

时超声对心内细微结构显示并不满意,诊断先天性心脏病较困难,但心脏位置及其大体结构在早孕期可以清晰显示,因此,胸外心脏这类畸形完全可以在早孕期检出,且已有相关文献^[3]报道。此外,经阴道超声检查可以弥补经腹超声检查的一些不足,孕早期胎儿基本位于盆腔,经阴道高频探头可更接近胎儿心脏,且能排除孕妇腹壁脂肪厚、盆腔气体干扰大等影响因素,提高胎儿心脏的显示清晰度,使胎儿心脏畸形的检出时间明显提前^[4]。

综上所述,早孕期胎儿胸外心脏的超声表现具有一定特征性,超声对该畸形的早诊断、早治疗及早处理有着重要临床意义。

参考文献

- [1] 杜峰,余国伟.心脏异位与先天性心脏病关系研究进展[J].浙江医学,2005,27(10):797-799.
- [2] 彭海清,周启昌,范平,等.胎儿心脏异位的产前诊断和预后[J].中华超声影像学杂志,2007,16(9):824-825.
- [3] Pius S, Abubakar IH, Bello M, et al. Complete ectopia cordis: a case report and literature review[J]. Case Rep Pediatr, 2017, 2017(3):1-6.

(收稿日期:2017-09-28)

· 病例报道 ·

Ultrasonic diagnosis of hematoma under chorionic villi of placenta: a case report

超声诊断胎盘绒毛膜下血肿 1 例

蒋玉莲

[中图法分类号] R445.1

[文献标识码] B

孕妇,29岁,孕1产0,孕23周胎儿系统超声检查未见明显异常:双顶径58 mm,头围205 mm,腹围173 mm,股骨36 mm,肱骨34 mm,羊水指数165 mm,内见细点状回声。胎盘位于前壁,厚度约35 mm,附着面较小,胎盘下缘距宫颈内口长度>70 mm。胎盘胎儿面脐带插入处见一大小为87 mm×62 mm×82 mm的混合回声(图1),向羊膜腔内突出;CDFI未探及明显血流信号。超声提示:胎盘胎儿面脐带入口处混合性占位(考虑血肿可能,建议进一步检查)。后行MRI检查:胎盘脐带入口处血肿可能性大。孕妇于孕30周和孕33周行超声检查均未见血肿大小变化,

胎儿生长略小于孕周。孕37周超声检查:双顶径90 mm,头围321 mm,腹围298 mm,股骨60 mm,肱骨53 mm。胎盘脐带入口处血肿大小约95 mm×42 mm×75 mm,胎盘分级Ⅱ~Ⅱ+,胎盘附着面较小,呈球形改变。遂行剖宫产娩出一男婴,体质量2400 g,新生儿Apgar评分9分,胎盘呈球拍状,脐带较细,胎盘脐带入口处见陈旧性血块约200 ml(图2),压迫脐带根部,羊水量600 ml,呈淡血性。胎盘病理结果为胎盘绒毛膜下血肿,脐带直径1 cm,内含一根脐静脉和两根脐动脉。病理检查:绒毛膜板下血肿形成,绒毛间小血肿形成,局部绒毛充血(图3)。



图1 胎盘绒毛膜下血肿的超声图像

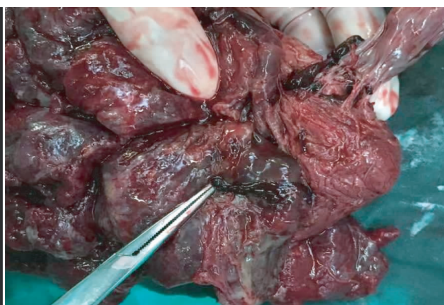


图2 产后胎盘脐带入口处血肿的大体图

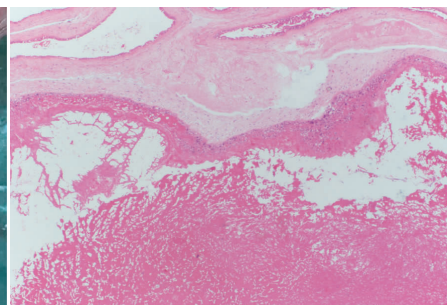


图3 绒毛膜下血肿的病理图(HE染色,×40)

讨论:胎盘绒毛膜下血肿是指绒毛膜板与底蜕膜分离引起出血,血液积聚在绒毛膜板与底蜕膜之间形成血肿。该类孕妇大多有妊娠高血压病和子痫前期等并发症。胎盘脐带入口处血肿也可由脐静脉穿刺造成脐静脉破裂引起血液流入华通胶质内形成血肿。本例孕妇无脐静脉穿刺史,整个孕期血压、血糖均正常,无明显孕期合并症,仅于孕23周系统超声检查时发现胎盘脐带入口处较大血肿,较为罕见。尽管后期随访中血肿无明显增大,但胎儿生长受到了一定影响,孕37周生产胎儿体质量仅2400 g,分析原因可能是血肿压迫脐带入口处导致脐带供血受限。胎盘脐带入口处血肿需与此处的胎盘绒毛膜血管瘤相鉴别:

胎盘绒毛膜血管瘤呈圆形或椭圆形,超声表现为低回声并见条束状交叉分隔呈网状,或有较多小囊腔如蜂窝状,也可表现为实质性团样回声,CDFI可探及丰富血流信号;而胎盘绒毛膜血肿无血流显示,这是鉴别的关键。胎盘脐带入口处血肿还需与此处的脐带囊肿鉴别。

胎盘绒毛膜下血肿有时进展迅速,临床处理较困难,常伴不良结局。超声检查无创、简便、重复性好,可跟踪随访血肿进展情况和监测胎儿生长发育,为临床提供及时可靠的信息。

(收稿日期:2017-05-13)