

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2017.17.026
文章编号: 1005-8982(2017)17-0125-02

临床报道

超声诊断子宫瘢痕部位胎盘植入的应用价值*

林丽华¹, 韦舒静¹, 李建华¹, 谭青兰¹, 温荣华²

(广西医科大学附属南宁市第一人民医院 1.超声科, 2.产科, 广西 南宁 530022)

摘要:目的 探讨超声诊断子宫瘢痕部位胎盘植入的应用价值。方法 选取 2013 年 1 月 - 2016 年 6 月本院经临床证实为剖宫产瘢痕部位胎盘植入患者 13 例作为研究对象, 回顾性分析临床资料。结果 该组 13 例患者均经术后病理证实为子宫瘢痕部位胎盘植入, 产前单纯经腹超声提示胎盘植入 10 例, 合并前置胎盘 9 例, 漏诊 3 例, 超声诊断符合率为 76.9%; 经腹联合经会阴超声检查提示胎盘植入 12 例, 合并前置胎盘 12 例, 漏诊 1 例, 超声诊断符合率为 92.3%。结论 超声在子宫瘢痕部位胎盘植入诊断中具有较高的符合率, 其中经腹联合经会阴检查诊断符合率高于单纯经腹检查, 对于经腹超声检查阴性而临床可疑胎盘植入患者, 应经腹联合经会阴超声检查, 可为临床诊治胎盘植入提供重要依据。

关键词: 胎盘植入; 剖宫产瘢痕部位; 产前超声

中图分类号: R445.1

文献标识码: B

胎盘植入是胎盘绒毛异常植入到子宫肌层, 其是由于基底层蜕膜发育不良所导致。随着国家对二胎生育政策的开放, 剖宫产术后再次妊娠的孕妇增多, 其远期并发症也会随之增加, 其中包括子宫切口部位发生胎盘植入的风险增加。其已经成为导致孕产妇死亡、围产期子宫切除和产后出血的重要原因^[1-2]。如在产前能做出准确的诊断, 临床方可制订周密、正确的方案, 对降低孕产妇死亡率有重要的临床意义, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2013 年 1 月 - 2016 年 6 月本院收治有剖宫产史、经手术和病理确诊为剖宫产瘢痕部位胎盘植入的患者 13 例。其中, 合并前置胎盘 12 例。孕妇年龄 21 ~ 41 岁, 平均 31 岁; ≥ 35 岁 8 例, < 35 岁 5 例。10 例为有 1 次剖宫产史, 3 例为有 2 次剖宫产史。终止妊娠孕周 28 ~ 39 周。所有患者做超声检查在剖宫产术前 1 周内。

1.2 检查方法

使用美国飞利浦公司的 IU22 彩色多普勒超声诊断仪, 频率分别为 3.5 和 6.0 MHz。孕妇膀胱适度充

盈, 先取仰卧位, 予其常规的产前超声测量及检查, 其中包括胎盘经腹部扫查情况(见图 1), 对于临床可疑胎盘植入而经腹的超声检查却为阴性患者, 予行经会阴联合经腹超声检查(见图 2)。主要观察的内容包括: 胎盘主要附着的位置、胎盘的厚度、胎盘的实质的回声情况、胎盘实质内有无杂乱的液性暗区、是否存在胎盘后间隙、子宫肌层与胎盘间的分界情况、膀胱壁浆膜层、子宫浆膜层的完整性及彩色多普勒血流情况。同时在工作站内存储相关的超

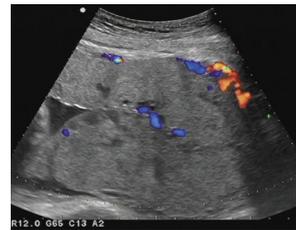


图 1 经腹部探查胎盘植入声像图

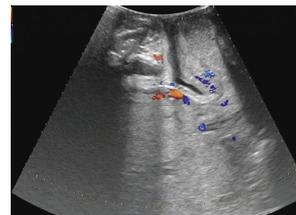


图 2 经会阴探查胎盘植入声像图

收稿日期: 2016-11-23

* 基金项目: 广西壮族自治区卫生和计划生育委员会自筹经费科研课题(No: Z2015266)

[通信作者] 韦舒静, E-mail: 513502976@qq.com; Tel: 18077105779

声声像图。

2 结果

本组 13 例患者术后病理均证实为剖宫产瘢痕部位妊娠晚期胎盘植入,产前经腹超声提示 10 例胎盘植入,其中 9 例合并前置胎盘,3 例漏诊,超声诊断符合率为 76.9%;经腹联合经会阴超声检查提示 12 例胎盘植入,其中 12 例均合并前置胎盘,漏诊 1 例,超声诊断符合率为 92.3%。

3 讨论

3.1 胎盘植入的病因、高危因素

目前研究认为,蜕膜发育不良及过度的滋养细胞侵袭是其发病的主要原因,可能与蜕膜组织和胎盘绒毛组织侵蚀能力之间的平衡失调有关^[3]。剖宫产史、前置胎盘、孕妇高龄(>35 岁)及多次孕育等是胎盘植入的高危因素^[4]。胎盘植入最多发生在以往剖宫产术的部位。本组患者均有剖宫产史,其中 1 次剖宫产有 10 例,2 次剖宫产史有 3 例。孕妇高龄亦可增加胎盘植入的发病风险,本组 ≥35 岁共 8 例,高龄所占比例达 61.5%。ESAKOFF^[5]报告,多次孕育与胎盘植入关系密切;本组有 10 例孕 >3 次,孕次最多的为 7 次。

3.2 胎盘植入的分型、超声诊断标准

3.2.1 胎盘植入的分型 依据胎盘绒毛到达子宫肌层的程度不同,胎盘植入可以分为 3 大类:①胎盘植入:绒毛已侵入到子宫肌层内;②穿透性胎盘:胎盘绒毛已穿透子宫肌壁并且到子宫达浆膜面,甚至可穿透整个子宫壁,而附着于子宫邻近其他脏器,如膀胱;③黏连性胎盘:胎盘绒毛仅附着于子宫肌层表面,而未侵入到子宫肌层^[6]。

3.2.2 剖宫产瘢痕部位胎盘植入超声诊断标准 ①胎盘覆盖处的子宫肌层变薄 ≤2.0 mm 或消失;②子宫与膀胱壁间分界线变薄,甚至是破损、中断;③彩色多普勒分布异常,显示子宫浆膜与膀胱交界面的血管增多、宫旁血管扩张、胎盘基底或周围血管分布增多并且增粗而不规则;④既往有剖宫产史,且胎盘附着于子宫前壁下段^[6]。

3.3 个人体会

①超声医师对胎盘植入的认识,应引起足够重视;②详细了解孕妇的一般情况及病史,了解有无可能引起可胎盘植入的高危因素;③高年资的超声医师,其经验较丰富,对诊断胎盘植入的准确率较年轻医师高;④仪器分辨率的高低直接影响图像的质量,患者自身客观条件的限制,如肥胖、膀胱不充盈,均不易于观察胎盘和子宫前壁下段的情况;⑤对于胎盘植入范围较小或粘连性前置胎盘产前超声诊断还是较困难的,存在高危因素的孕妇如超声不能完全排除胎盘植入时可行磁共振检查。

妊娠晚期剖宫产瘢痕部位胎盘植入因其位置特殊、超声声像具有典型性,所以超声诊断中具有较高的符合率。观察到胎盘后间隙消失,这是诊断胎盘植入的主要征象;胎盘异常增厚并且胎盘实质回声不均,其内可见较多液性暗区是最常观察到的征象;整个胎盘与子宫前壁下段分界不清,呈现为一局部突向膀胱的混合性回声团,团块较大、血流丰富是最易观察到的征象。超声表现与病理分型的符合率常较高。对于经腹超声检查阴性而临床高度可疑胎盘植入患者,应行经腹联合经会阴超声检查,可以为临床诊治胎盘植入提供重要依据。

参 考 文 献:

- [1] 陈敦金, 苏春宏. 胎盘植入[M]. 长沙: 湖南科技出版社, 2013: 2.
- [2] KASSEM G A, ALZHRANI A K. Maternal and neonatal outcomes of placenta previa and placenta accreta: three years of experience with a two-consultant approach[J]. Int J Womens Health, 2013, 5: 803-810.
- [3] SHOLAPURKAR S L. Increased incidence of placenta praevia and accreta with previous caesareans—a hypothesis for causation[J]. J Obstet Gynaecol, 2013, 33(8): 806-809.
- [4] ESAKOFF T F, SPARKS T N, KAIMAL A J, et al. Diagnosis and morbidity of placenta accreta[J]. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, 2011, 37(3): 324-327.
- [5] WU S, KOCHERGINSKY M, HIBBARD J U. Abnormal placentation: Twenty-year analysis [J]. Am J Obstet Gynecol, 2005, 192(5): 1458-1461.
- [6] 邓学东. 产前超声诊断与鉴别诊断[M]. 北京: 人民军医出版社, 2013: 293-294.

(李科 编辑)