印纸质稿件 1 份并加盖单位公章, 寄至北京市东四西大街 42 号中华医学会《中华妇产科杂志》编辑部, 邮政编码: 100710。信封上请注明“60 庆妇产科学论坛”字样。联系电话: 010-85158215。 (3) 截稿日期: 2013 年 2 月 20 日, 以邮戳日期为准, 请自留底稿, 录用与否恕不退稿。欢迎积极参会、踊跃投稿。