

前置胎盘教学查房



第1阶段

- 示教室讲述本次教学查房目的，前置胎盘是产科多见的急诊，因其为无痛性反复阴道出血，因出血量较多，处理棘手，所以通过XX病人教学查房了解本次教学查房。

第2阶段

- 来到病人床前询问病人一般状况，感谢病人配合，说明目的。

第2阶段

XX住院医师汇报病史：孕妇30岁，孕1产0，因“停经32+3周，反复阴道流血2月余”入院。平素月经规则，停经28+周本院查B超示：边缘性前置胎盘 臀位”。停经30+周因“阴道流血”于我院住院，予硫酸镁针静滴抑制宫缩效果差，予利托君保胎治疗、地塞米松促胎肺成熟及美洛西林静滴预防感染等治疗，10余天后病情好转出院，孕期动态检测超声，C反应蛋白，胎心监护，昨日无诱因下出现阴道流血，色鲜红，自诉多于月经量，无腹痛，无阴道流液等。既往体健，0-0-0-0。查体：体温37摄氏度，脉搏84次/分，血压120 / 60mmHg,产科检查：宫高31cm，腹围87cm,胎位LOA，先露头，衔接未入，估计胎儿体重1600g,胎心139次/分，未及宫缩。阴道口可见少量鲜红色血迹。辅助检查：B超：双顶径8.3cm，股骨长径6.1cm,腹围26.3cm,羊水指数8.6cm,胎盘功能I+级，胎盘左后壁，下缘覆盖宫内，臀位。HB:82g/l

- 初步诊断：前置胎盘 G1P0孕32+3周LSA待产 初产臀位 妊娠合并贫血

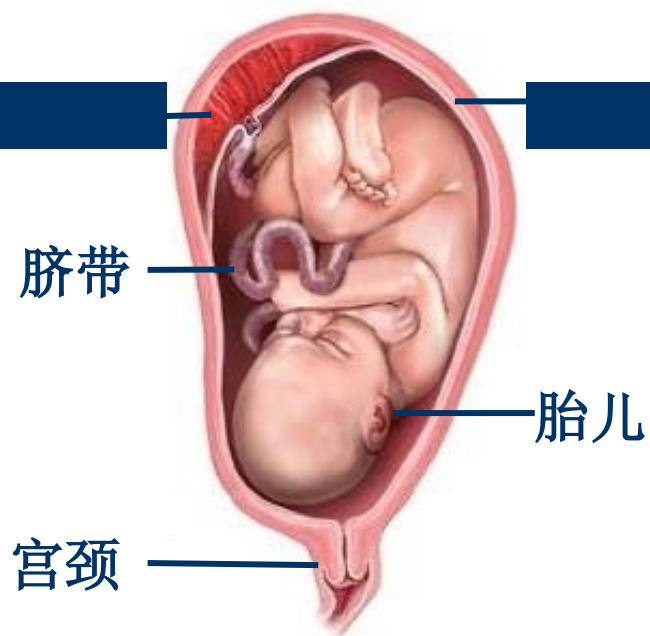
- 入院后再次出血增多，考虑继续妊娠可能性小，急诊手术
- 术中情况：
- 术后诊断：
- 术后处理：
- 目前一般情况：
查体：

- XX医生补充病史：患者保胎过程中因出现C-反应蛋白上升后予更换抗生素，现C-反应蛋白情况
- XX医生补充病史：贫血纠正情况。

第3阶段

- 来到示教室再次就前置胎盘进行回顾总结

正常位置胎盘应附着在哪？



问题一：什么是前置胎盘

- 妊娠28周后，胎盘附着于子宫下段、下缘达到或覆盖宫颈内口，其位置低于胎先露部。称前置胎盘 (placenta previa)。



问题二：病因

- 高危人群：多次流产及刮宫
- 高龄初产妇（>35岁）
- 产褥感染
- 剖宫产史
- 多孕产次
- 孕妇不良生活习惯（吸烟或吸毒妇女）
- 辅助生殖技术受孕
- 子宫形态异常
- 妊娠中期B超提示胎盘前置状态等。

关：

1

子宫内膜病变或损伤

2

胎盘异常

3

受精卵滋养层发育迟缓

关：

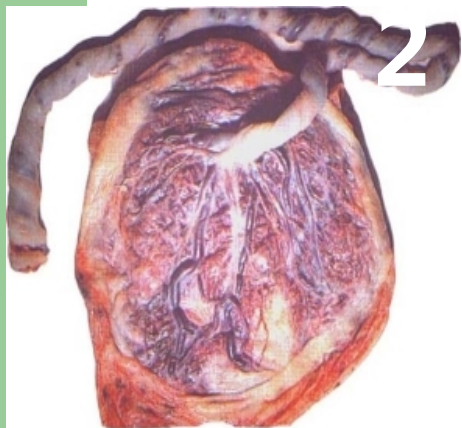
1

子宫内膜病变或损伤

多次流产及刮宫、产褥感染等，引起子宫内膜病变或损伤，再次受孕时子宫蜕膜血管形成不良，胎盘血供不足，为摄取足够营养而扩大面积，延伸到子宫下段。

2

胎盘异常



副胎盘



双胞胎胎盘



胎盘面积较大有可能延伸至子宫下段或覆盖宫颈内口

关：

3

受精卵滋养层发育迟缓

受精卵到达宫腔后，滋养层尚未发育到能着床的阶段，继续下移，着床于子宫下段而形成前置胎盘。

：问题三：分类：1.根据胎盘下缘与宫颈内口关系

1

完全性前置胎盘

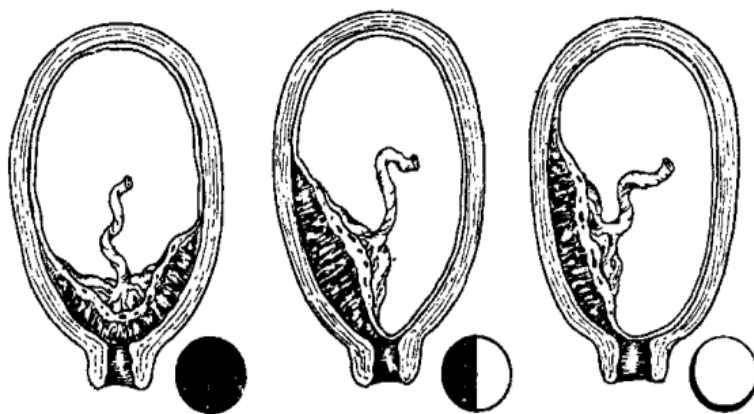
2

部分性前置胎盘

3

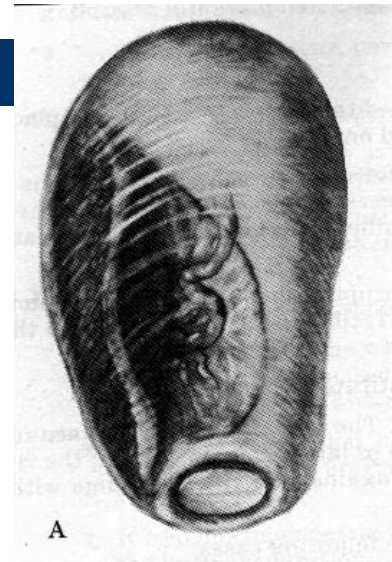
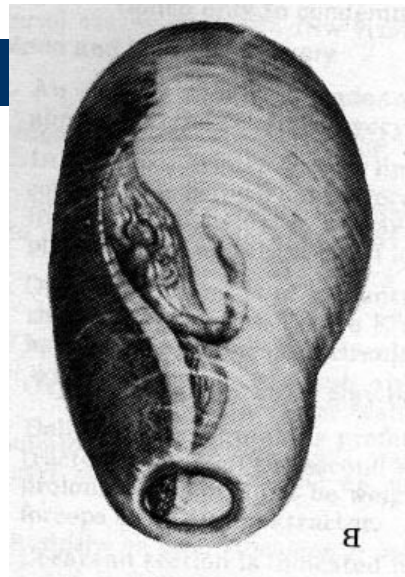
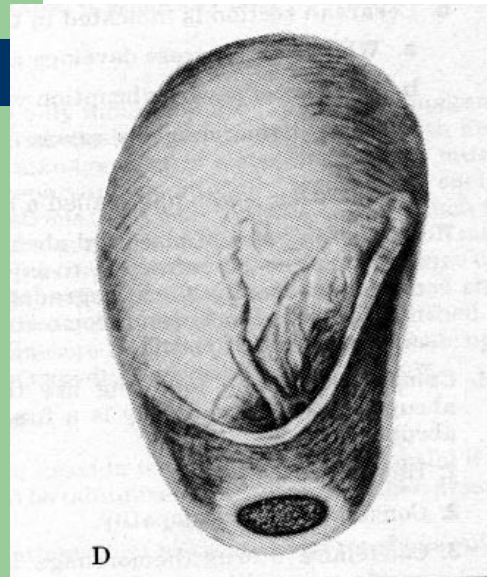
边缘性前置胎盘

胎盘与宫颈内口的关系，以处理前的最后一次检查为准



胎盘下缘与宫颈内口关系可因宫颈管消失，宫口扩张而改变，如临产前为完全性前置胎盘，临产后因宫口扩张而成为部分性前置胎盘

分类



分类：2.根据疾病的凶险程度

1

凶险性

凶险性前置胎盘：前次有剖宫产史，此次妊娠为前置胎盘，发生胎盘植入的危险约为50%

2

非凶险性

临床表现

1

无痛性阴道流血

2

贫血、休克

3

胎位异常

典型症状：妊娠晚期或临产时，无诱因、无痛性反复阴道流血

1.无痛性阴道流血

妊娠晚期或临产后子宫下段逐渐伸展

胎盘不能相应伸展

胎盘与其附着处错位剥离，
血窦破裂出血

无痛性阴道流血

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/966202043222010140>