

产前超声评估应用于中晚期宫角妊娠的诊断价值

李素芳 罗敏

(湖南省长沙县妇幼保健院 湖南长沙 410100)

摘要: 目的: 分析产前超声评估应用于中晚期宫角妊娠的诊断价值。方法: 选择 2023.01.01--2023.12.31 全年在我院 12 周以上常规产检的产妇 8000 例超声检查资料, 回顾性分析产妇发生宫角妊娠的情况, 总结其超声评估价值。结果: 8000 例中, 发现宫角妊娠至足月分娩的 7 例, 其中产前诊断 5 例, 1 例顺产, 胎盘手工剥离; 4 例剖宫产, 2 例胎盘植入严重做了宫角修补; 2 例手工剥离胎盘及剪掉部分植入胎盘组织; 2 例产前漏诊, 均 1 胎顺产, 2 胎平产后胎盘不能娩出, 原位胎盘保留后出现反复发热、阴道流血、严重贫血等, 转上级医院 3-4 周后血管介入状态下人工剥离。结论: 宫角妊娠危害较大, 建议将宫角妊娠纳入高危管理, 产前超声评估应用于宫角妊娠的诊断价值确切。

关键词: 宫角妊娠; 产前超声评估; 诊断价值

宫角妊娠是一种相对少见的子宫特殊部位妊娠, 指的是受精卵着床于子宫角部, 即输卵管与子宫交界处圆韧带内侧的子宫内腔^[1]。宫角妊娠的发生机制尚未完全明确, 但通常认为与多种因素有关, 其中, 人流清宫等宫腔操作史、子宫内膜炎、输卵管功能异常、子宫畸形、激素水平失衡以及辅助生殖技术等都可能是导致宫角妊娠的原因。这些因素可能单独或共同作用, 使得受精卵在迁移至子宫腔过程中受阻, 最终着床在子宫角部。早期经阴道彩超根据孕囊生长趋势, 宫角妊娠可分为 I 型和 II 型, I 型是指孕囊绝大部分在宫腔内生长并有蜕膜包绕, 少部分被宫角肌层包绕且宫角最薄处肌层厚度大于 5mm, 宫角部外凸不明显; II 型孕囊小部分位于宫腔并有蜕膜包绕, 大部分被宫角肌层包绕且宫角肌层厚度多大于 5mm, 主要向宫角外侧生长, 部分宫角部可见外凸, 但不具备输卵管间质线征。宫角妊娠常需要与输卵管间质部妊娠相鉴别, 输卵管间质部妊娠的孕囊种植在子宫输卵管交界处及圆韧带外侧, 与宫腔不相通, 孕囊周边均无子宫内腔包绕, 孕囊与宫腔之间可见 1-9mm 间质线, 孕囊靠近浆膜层且肌层厚度多小于 5mm^[2]。而妊娠期子宫可能出现局限性收缩, 使子宫轮廓欠规则, 甚至可使孕囊变形, 还可使宫内正常着床的孕囊显示“偏心态”, 甚至可导致偏心的宫角妊娠呈现更偏离宫内的间质部妊娠, 笔者认为仅凭单次超声检查确定是 I 型, II 型宫角妊娠或间质部妊娠, 可能会出现一定的偏差, 同时建议经阴道联合经腹超声评估, 可以更有有效的确认孕囊位置。在临床决策方面, II 型宫角妊娠时, 患者发生角部肌层破裂和大出血风险高, 由于只有少部分孕囊在宫腔内, 患者要求终止妊娠时多半需要宫腔镜辅助, 严重时可能需要开腹手术或腹腔镜手术切开宫角, 清除妊娠组织, 再缝合修复宫角肌层。而 I 型宫角妊娠时, 由于妊娠囊大部分在宫腔内, 患者要求终止妊娠时可以采用负压吸引术或宫内可视系统

监视下行“定点清除式”负压吸宫术, 而部分患者早期诊断不明确或有较强生育意愿时可妊娠至中晚期, 本文就产前超声评估应用于中晚期宫角妊娠的诊断价值开展回顾性分析研究, 如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料

调取 2023.01.01--2023.12.31 全年在我院妊娠 12 周以上常规产检的产妇 8000 例检查资料做回顾性分析, 初产妇 5290 例、经产妇 2710 例, 年龄 20-45 岁, 平均 (27.64 ± 1.35) 岁, 产妇一般资料比较无显著差异 (P > 0.05)。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: 遵医嘱到本院产科开展产检的; 研究获批; 排除标准: 严重妊娠并发症的。

1.3 方法

纳入分析的病例采用的评估方法: 孕妇首先会被安排躺在检查床上, 暴露腹部, 医生会在孕妇的腹部涂抹适量的耦合剂, 这是为了确保超声波能够顺畅地传导。仪器选择 GE-E10, 医生会使用超声探头, 轻轻地放在孕妇的腹部上进行扫描。在扫描过程中, 医生会通过调整探头的角度和位置, 除了系统筛查胎儿结构有无发育异常, 还会评估胎盘的附着位置, 面积, 胎盘厚度, 脐血管插入点, 胎盘实质是否有陷窝, 胎盘后间隙, 胎盘后方肌层, 胎盘与肌层之间血管分布情况。整个检查过程通常是无痛的, 且时间相对较短, 但为了确保准确性, 孕妇需要保持放松并配合医生的操作。

1.4 观察指标

分析产妇发生宫角妊娠的情况, 总结其超声评估价值。

2 研究结果

8000 例中, 发现宫角妊娠至足月分娩的 7 例, 其中产前诊

断5例,1例顺产,胎盘手工剥离;4例剖腹产,2例胎盘植入严重做了宫角修补;2例手工剥离胎盘及剪掉部分植入胎盘组织;2例产前漏诊,均1胎顺产,2胎平产后胎盘不能娩出,原位胎盘保留后出现反复发热、阴道流血、贫血等,转上级医院3-4周后介入状态下人工剥离。中晚期宫角妊娠的超声表现:胎盘附着在宫腔底部及中上段偏左侧或偏右侧,附着面积较局限,局部明显增厚,胎盘后间隙消失,后方肌层变薄(<1mm),部分向浆膜层隆凸,胎盘实质内看见“陷窝”样结构并“沸水征”、胎盘后方血流信号增多及桥接血管形成等胎盘植入性疾病的超声特征。

3 讨论

产检关乎母婴健康,是优生优育的重要保障。通过产检,医生能够及时发现孕妇身体的异常以及胎儿的生长发育问题,从而采取相应措施,确保母婴安全。超声作为产检中的重要手段,其原理主要是利用超声波在人体组织中的传播和反射特性,形成图像以评估胎儿的生长发育情况。在临床产科应用中,超声检查具有广泛的应用价值。孕早期,通过超声检查可以确定胚胎的着床位置、胚胎数量以及胚胎发育情况^[3],排除宫外孕等异常情况。孕中期和孕晚期,超声检查可以观察胎儿的生长发育情况,包括胎儿的大小、胎位、胎盘位置、羊水量等,还能检查胎儿是否有畸形,如先天性心脏病、唇腭裂等。此外,超声检查还可以评估胎儿的血流情况,如脐动脉血流、大脑中动脉血流等,以判断胎儿是否存在宫内窘迫等危险情况。除了对胎儿的检查外,超声检查还可以观察孕妇的子宫和附件情况,如子宫肌瘤、卵巢囊肿等,以及评估孕妇的宫颈长度和形态,预测早产的风险^[4]。

宫角妊娠,其诊断和管理一直是产科领域的难点。近年来,随着超声技术的不断发展和普及,产前超声评估在宫角妊娠的诊断中显示出越来越重要的价值。文章旨在结合当前的研究和临床实践,对产前超声评估在中晚期宫角妊娠诊断中的应用进行深入分析。需要指出的是,目前胎盘植入性疾病的高危因素主要包括疤痕妊娠和前置胎盘。这两种情况下,胎盘的异常植入可能导致分娩过程中的大出血、子宫破裂等严重并发症^[5]。然而宫角妊娠,其胎盘植入的风险同样不容忽视,主要有两个方面的原因导致:其一,宫角部子宫内膜、肌层均比宫体部薄,受孕后蜕膜发育差,易发生胎盘植入;其二,宫角妊娠胎儿自然分娩后,因胎盘位于一侧宫角,导致子宫不对称收缩,易致胎盘嵌顿,胎儿娩出后取胎盘困难。建议将中晚期宫角妊娠纳入胎盘植入性疾病的管理范畴,以提高对这类妊娠并发症的认

识和应对能力。通过早期超声诊断的结果及中晚期超声评估胎盘的植入情况,包括植入的深度、范围以及与子宫肌层的关系等^[6],为产科医生提供有价值的诊断信息。产科医生可以根据超声评估获取的信息采取适当的分娩方式和时机,选择合理的手术切口部位,以及制定针对性的治疗方案^[7],如:是否需进行患侧宫角的楔形切除,选择是否需要进行血管介入治疗,以减少分娩过程中的出血量和并发症的发生,是否需要提前纠正孕妇的贫血状况,预防大出血等严重后果的发生^[8]。值得注意的是,产前超声评估在宫角妊娠诊断中的准确性受到多种因素的影响,如孕妇的体型、羊水量、胎盘位置等。医生在进行超声评估时,需要充分考虑这些因素,必要时补充MRI检查。

综上所述,产前连续性超声评估在宫角妊娠的诊断中具有重要的价值。通过将宫角妊娠纳入胎盘植入性疾病的管理范畴,并充分利用产前超声评估的优势,产科医生可以更加精准地评估宫角妊娠,采取适当的治疗措施,降低分娩风险,保障母婴的健康安全。未来,随着超声技术的不断进步和临床经验的积累,产前超声评估在宫角妊娠诊断中的应用将更加广泛和深入。

参考文献:

- [1]李向荣,雷祎欣,谢金美. 阴道超声检查在宫角妊娠与输卵管间质部妊娠鉴别诊断中的价值分析[J]. 四川解剖学杂志,2023,31(2):30-32.
- [2]中华医学会计划生育学分会. 宫角妊娠诊治专家共识[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2020,36(4):329-332.
- [3]廖凤花,李蓉,陈春霖,等. 经阴道三维超声诊断宫角妊娠与输卵管间质部妊娠的应用[J]. 影像科学与光化学,2022,40(3):443-447.
- [4]欧园,谢美芬,邱靖茹,等. 经腹部联合经阴道彩色多普勒超声在鉴别诊断宫角妊娠和输卵管间质部妊娠中的应用[J]. 当代医药论丛,2022,20(21):165-167.
- [5]韦兴来,吕微,梁洁梅,等. 经阴道三维超声诊断II型宫角妊娠与输卵管间质部妊娠的价值[J]. 影像科学与光化学,2022,40(3):474-478.
- [6]刘哲,常哲. 阴道三维超声鉴别诊断早期宫角妊娠与输卵管间质部妊娠的临床价值[J]. 贵州医药,2022,46(10):1644-1645.
- [7]张海燕. 探讨超声对宫角妊娠与输卵管间质部妊娠的诊断价值[J]. 健康必读,2020(3):110-111.
- [8]勒都晓兰,温艳婷. 诊断纵隔子宫合并宫角妊娠稽留流产1例[J]. 中国计划生育和妇产科,2022,14(5):30-32,后插2.