

经腹部超声联合经会阴超声检查诊断前置胎盘的临床价值

樊树华, 邹翰琴(四川省宜宾市第二人民医院超声科 644000)

【摘要】 目的 探讨提高超声诊断前置胎盘准确率的方法。**方法** 选择宜宾市第二人民医院 2010 年 5 月至 2013 年 5 月经产后确诊的前置胎盘 102 例进行回顾性分析, 所有病例均单独经腹部超声检查和单独经会阴超声检查作出有无前置胎盘的超声诊断, 再将两种方法联合应用进行综合分析诊断, 将三者诊断符合率作比较。**结果** 单纯经腹部或经会阴超声检查诊断前置胎盘的符合率分别为 71.57% 和 86.27%, 而将两种检查方法联合分析诊断符合率为 96.08%, 差异有统计学意义($P<0.01$)。**结论** 经腹部超声联合经会阴超声检查能提高前置胎盘的诊断符合率, 具有临床应用价值。

【关键词】 经腹部; 超声检查, 经会阴部; 前置胎盘
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.05.039 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)05-0664-02

正常情况下胎盘附着在子宫体部或子宫底部, 如果胎盘附着于子宫下段或覆盖宫颈内口, 位置低于胎儿的先露部, 称为前置胎盘^[1]。前置胎盘发生的常见原因有多产, 多次刮宫术及子宫内膜炎等引起的子宫内膜损伤与病变, 副胎盘及分叶胎盘等胎盘形状异常, 膜状胎盘, 多胎妊娠等引起的胎盘面积过大, 受精卵滋养层发育迟缓等。有报道前置胎盘的发生率为 0.24%~1.57%^[2], 随着剖宫产与人工流产术的广泛应用, 前置胎盘的发病率呈逐年增高的趋势, 已成为妊娠晚期阴道出血的主要原因之一, 常因产后大量出血、感染等病症危及母亲生命, 同时也会引发胎儿缺血缺氧, 导致新生儿窒息或死亡。明确诊断有利于临床医生正确选择分娩方式, 降低母婴病死率和剖宫产率, 提高围生期安全系数。超声检查是目前诊断前置胎盘的首选方法^[3], 具有有效、简便、无创、且定位诊断准确率高等特点^[4]。本文应用经腹和会阴两种超声检查方法联合诊断前置胎盘, 对比分析单纯经腹或经会阴超声诊断前置胎盘的准确率, 以探讨其临床应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2011 年 5 月至 2013 年 5 月经产后确诊为前置胎盘的患 102 例。年龄 19~37 岁, 平均 27 岁; 孕 28~40⁺ 周, 平均孕周(37.4±2.0)周; 孕次 1~4 次; 其中初产妇 61 例, 经产妇 41 例; 有人工流产史 67 例, 剖宫产史 26 例。

1.2 仪器与方法 采用 GE-E9 及日立 900 型彩色超声诊断仪, 四维容积探头及腹部探头频率 3~5 MHz。102 例孕妇均先经腹部再经会阴超声检查。(1)经腹部超声检查。检查前让孕妇饮水至膀胱适度充盈, 孕妇仰卧位, 以便胎盘下缘与宫颈内口的影像充分显示^[5]。确定“V”字形宫颈管内口后, 观察胎盘位置以及胎盘下缘与宫颈内口的位置关系, 测量胎盘组织与宫颈内口的距离并记录, 作出超声诊断并分型。(2)经会阴部超声检查。检查前向孕妇详细解释经会阴超声检查的安全性及必要性, 以防孕妇过于紧张^[6]。嘱孕妇排空膀胱, 取截石位, 充分暴露会阴, 用消毒耦合剂涂上探头后套上一次消毒塑料袋, 并在套外涂上消毒耦合剂, 将探头置于会阴部两侧大阴唇之间, 循阴道方向作矢状切面扫查, 并左右侧动及旋转探头做多切面扫查, 使图像能清晰显示宫颈内口, 观察宫颈内口与胎盘下缘的关系, 并记录作出诊断^[7], 同时需观察宫颈管的长度, 宫颈内口区胎膜下以及羊水内有无异常血管通过。(3)结合二者声像图特点综合分析: 即后壁和侧后壁为主型胎盘参

考经会阴诊断, 前壁和前侧壁为主型胎盘参考经腹部诊断, 参考原则是以图像最清晰、可靠为准, 对特殊病例如过度肥胖, 膀胱过度充盈等则需调整探头频率, 排尿后或休息一段时间再行检查, 作出最终诊断并分型, 记录结果。将三者分别与产后结果进行对比分析。

1.3 诊断标准 按照胎盘下缘与宫颈内口的位置关系, 将前置胎盘分为三种类型^[8]。(1)完全性前置胎盘: 宫颈内口完全被胎盘覆盖;(2)边缘性或部分性前置胎盘: 胎盘组织达到宫颈内口边缘或覆盖部分宫颈内口;(3)低置胎盘: 胎盘下缘距子宫颈内口 2 cm 以内。诊断指标: 以产后诊断为“金标准”。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件对数据进行统计学分析, 计数资料采用百分率表示, 组间比较采用 χ^2 检验; 以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

102 例产后诊断为前置胎盘的病例中, 单纯经腹部超声检查诊断前置胎盘 73 例, 漏诊 29 例, 符合率为 71.57%(73/102)。单纯经会阴超声检查诊断前置胎盘 88 例, 漏诊 14 例, 符合率为 86.27%(88/102)。经腹部与经会阴联合超声检查诊断前置胎盘 98 例, 漏诊 4 例, 诊断符合率为 96.08%(98/102)。经腹部与会阴部联合超声检查诊断符合率均明显高于单纯经腹部超声检查或单纯经会阴超声检查诊断符合率, 差异有统计学意义($P<0.01$), 见表 1。

表 1 超声诊断前置胎盘情况与产后结果情况表(n)

方法	产后诊断	超声诊断	漏诊	符合率(%)
经腹部超声检查	102	73	29	71.57
经会阴超声检查	102	88	14	86.27
联合检查	102	98	4	96.08 ^a

注: 与其他两种方法比较, ^a $P<0.01$ 。

3 讨论

经腹部超声检查可清晰显示前壁胎盘与宫颈内口的关系, 但当胎盘附着于子宫后壁或侧后壁时, 特别是妊娠晚期胎儿较大, 先露部位较低, 局部羊水少, 缺乏对比, 孕妇腹部脂肪过厚、耻骨联合遮挡等因素影响, 经腹部超声不能充分显示胎盘下缘与宫颈内口的关系, 尤其是边缘性和低置性前置胎盘^[9]。故单纯经腹部超声检查容易造成前置胎盘漏诊, 本研究中漏诊 29 例。同时, 单纯经腹超声检查也常将正常位置胎盘误诊为前置胎盘, 造成的原因为经腹超声因膀胱必须充盈尿液, 但膀胱充

盈量多少会影响检查结果,膀胱过度充盈可使子宫下段后壁靠拢,可引起胎盘位置较低的假象^[10],而当膀胱充盈不足时,子宫下段和宫颈显示不清,难以暴露胎盘下缘与宫颈内口的关系。

单纯经会阴超声检查本组有 14 例漏诊,其原因为:(1)侧壁低置胎盘,经会阴检查时由于探查角度受限,对侧壁胎盘与宫颈内口的距离测量不准确而漏诊。(2)经会阴超声检查显示范围局限,其深度只能达到靠近宫颈内口处的子宫下段,对低置性前置胎盘易漏诊。同时单纯经会阴超声检查可因为胎儿毛发被误认为是胎盘组织而出现假阳性。(3)检查时患者紧张可致子宫下段局限性收缩,使该处的肌壁增厚或隆起,回声增强,形成类似胎盘回声而误诊为前置胎盘^[11],所以检查前要让患者保持完全放松,也可等子宫收缩缓解后再复查。

经腹部和会阴联合超声检查,本组有 4 例漏诊,其中 3 例为侧壁低置胎盘,患者均较肥胖且由于胎头遮挡,经腹超声检查胎盘与宫颈内口关系显示不清,经会阴检查时探查范围又受限,且侧壁胎盘受探查角度限制,致使测量胎盘下缘与宫颈内口的距离大于 2 cm 而漏诊。据报道某些超声检查未发现前置胎盘,而术中证实为低置胎盘^[12],其原因为超声诊断是在产前提前胎儿未娩出之前做的检查,羊水占据其中,但剖宫产时,随着胎儿取出,羊水吸净,子宫体积缩小,子宫下段回缩,临床上显示的胎盘距宫口距离会缩小,因此在产前超声诊断正常胎盘者,剖宫产术中也可能诊断为低置胎盘,本组 1 例为此种情况。

单纯经腹部超声检查操作简单,方便,可重复性强,除需要孕妇充盈膀胱,无需其他特殊准备,且视野宽广,可观察胎盘的整体情况,又不具有侵入性,不会造成感染及出血^[13],在妊娠中期具有较高诊断准确率,是目前常用的检查前置胎盘的方法。但由于受胎先露遮挡程度以及孕妇腹壁脂肪层厚度,检查时膀胱充盈程度等诸多因素影响,使单纯经腹部超声诊断前置胎盘在妊娠晚期的符合率较低,本组仅为 71.57%。经会阴超声检查的优点是能清晰显示子宫颈管、子宫体下段以及其附着的胎盘,明确子宫外口、内口以及胎盘下缘的位置,避免了经腹超声胎先露后方超声衰减对宫颈内口显示的干扰,胎盘下缘显示更清晰,且不受患者腹部手术瘢痕及脂肪厚度等因素影响,无需胀尿,受外界条件干扰较小等优点,对妊娠中期及晚期前置胎盘均具有较高诊断准确率,另外还可以观察有无宫颈机能不全,有无血管前置等病变。但是单纯经会阴超声有检查显示深度不够以及角度受限的缺点,经会阴超声检查虽然显像清晰,但目标部位深度超过 5~6 cm 时显像模糊^[14],部分边缘性或低置胎盘经会阴扫查时,图像位于声像图远场,容易造成漏诊。经会阴检查时矢状切面扫查图像清晰,冠状切面扫查时由于两侧大阴唇阻挡,探头通常不能与会阴部紧密接触,中间有空气而影响探查,因此操作时探头只能在矢状切面基础上左右旋转一定角度,所以对侧壁低置胎盘甚至侧壁前胎盘诊断较为局限。有报道认为:经阴道超声检查对前置胎盘的诊断有一定的危险性,主要是有耦合剂与会阴部直接接触,有引起感染的风险,现如今医患关系紧张,超声检查应首先要做到安全、可靠,避免不必要的医疗纠纷发生^[15]。对的确需要经会阴超声检查的患者,均需在检查前做好患者的思想工作,阐明此项检查的必要性与安全性,征得患者的同意。在检查时严格做好消毒措施,每人单独使用一支消毒耦合剂,套探头的塑料袋是一次性专用消毒塑料袋,检查操作时动作轻柔,耐心、细致。

另外,提倡尽早产检,及早发现前置胎盘等妊娠并发症,增加母婴安全是一项极重要的措施^[16]。同时还发现,在妊娠早

期诊断为前置胎盘的,随着孕周进展,子宫体上移,胎盘可随之上移而恢复到正常位置。因此,在诊断前置胎盘时应注意妊娠周数,妊娠中期不宜过早作前置胎盘的诊断,需定期复查、动态观察^[17],所以本研究中所有病例均是妊娠晚期产前最后一次超声检查诊断结果为准。

综上所述,早期应用经腹部和经会阴部联合超声检查既可克服经腹超声检查的胎先露遮挡以及腹壁脂肪等导致的图像不清晰,又可弥补经会阴超声检查的探查距离及角度的限制,相互取长补短,有效提高前置胎盘的诊断准确性,且安全无创、操作方便,可作为诊断前置胎盘的首选方法推广应用,为临床医师提供更多诊断依据。

参考文献

- [1] 严美榴,杨秀雄,沈理. 产前超声诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:99.
- [2] 吉金萍,陈娟. 70 例前置胎盘治疗结局的回顾性分析[J]. 安徽医药,2009,13(11):1384-1385.
- [3] 周桂娣. B 超诊断前置胎盘的价值[J]. 实用医学,2009,25(3):177-178.
- [4] 罗红缨,李红平,颜林淋,等. 经腹及经会阴超声联合应用诊断前置胎盘[J]. 临床超声医学杂志,2007,9(11):693-694.
- [5] 胡凤,杨晓君. 经腹部与会阴部超声联合运用在诊断前置胎盘中的临床价值[J]. 中国当代医药,2012,19(14):97-98.
- [6] 刘燕,胡萍,李洪娥,等. 前置胎盘经腹与经会阴超声检查对照分析[J]. 现代医药卫生,2011,27(19):2900-2901.
- [7] 熊初琴,张蒂荣,陈颐,等. 经会阴部超声诊断后壁、侧后壁前置胎盘的诊断意义[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2012,33(13):1741-1742.
- [8] 李胜利. 胎儿畸形产前超声诊断学[M]. 北京:人民军医出版社,2004:534.
- [9] 尹燕青,杨光. 经腹及经会阴超声联合诊断后壁侧后壁前置胎盘的价值[J]. 医学信息,2010,23(3):34.
- [10] 丰有吉. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2002:135.
- [11] 李雪霞. 经会阴超声在前置胎盘诊断与鉴别诊断中的应用[J]. 国际医药卫生导报,2013,19(12):1815-1817.
- [12] 马小卿,秦平,吴青青. 经腹与经会阴两种超声途径比较诊断前置胎盘及其并发症[J]. 北京医学,2008,30(5):285-288.
- [13] 张红梅,聂红艳,孙玉革,等. 经腹联合经会阴超声对前置胎盘的诊断价值分析[J]. 河北医科大学学报,2013,34(6):734-736.
- [14] 马红艳. 阴道超声在诊断前置胎盘及并发症中的应用价值[J]. 医学影像学杂志,2011,21(2):245-247.
- [15] 马红,陈菊莲,陈惠娟,等. 经会阴超声对孕晚期前置胎盘的诊断价值[J]. 中国超声诊断杂志,2004,5(7):521-523.
- [16] 何红芬,李红,刘欣婕. 92 例前置胎盘的高危因素及围生儿结局观察[J]. 检验医学与临床,2013,10(7):805-807.
- [17] 谢红宁,李丽娟,朱云晓. 妇产科超声诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:174.