

反向,表明室壁瘤心肌不但收缩功能严重受损,且出现了矛盾运动。而目测评价室壁矛盾运动为定性诊断,具有一定的主观性。对于合并 LVAA 的 HCM 患者,采用常规超声心动图结合

STI,可敏感、准确、直观评价肥厚心肌的部位、范围、厚度、血流动力学及左心室收缩功能,为临床提供全面的信息。

Prenatal ultrasound features of pregnancy in rudimentary horn of uterus with placenta increta: Case report

残角子宫妊娠合并穿透性胎盘植入产前超声表现 1 例

吴 婷¹,熊祎玘¹,付 芬²

(1.南昌大学第二附属医院超声科,2.妇产科,江西 南昌 330006)

[Key words] Rudimentary horn of uterus; Placenta accrete; Ultrasonography, prenatal

[关键词] 残角子宫;胎盘,侵入性;超声检查,产前

DOI:10.13929/j.1003-3289.201705140

[中图分类号] R714.46; R445.1 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2017)12-1922-01



图1 残角子宫妊娠合并穿透性胎盘植入声像图 A.胎盘前壁肌层薄,浆膜层不清;B.残角子宫无宫颈,为纤维组织;C.胎盘植入处血管丛丰富

患者女,25岁,孕1产0,孕30周时因腹痛、阴道出血,外院诊断胎盘早剥接受保守治疗,孕36周于我院进行常规产前检查。超声:探及双子宫,左侧子宫妊娠,胎盘处子宫肌层明显变薄,子宫浆膜层显示不清,浆膜层外见不规则低回声(图1A),左侧宫颈内口显示不清(图1B);CDFI于子宫肌层内及宫颈周边见丰富的血流丛(图1C)。超声诊断:双子宫,左侧子宫妊娠,晚孕,单活胎,胎盘植入。急诊剖宫产,术中发现子宫表面与腹膜广泛粘连,子宫壁大面积血管成簇,子宫肌层极度菲薄,胎盘广泛植入达浆膜层。成功娩出胎儿后行腹主动脉球囊阻断术,切除左侧子宫,探查发现左侧宫颈为结缔组织,无正常宫颈,考虑为Ⅱ型残角子宫妊娠。术后病理:胎盘植入穿透子宫浆膜层。

讨论 残角子宫妊娠是一种少见的异位妊娠,由于残角子宫肌层发育不全,妊娠中期蜕膜层变薄,绒毛向蜕膜下生长,形成胎盘植入,故在妊娠中期常发生出血破裂,极少数病例妊娠可延续至足月。残角子宫为一侧副中肾管发育不全所致,分

为3型:I型,残角子宫与单角子宫宫腔相通;Ⅱ型,残角子宫与单角子宫宫腔不相通;Ⅲ型,残角子宫为始基子宫,以纤维束与单角子宫相连。本例为Ⅱ型残角子宫妊娠合并穿透性胎盘植入,经及时剖宫产,胎儿成功娩出,实属罕见。胎盘植入可分为胎盘粘连、胎盘植入、穿透性胎盘植入,其高危因素包括:剖宫产、子宫发育不良、妊高症、前置胎盘等。目前超声检查是诊断胎盘植入的首选方法,典型声像图表现为:①胎盘后方与子宫肌层低回声变薄或消失;②胎盘增厚,胎盘内见多个血窦;③子宫肌层回声不均匀,肌层变薄,当胎盘植入穿透肌层达浆膜层时表现为突出子宫浆膜层且边界不清的团块,边界不清;④CDFI表现为胎盘陷窝内血流丰富,胎盘后方子宫肌层弓状动脉血流中断、消失或呈不规则血管团。本例患者孕30周时外院未发现胎盘植入及残角子宫,分析原因为:①因患者为年轻初产妇而忽视了胎盘植入的可能;②未仔细探查宫颈,漏诊残角子宫;③对胎盘后方的不规则低回声仅简单考虑为胎盘早剥。本例患者孕36周时产前超声虽准确诊断胎盘植入,仍未发现为残角子宫妊娠,主要原因为:①对本病认识不足;②患者就诊时已属晚期孕周,虽在超声检查时发现左侧宫颈显示不满意,但仅考虑为双子宫的其中1个宫颈发育不全。

[第一作者] 吴婷(1978—),女,江西南昌人,硕士,副主任医师。

E-mail: wuting329@126.com

[收稿日期] 2017-05-24 [修回日期] 2017-06-27