

产前超声诊断不同类型前置胎盘的临床应用价值

洪 英

摘 要 **目的** 探讨产前超声诊断不同类型前置胎盘的临床应用价值。**方法** 选取我院经产前超声诊断为前置胎盘孕妇 228 例,对比产后不同类型前置胎盘的诊断准确率,分析其临床特征、妊娠结局等情况。**结果** 产前超声诊断 228 例前置胎盘孕妇中,准确诊断 224 例(98.2%),分别为完全性前置胎盘 75 例,部分性前置胎盘 71 例,边缘性前置胎盘 78 例;误诊 4 例。其中以完全性前置胎盘危害最为严重,其胎盘植入、产后出血及新生儿发生窒息的情况较部分性和边缘性前置胎盘发生率高,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。**结论** 产前超声诊断不同类型前置胎盘对产前临床处理和预后提供了重要依据和指导意义。

关键词 超声检查;前置胎盘

[中图法分类号] R445.1

[文献标识码] A

Clinical application value of prenatal ultrasound in diagnosis of different types of placenta praevia

HONG Ying

Department of Function, Haizhu Maternal and Child Health Hospital, Guangzhou 510240, China

ABSTRACT **Objective** To explore the clinical application value of prenatal ultrasound in diagnosis of different types of placenta praevia. **Methods** Two hundred and twenty-eight pregnant women with placenta praevia diagnosed by prenatal ultrasound were selected. The coincidence rate of prenatal ultrasound with the postpartum clinical diagnosis was compared. The clinical characteristics, pregnancy outcome etc. were analyzed. **Results** In 228 cases with placenta praevia, there were 75 cases of complete placenta praevia, 71 cases of partial placenta praevia, 78 cases of marginal placenta praevia. The general coincidence rate of prenatal ultrasound was 98.2%. The complete placenta praevia was the most serious, the incidence rate of placenta accrete, postpartum hemorrhage and neonatal asphyxia was higher than that of other types of placenta praevia, there was significant difference ($P < 0.05$). **Conclusion** Prenatal ultrasound diagnosis of different types of placenta praevia provides important reference and guidance significance for prenatal clinical treatment and prognosis.

KEY WORDS Ultrasonography; Placenta praevia

前置胎盘是产科常见疾病,指妊娠 28 周后,若胎盘附着于子宫下段、下缘达到或覆盖于宫颈内口,位置低于胎先露部,是晚孕期严重并发症之一,也是妊娠晚期阴道流血最常见的原因^[1-2]。产前诊断前置胎盘主要依靠超声检查,其作为产前非侵入性诊断手段,可清楚显示子宫壁、胎盘、胎先露部及宫颈的位置,并可根据胎盘下缘与宫颈内口关系,确定前置胎盘类型。前置胎盘孕妇在妊娠早、中期一般无症状,妊娠晚期或足月时可发生无痛性反复出血,严重时单次出血可使患者陷入休克状态。研究^[3]表明前置胎盘的妊娠结局与其类型有一定关系。本研究选取我院 228 例经产前超声诊断的不同类型前置胎盘孕妇,与产后临床诊断进行对比,探讨产前超声诊断不同类型的前置胎

盘在临床中的应用价值;同时分析不同类型前置胎盘与妊娠结局之间的关系。

资料与方法

一、临床资料

选取 2008 年 6 月至 2015 年 6 月我院经产前超声诊断为前置胎盘的孕妇 228 例,孕妇年龄 24~42 岁,孕 28~41 周,均为单胎妊娠,所有病例均追踪至胎儿出生情况及产后胎盘情况。

二、仪器与方法

1. 仪器:使用 Philips En Visor HD、GE Voluson E 8 等彩色多普勒超声诊断仪,二维凸阵经腹部探头频率 2~7 MHz。

2.方法:孕妇取平卧位,先经腹部超声行常规产科检查,依次扫查胎儿头颅、颜面、胸部、腹部、四肢、脐带、胎盘及羊水,重点观察胎盘、子宫壁、宫颈位置及胎先露部,并显示胎盘下缘与子宫内口关系。当经腹部难以显示胎盘和宫内口情况时,联合经会阴超声检查(孕妇取膀胱截石位),使其能清楚显示宫颈内口或边缘是否见胎盘。

根据胎盘下缘与子宫颈内口的关系,可将前置胎盘分为3类^[1]:①完全性前置胎盘或称中央性前置胎盘,胎盘组织完全覆盖宫颈内口;②部分性前置胎盘:胎盘组织部分覆盖宫颈内口;③边缘性前置胎盘:胎盘下缘附着于子宫下段,下缘到达宫颈内口,但未超越宫颈内口。

3.产后前置胎盘诊断标准:剖宫产术中直视下证实为前置胎盘;阴道分娩后检查胎盘,发现胎盘前置部分的胎盘母体面

有陈旧性黑紫色血块附着,或胎膜破口距离胎盘边缘<7 cm^[1]。

4.观察项目:比较产后不同类型前置胎盘的诊断准确率,并对患者的临床特征、妊娠结局等情况进行统计分析。

三、统计学处理

应用 SPSS 13.0 统计软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较行 t 检验;计数资料比较行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

一、不同类型前置胎盘产前超声诊断结果

产前超声诊断的 228 例前置胎盘中,准确诊断 224 例(98.2%),其中完全性前置胎盘 75 例(图 1)、部分性前置胎盘 71 例(图 2)、边缘性前置胎盘 78 例(图 3);误诊 4 例。

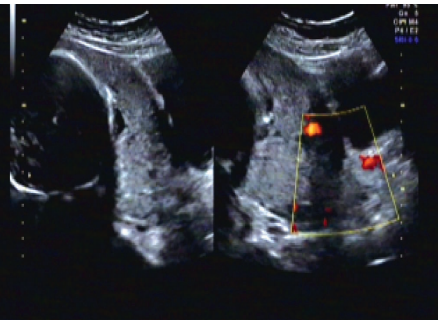


图 1 完全性前置胎盘声像图

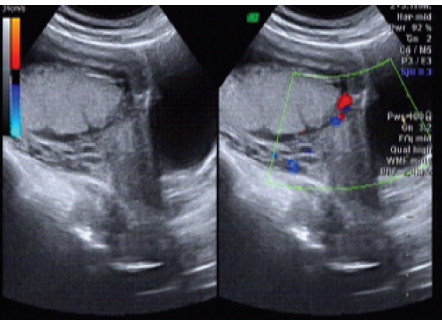


图 2 部分性前置胎盘声像图

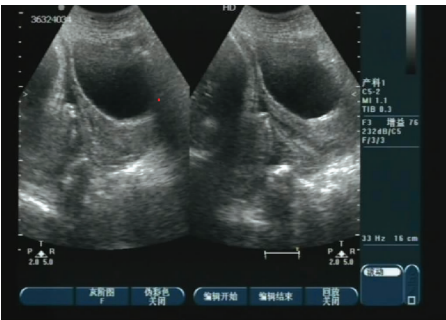


图 3 边缘性前置胎盘声像图

二、不同类型前置胎盘临床特征比较

完全性前置胎盘孕妇年龄、孕次均明显高于部分性和边缘性前置胎盘,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),见表 1。

表 1 不同类型前置胎盘临床特征比较($\bar{x} \pm s$)

类型	年龄(岁)	孕次(次)
完全性(75)	34.5±2.3	3.4±1.8
部分性(71)	30.3±2.2	2.2±1.1
边缘性(78)	30.8±1.6	2.1±1.2

三、不同类型前置胎盘的妊娠结局

不同类型前置胎盘孕妇在分娩方式、分娩孕周、产后出血、新生儿情况及胎盘粘连或植入情况见表 2。其中,以完全性前置胎盘危害性最为严重,其胎盘植入、产后出血及新生儿发生窒息的情况较另外两种前置胎盘发生率高,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。

讨 论

前置胎盘是一种产科急症,对母婴预后均不利,严重者可导致胎儿死亡^[4]。发病机制可能与子宫蜕膜发育不良或者发育缺陷,受精卵着床后血供不足,为获得更多血供导致胎盘面积异常

增大有关^[5]。前置胎盘产前主要依赖超声诊断,这是由于近年来超声在临床的广泛应用,其具有快捷、安全、无创及可重复性的优点,本研究结果表明产前超声对前置胎盘诊断准确率高达 98.2%,可作为产前诊断前置胎盘的一种首选检查方法。另外,本研究对前置胎盘患者的临床特征、妊娠结局等情况进行回顾性分析,证实不同类型前置胎盘对妊娠结局有很大影响,完全性前置胎盘对产妇的危害明显高于部分性和边缘性前置胎盘,部分性前置胎盘对产妇的危害高于边缘性前置胎盘,且不同类型前置胎盘产妇的妊娠结局也存在差异。本研究中完全性和部分性前置胎盘分娩方式基本采取了剖宫产,边缘性前置胎盘有 33% 采取了经阴道分娩,完全性前置胎盘分娩孕周小于 36 周者占 52%,部分性占 31%,边缘性仅占 19%,这是由于完全性前置胎盘往往初次出血的时间早(约在孕 28 周),反复出血的次数频繁且量较多,出血严重时患者可发生休克,胎儿发生缺氧,甚至胎死宫内,而边缘性前置胎盘初次出血发生较晚,多于孕 37~40 周或临产后发生,量也较少,病情较轻;部分性前置胎盘初次出血时间和出血量介于上述两者之间。部分性或边缘性前置胎盘患者,破膜有利于胎先露对胎盘的压迫,破膜后胎先露若能迅速下降,直接压迫胎盘,出血可以停止。此外,284 例前置胎盘中发

表 2 不同类型前置胎盘的妊娠结局情况比较

类型	胎盘粘连	胎盘植入	分娩方式		分娩孕周		产后出血*	新生儿情况	
			阴道	剖宫产	> 36 周	< 36 周		窒息	死亡
完全性(75)	28	7	0	75	36	39	22	3	0
部分性(71)	15	2	0	71	49	22	5	1	0
边缘性(78)	7	0	26	52	63	15	5	0	0
合计	50	9	26	198	148	76	32	4	0

* 胎儿分娩 24 h 内阴道分娩时失血量>500 ml 或剖宫产时出血量>1000 ml 者定义为产后出血。

生胎盘植入 9 例,完全性前置胎盘占 7/9,发生率远远大于部分性前置胎盘(2/9),由此可见完全性前置胎盘往往容易合并胎盘植入,即胎盘长入了子宫肌层,这种情况非常危险,分娩后胎儿娩出而胎盘无法娩出将会造成大出血,严重者需要切除子宫甚至危及孕妇生命。

综上所述,产前超声诊断不同类型前置胎盘对产前临床处理和预后提供了重要依据和指导意义。

参考文献

[1] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013:

126-128.

[2] 姜玉新, 戴晴. 超声诊断科诊疗常规[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 347.

[3] 周晓莉, 郭秋琼, 肖晓菲, 等. 前置胎盘的发病因素及其对妊娠结构的影响[J]. 中国妇幼保健, 2010, 25(12): 1616-1617.

[4] 于冰, 黄惠英. 前置胎盘类型及产前出血与妊娠结局的分析[J]. 实用临床医药杂志, 2011, 15(3): 109-111.

[5] Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta[J]. Am J Obstet Gynecol, 1997, 177(1): 210-214.

(修回日期: 2016-05-16)

• 病例报道 •

Ultrasonic diagnosis of fetal butterfly vertebra: a case report

超声诊断胎儿蝴蝶椎 1 例

韩晓明 王 盈

[中图法分类号] R714.53; R445.1

[文献标识码] B

孕妇, 24 岁, 孕 1 产 0, 既往身体健康, 无遗传性疾病、药物及化学物品接触史。孕 26^w 周超声检查: 胎儿各生长参数均在正常范围内, 脊柱矢状切面见第二腰椎椎体呈前窄后宽的楔形; 冠状切面可见病变椎体呈两个尖端相对的楔形, 邻近椎体稍增大, 向病变椎体中央变细部凸出(图 1); 横切面显示椎体中部矢状裂缝, 椎体分离成左右两部分, 呈楔形, 两个骨块大小不相等。余未见异常。三维超声显示冠状切面第二腰椎椎体呈左右相对楔形, 一侧椎体变小呈圆形(图 2)。产前超声诊断: 胎儿椎体异常, 考虑蝴蝶椎。



图 1 冠状切面二维超声显示病变椎体呈两个尖端相对的楔形

讨论: 蝴蝶椎又名矢状椎体裂, 是一种少见的先天性椎体畸形, 系脊索在椎体中央矢状面残留致椎体中央部发育很细或缺如, 形成椎裂, 因椎体由尖端相对的两部分组成, 形成蝴蝶而得名。这种矢状裂椎可在生后 6 个月内消退, 或持续存在。通常累及邻近椎体, 促使其代偿性生长, 向蝴蝶椎中央变细部凸出。蝴蝶椎是一种稳定型的脊柱畸形, 通常无症状, 常引起脊柱后凸, 单发蝴蝶椎脊柱后凸不明显, 可伴有其他椎体

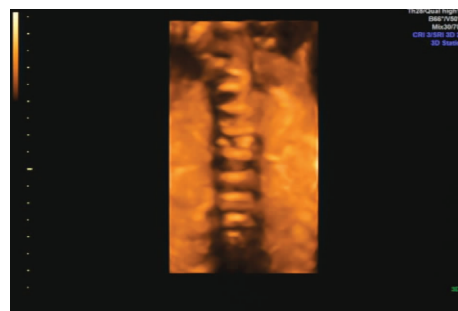


图 2 冠状切面三维超声显示第二腰椎椎体呈左右相对楔形, 一侧椎体变小呈圆形

畸形、脊髓纵裂, 并与某些综合征有关, 如 Alagille 综合征。因此, 超声诊断蝴蝶椎后应同时仔细检查胎儿椎体有无合并其他异常。辛忠秋等^[1]认为三维超声透明成像模式和动态三维超声可对胎儿椎体及脊柱的整体形态进行全面评估。本病例三维超声冠状切面可清晰显示脊柱椎体形态, 部分脊柱呈侧弯, 病变处显示椎体排列不整齐, 呈楔形或三角形。临床上, 产前二维超声矢状切面发现脊柱排列不整齐时, 应进行横切面扫描, 结合三维超声, 判断畸形的类型、部位, 并检查有无其他合并畸形, 为产前咨询和畸形预后的评估提供可靠的依据, 具有重要的临床价值。

参考文献

[1] 辛忠秋, 蔡爱露, 李婷, 等. 应用三维超声诊断胎儿半椎体畸形[J]. 中国超声医学杂志, 2009, 25(12): 1189-1191.

(修回日期: 2016-05-13)