

# Ultrasound diagnosis of pernicious placenta previa with cervical implant cesarean section: a case report

## 超声诊断凶险型前置胎盘伴宫颈植入剖宫产 1 例

杨 琼

[中图法分类号] R445.1

[文献标识码] B

患者女, 31 岁, 孕 4 产 1, 既往剖宫产史 1 次。自述孕 8 周和孕 23 周均因阴道出血多于月经量于外院就诊, 超声提示完全性前置胎盘, 予黄体酮、硫酸镁止血对症治疗。未行口服葡萄糖耐量试验、TORCH、颈项透明层检查, 唐氏筛查提示开放性神经管缺陷高风险, 风险值: 3.53, 患者未予处理, 出血好转后出院。今因孕 28 周反复阴道少量出血首次于我院就诊。超声检查: 宫内单活胎, 头位, 双顶径 7.2 cm, 腹围 25.7 cm, 股骨长 5.6 cm, 胎心率 138 次/min, 律齐, 脐动脉收缩末与舒张末峰值血流比值 2.9, 胎盘附着于子宫下段、宫颈前唇及宫颈后唇, 距宫颈外口 1.1 cm, 下缘完全覆盖宫颈内口(图 1), 宫颈内口与胎盘分界不清, CDFI 可探及其间漩涡状血流信号(图 2)。羊水深度 7.1 cm。超声提示: 单活胎, 中央型前置胎盘, 宫颈植入。患者间断于我院住院保胎治疗, 孕 35 周时因自觉下腹坠胀, 行子宫下段剖宫产术, 助娩一活男婴, 新生儿 Apgar 评分 8-9 分。术中见子宫下段膨隆, 血管怒张, 孕足月大, 羊水清, 量约 500 ml, 肉眼观胎盘欠完整, 表面毛糙, 剥离面大量出血, 行子宫下段缩窄缝合术、无菌橡胶条捆扎宫颈止血, 反复缝合子宫前后壁止血, 仍见活动性出血, 行双侧髂内动脉结扎术及双侧子宫动脉结扎术, 再次缝合子宫下段, 宫颈活动性出血无好转, 经患者家属同意, 遂行全子宫切除术。术后予抗感染、支持治疗, 促子宫复旧治疗, 患者恢复佳。

讨论: 近年来凶险型前置胎盘发生率逐渐升高, 该病治疗困难, 尤其合并宫颈植入者, 在剖宫产过程中常出现大出血、休克、弥漫性血管内凝血, 严重时需子宫切除, 甚至致孕产妇死亡<sup>[1]</sup>。超声对晚孕期诊断胎盘附着部位及是否有宫颈植入具有很高的特异性<sup>[2]</sup>, 追溯本例孕妇外院超声检查结果仅提示完全性前置胎盘, 并未提及宫颈植入, 提示在晚孕期行常规超声检查时, 对既往剖宫产史患者, 需认真扫查宫颈形态、宫颈管长度、胎盘位置及宫颈植入与否。若超声提示宫颈内口模糊不清, 宫颈管变短, 宫颈呈梭形增大, 前后唇变薄, 胎盘与宫颈内口无明显分界, 其间可见不规则无回声区, CDFI 示漩涡状血流信号, 此时应考虑宫颈植入<sup>[3]</sup>。本例宫颈植入声像图典型, 胎盘几乎侵占整个宫颈, 与宫颈间血流丰富, 因此确诊。研究<sup>[4]</sup>报道血管阻断手术联合植入部位缝补术能有效减少该类患者术中出血, 降低子宫切除率。本例产妇反复进行血管阻断和植入部位缝补术后, 子宫活动性出血症状仍未改善, 故最终行子宫切除术。

产前超声简便、迅速, 可作为准确诊断本病的首选方法。对具有剖宫产史再次怀孕患者, 在整个孕期均应规范行产前超声检查, 以明确胎盘附着部位、是否伴随子宫肌壁及宫颈植入, 有助于采取积极的预防措施, 及时转诊。

### 参考文献

- [1] 柳亚芬. 凶险型前置胎盘的诊治进展[J]. 中国临床医生杂志, 2017, 45(6): 15-17.
- [2] 李琴, 邓学东, 王中阳, 等. 凶险型前置胎盘合并胎盘植入的产前超声诊断分析[J]. 中华医学超声杂志(电子版), 2016, 13(3): 218-223.
- [3] 陆安伟, 秦娟. 宫颈妊娠诊治策略[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2017, 33(9): 900-903.
- [4] 姜子燕, 卢红梅, 张国英, 等. 凶险型前置胎盘伴植入患者手术方式探讨[J]. 南京医科大学学报(自然科学版), 2017, 37(12): 1625-1627.

(收稿日期: 2018-03-13)

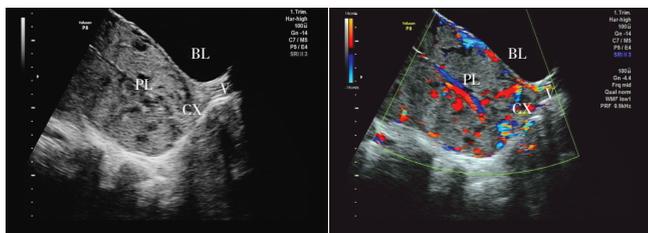


图 1 经腹超声检查子宫下段及宫颈管胎盘附着(BL:膀胱; PL:胎盘; V:阴道; CX:宫颈)

图 2 CDFI 示子宫下段及宫颈管胎盘与肌壁间探及漩涡状血流信号(BL:膀胱; PL:胎盘; V:阴道; CX:宫颈)