DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.06.030

帆状胎盘血管前置误诊五例报告

李力 朱锡光 （大坪医院 妇产科）

帆状胎盘血管前置易破裂出血，其出血源于胎儿，若不能及时诊断及处理，极易危及胎儿的生命。我院发现5例，由于缺乏对本病的认识，围产儿死亡4例，现报告如下：

五 例 病 历 摘 要

病例	年龄	孕产	孕周	症状体征	分娩方式	胎盘所见	愈后
1	27	1/0	41⁺	因不规则腹胀痛5 h，阴道大量流血20min入院，查胎心100次/min，按胎儿宫内窒息处理，胎心仍慢，家属不愿手术，待产中胎心消失。	穿颅自娩	胎盘自娩，帆状胎盘，脐带有假结，脐带附着在胎膜上，胎膜裂口边缘有一根血管断裂。	胎死宫内母亲健康
2	26	3/0	39⁺	因早破膜入院，次晨7时有不规律宫缩，胎心正常，7时30分胎心慢118次/min，阴道有少量鲜血及血块流出，按宫内窒息处理，考虑为胎盘早剥，观察15min后未闻及胎心音。	自产	胎盘自娩，帆状胎盘，完整，无早剥征象，脐带附着于胎膜上，胎膜破口处有大量血块，见一根血管断裂。	胎死宫内，脐带绕颈一周，母亲健康
3	26	3/0	33⁺	因早破膜入院，先露高，宫口开全前，胎心正常。宫口开全后胎心100次/min。	胎吸助产	胎盘自娩，帆状胎盘，血管呈Y型，附于胎膜上，血管断裂一根。	新生儿青紫窒息，母婴健康出院。
4	28	1/0	39⁺	因阴道少量流血，疑“前置胎盘”入院治疗4天出院，出血停止，其间胎心正常。一周后胎动少，次日查未闻及胎心，B超提示死胎，利凡诺引产无效，人工破膜有血性羊水和血约1800ml，血压5.33/0kPa即手术。	剖腹产	胎盘低置，帆状胎盘，约30×20×2cm大小，小叶完整，无血块压迹，前置血管断裂，呈黑色。整个脐带呈暗黑色，近胎盘处部分断裂。	死胎母亲健康
5	25	1/0	40⁺	不规律宫缩，阴道少量流血入院后7 h胎心慢128次/min，给氧后20min胎心消失。	自产	胎盘自娩，帆状胎盘，一根脐血管通过胎膜裂口，血管断裂。	新生儿苍白窒息，抢救无效，死亡。母亲健康

讨 论

1. 发病率及对母婴的影响

帆状胎盘的脐带血管附着于胎膜，并横向穿过子宫下段，位于胎先露之前，称为帆状胎盘血管前置（vasa previa）。本症很少见，1773年首次报告以来，文献报告不足200例。Vago[1]报告发病率为1∶2761。我院从80年1月到86年12月共8350人次分娩，发现5例，发病率为0.6‰，即1∶1670。如能提高对本症的认识，其发病率将高于上述数字。血管前置对产妇无损害，我院发生的5例中，除例4因合并胎盘低置出血致产妇休克外，余均无异常表现。但因前置的血管在临产后易受先露压迫，或血管破裂出血，其出血直接源于胎儿，故均可致胎儿宫内窘迫，且围产儿死亡率高，血管前置破裂者达75～100%，未破裂者也占50～60%。本文收集

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

的29例中[1-7]，围产儿死亡18例，达62.1%。其中死产15例，占83.3%。我院80年1月至86年12月死产共30例，其中死于本症3例，占10%。因此，提高对本症的认识是有重要意义的，如能早期诊断，及时处理，可降低围产儿，尤其是死产的发生率。

2．临床表现及分型

典型的临床表现为，临产前、后出现少量阴道流血，多为鲜血，同时出现胎儿宫内窘迫，以胎心减慢多见（病例1、2、3、5）。由于缺乏对本症的认识，尽管其中有4例有典型临床表现，但均未考虑本症，而误诊为“前置胎盘”、或“胎盘早剥”，延误了抢救时间，造成了围产儿死亡。为了便于对本症临床表现的认识，尽早作出本症的诊断，减少围产儿的死亡，我们根据前置血管有否破裂及破裂的先后，提出将本症分为三型：①早破型（见例1、4、5）：前置血管破裂在胎膜破裂前，造成阴道出血。此型易与前置胎盘相混淆。②晚破型（见例2、3）：前置血管破裂在胎膜破裂之后，破膜时未伤及血管。但随产程进展，宫口扩大，先露下降，胎膜裂口逐渐扩大而撕破前置的血管，故阴道出血在破膜之后。③未破型：在分娩过程中，前置血管未受破损，无阴道流血。但当胎先露下降时，血管受压于先露与骨盆壁之间，即造成胎儿缺氧。可能与前置的血管靠近宫颈边缘，不易受损伤有关。此型很少见，易误诊及漏诊。本文收集的29例中，早破型12例（41.4%），晚破型14例（48.3%），未破型3例（10.3%）。

3．诊断方法

由于缺乏对本症的认识，文献报告本症几乎均系产后才明确诊断，我院发现的5例也是如此。因此，我们认为提高对本症的警惕性及认识是诊断本症的关键。当高度怀疑本症时，可通过下述方法进行诊断。①胎儿血红蛋白（HbF）测定。根据HbF的抗碱特性，Israel[1]采用：2～3 ml的阴道血标本与等量的水混合，并以每分2000转离心2 min。取5份淡红色的上清液与1份1%氢氧化钠混合，2 min后，因成人血红蛋白形成碱性化合物呈黄褐色，HbF抗碱性，故仍保持淡红色。②B超检查。Gianoponlos[7]报告以实时超声显像术产前诊断血管前置一例。其特点为子宫内口上方显示一条与脐带一致的搏动区。该搏动区不随胎儿及母亲位置变化而改变，后经剖宫证实为本症。③我们提出用血型鉴定的方法来区别阴道出血的来源。由于约75%胎儿的血型与母亲不一致，故若阴道血与母体血的血型不同，则有诊断意义。我们曾对10例前置胎盘的患者进行阴道血、母体血及脐带血的血型鉴定，其中阴道血与母体血的血型均相同。而阴道血只有2例与脐带血的血型一致。说明用阴道血及母体血血型鉴定来诊断血管前置是一种简单易行而有效的方法。

4．处理原则：

鉴于我院误诊及延误抢救的教训，我们认为一旦确诊或高度怀疑本症，即应尽快结束分娩。在纠正胎儿宫内窘迫的同时，适时选择阴道助产或剖宫产。胎儿娩出后，应将脐带血挤予婴儿，可使新生儿获血30～100ml。并应留脐带血送交叉配血，必要时输血，纠正贫血。

参考文献

1. Vago T, Caspi E. Antepartum Bleeding due to Injury of Velamentous Placental Vessels. Obstet Gynecol 1987; 69:488
2. Pent D. Vasa Previa. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1979; 134: 151
3. 徐尧春。胎盘血管前置。安徽医学 1985; 6（3）:37
4. Naftolin F, Mishell DR. Vasa previa---Report of 3 Cases. Obstet Gynecol 1965; 26:561
5. Alment EAJ. Vasa Previa. Simulating ante---Partum Haemorrhage. British Medical Journal 1949; (2):1273
6. Mitchell APB, et al. Perinatal Death from Foetal Exsanguination. British Medical Journal 1957; 16:611
7. Gianopoulos J. Diagnosis of Vasa Previa with Ultrasonography. Obstet Gynecol 1987; 69:488

（收稿：1987.12.30；修回：1988.9.7）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net