

## 臍帶胎盤植入異常

文／臺中榮總高危險妊娠暨產科主治醫師 蘇修緯

高危險妊娠暨產科

蘇修緯 醫師



### 【主治專長】

1. 一般產科。2. 高危險妊娠。3. 高層次超音波檢查。4. 產後乳房問題。5. 母乳諮詢。6. 子宮頸抹片篩檢。7. 一般婦科。

### 【門診時間】

週一上午／週三下午／週五上午

胎盤是伴隨胚胎而形成的暫時器官，其功能在懷孕期間提供胎兒營養與氧氣並處理廢棄物質。胎盤與子宮連接處有豐富的血管網路。來自母親的養分，透過這片血管網路匯集到臍帶血流中，輸送給胎兒。來自胎兒的代謝產物，由臍帶運送到胎盤，再進入母親的循環。這個由子宮，胎盤，臍帶構成的互相輸送系統若運作不佳，可能導致胎兒生長遲滯，缺氧，酸中毒，甚至死亡。

### 什麼是臍帶胎盤植入異常？

最理想的狀況是胎盤功能良好，且臍帶連接到胎盤的中心（Central Cord Insertion）。若連接的點稍微偏離中心（Eccentric Cord Insertion），也能提供胎兒足夠使用的養分。但若臍帶從胎盤的側面植入，則可能無法有效率的使用到整片胎盤的功能，稱為臍帶邊緣植入（Marginal Cord Insertion），過去也因為這樣子的臍帶胎盤外型酷似板羽球拍，稱其為球拍狀胎盤（Battledore Placenta）。更危險的一種，是臍帶本體並沒有與胎

盤連接，而是植入在胎膜上，經由許多細小的分枝血管連接胎盤。除了輸送的效率大幅降低之外，更要擔心這些沒被臍帶保護層包住的血管會突然斷裂，造成胎兒出血。這種狀況被稱為帆狀植入或帆狀胎盤（Velamentous Cord Insertion or Membranous Cord Insertion），如下圖。



嚴重的臍帶帆狀植入，臍帶主幹（白箭頭）並未與胎盤本體（黑箭頭）直接相連，而是透過許多沒有被保護的血管（白色星號）連接

### 這兩種狀況常見嗎？

大約有 6%-10% 的單胞胎懷孕有臍帶邊緣植入，比較危險的帆狀植入發生率約為 1%-2%。

臍帶胎盤植入的異常在雙胞胎較常發生。較低風險的雙絨毛膜雙胞胎，有6%-20%的機率至少有一胎合併帆狀植入，而較高風險的單絨毛膜雙胞胎，帆狀植入發生率在不同的文獻中是10%-40%。邊緣狀植入則佔25%-35%。

除了多胞胎之外，母親高齡，抽菸，糖尿病，第一胎次，試管嬰兒，及合併前置胎盤等狀況都可能會增加臍帶胎盤植入異常的風險。

### 會造成什麼影響？

臍帶胎盤植入異常，與胎兒體重過輕，子癲前症，胎盤剝離，胎死腹中，新生兒活力差及入住加護病房等併發症相關，孕婦也有較高機率提早生產或接受剖腹生產。但並不是所有案例都需要因此提早生產或剖腹生產。絕大多數的邊緣狀植入，以及情況不嚴重的帆狀植入，若胎兒表現良好，是可以平安自然生產的。臺灣健保也未將其納入剖腹產的適應症。

血管前置（Vasa Previa）是一個很少見（發生率約0.06%）但非常危險的狀況。一經診斷，則不可嘗試陰道生產，因為走在子宮頸口的臍帶血管可能在生產過程中斷裂，導致胎兒出血死亡。帆狀植入有約2%的個案同時有血管前置，需特別注意。

當胎兒出生後，接生者會用按摩子宮和牽引臍帶的方式將胎盤娩出。若臍帶從側邊或懸空植入，偶爾會發生臍帶拉斷，但胎盤仍留在子宮腔內的狀況，

造成生產出血過多，且醫療人員需要將手或器械伸進子宮腔內移除胎盤，增加產婦不適及併發症。

### 如何診斷？

產前超音波能夠快速且正確地找到臍帶胎盤附著位置。第二孕期（20週前後）的高層次超音波是最適合的時間點。到了懷孕後期，由於胎兒較大擋住視野，會讓正確診斷度下降。在懷孕早期，胎盤與子宮的交界處較不明顯，且臍帶偏細，有時需要使用陰道超音波才能看到臍帶植入的位置。

目前對於產前超音波是否一定要看到臍帶胎盤的附著處尚沒有定論。支持者認為既然技術上簡單且正確度高，應列為必要項目。反對者則主張即便診斷出異常，也沒有任何治療方式可以改變這個事實。在沒有合併血管前置，胎兒血流異常，體重過輕等情況下，也不需要採取額外的行動，過度的診斷只是徒增孕婦焦慮而已。

### 我被告知有臍帶胎盤植入異常，接下來怎麼做？

請與產檢醫師諮詢。若照超音波和產檢不是在同一機構的話，請將超音波照片帶到診間，讓醫師了解詳細的狀況，制定未來的追蹤計畫。邊緣植入一般不需要改變產檢的頻率或生產方式，平常多注意胎動及定期追蹤胎兒生長是否落後即可。帆狀植入則視嚴重程度，可能會在後期較密切的產檢，提早生產，或建議剖腹生產。