

甚少。随着MRI的临床应用,对妊高征的脑部改变有了进一步的认识。妊高征出现脑水肿的主要病理改变是脑部小动脉特别是200 μ m以下的小动脉血若易发生痉挛及毛细血管的完整性被破坏,从而导致液体外渗,出现血管源性脑水肿或脑梗塞。在MRI表现T₁为稍长信号,T₂为长信号。因此,对妊高征患者为防止脑水肿及脑疝的发生应进行MRI检查,以便及时给予正确的诊断与治疗。

B超诊断胸腹联胎1例

唐桂波 李国兰 孙灵 马斌生

(青海省人民医院)

患者,女,30岁。G₃P₁孕31周,于1992年3月17日来我院行产前常规检查。体检,一般情况好,腹膨隆,宫高36cm,腹围104cm,胎心率140次/分。

B超检查:双胎妊娠,头位,乙胎头颅骨光环完整,可区分,脑中线居中,BPD₁7.6cm,BPD₂7.4cm,两胎体在胸腹区联接,于胸部中间显示心脏,呈现多个心腔暗区,心搏频率不一,经M超测定,HR₁140次/分,HR₂146次/分,腹部可见一较大的肝脏和各自的2个肾脏,四肢脊柱未见明显异常。胎盘位于宫后壁,I级、羊水暗区平均深度12cm。诊断:联体双胎畸形,羊水过多。一周后入院,经患者要求,剖腹产取出2联体男婴(其中一有唇裂),3小时后死亡。

病理:双胎儿自胸骨,剑突和中上腹部相连,心包相通,心室前壁相连,共一肝脏和和脐带(2条动脉、2条静脉),其余脏器成对或分开。

讨论:联胎是双胎或多胎畸形中的一类,发生率约1:50000。常见的联接类型有,胸部、骶臀部 and 头部等。胸部联胎按其程度可分为胸骨结合性、剑突结合性和胸骨剑突结合性,但其内部解剖变异极大。一般只有对称性的联胎有生存的机会,若器官不是成对的(如本例的连接肝),生存的机会极少。B超在产科的广泛应用,使胎儿畸形能早期发现,并可对许多畸形作出生存机会的预后诊断,以便及时相应处理。故在孕15—20周或更早些时,常规作B超检查,是十分必要的。

B超诊断正常子宫妊娠 并羊膜囊套入残角子宫腔1例

杨省武 魏民

(黑龙江省大兴安岭地区人民医院)

患者女,23岁。妊娠34周,阵发性腹痛一天。妇产科以先兆流产收住院观察治疗。临床检查:一般状态尚可,腹部膨隆,呈妊娠7个月腹型,子宫低部在剑突下二指,可触及胎儿肢体,胎头位于骶左前位。在妊娠子宫的右侧可触及新生儿头大小的肿物,质地中等硬度,可活动,边缘清楚;略感压痛。外阴、阴道及宫颈均正常。化验检查:血、尿常规无异常。

B超检查:胎头位于左上腹,双顶径:7.2cm,胎心搏动正常,心率:150次/分,最大羊水暗区深度:7.0cm,胎盘厚度:3.0cm,后壁胎盘,成熟度I级,胎动活跃。在子宫右侧可见8.6×7.7×9.1cm圆形无回声区,边界清晰,内部透声好。该无回声区与妊娠子宫衔接紧密,两腔相通,内口直径3cm左右。在无回声区内口侧可见胎儿一肢体活动。B超诊断:正常子宫妊娠并羊膜囊套入残角子宫腔(图1)。次日妇产科行剖腹产并残角子宫切除术,术中切开下段子宫肌层,取出一男婴,双足外翻畸形。术中见似孕三个大小的残角子宫腔与正常妊娠子宫腔相通,相接内口直径3~4cm,羊膜囊套入残角子宫腔、其内充满羊水。常规切除残角子宫,保留卵巢。

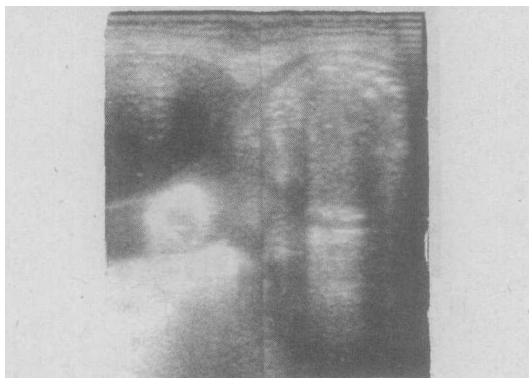


图1 右侧无回声区为残角子宫,其下方强回声团为胎儿一肢体的横断面,右侧相对强回声团为正常妊娠子宫的胎盘、胎体

讨论:残角子宫腔与正常子宫腔相通者很少见,而正常子宫妊娠并残角子宫腔内羊膜囊套入实为罕见。残角子宫在临床上诊断也较困难,但在B超下