**经腹部联合经会阴超声对孕晚期前置胎盘诊断及分型的初步探讨**

刘尊香1,周鸿 2翟蓓3

通讯作者：周鸿

**[**摘要**]目的**：旨在探讨经腹部及联合经会阴超声诊断前置胎盘的准确率并准确分型。方法选取成都市第三人民医院2016年1月-2017年12月经产后证实的217例前置胎盘病例进行回顾性分析。所有病例均首先行腹部超声检查，再行经会阴超声检查。将这两种方法综合分析，比较两种方法诊断孕晚期前置胎盘的诊断率及分型的诊断符合率。**结果:**经腹部超声联合经会阴超声诊断前置胎盘诊断率高于单纯经腹部超声检查，差异有统计学意义（P<0.05）。并且经腹部联合经会阴超声检查对边缘性、部分性前置胎盘及低置胎盘的准确率明显高于单纯经腹部超声检查，差异具有差异有统计学意义（P<0.05）。**结论**：对孕晚期前置胎盘患者采用经腹部超声联合经会阴超声检查有较高的诊断符合率，对边缘性、部分性前置胎盘及低置胎盘有较高的诊断率，具有推广价值。

[关键词]孕晚期；经腹部超声；经会阴超声；前置胎盘

前置胎盘是指孕28周后（孕28周前称为前置状态），胎盘附着在子宫下段，胎盘下缘达宫颈内口或覆盖宫颈内口，位置低于胎儿先露部。目前随着人工流产术与剖宫产术的增加，其发病率日趋上升，现已成为引发妊娠期阴道出血的主要原因之一[1]。常因产后感染、产后大出血等病症，严重威胁到产妇生命安全，且可诱导胎儿出现缺血缺氧等情况，促使新生儿窒息，甚至引发死亡。对前置胎盘的明确诊断有利于临床医师选择正确的分娩方式，可降低剖宫产率及母婴病死率，增强围生期安全系数[2]。超声检查是目前诊断前置胎盘的首选方法，具有有效、简便、无创、且定位诊断准确率高等特点[3]。本次选取相关病例，采取经腹部超声联合经会阴超声方式诊断，并就结果与单纯经腹部超声进行比较，现报道如下：

1 资料与方法

1.1 选取四川省成都市第三人民医院超声科2016年1月-2017年12月经剖宫产术后证实的217例前置胎盘病例，患者年龄在17-49岁，平均年龄（25.6±3.6）岁；孕周28-40周，平均孕周（35.6±3.2）周，怀孕1-10次不等。初产妇44例，经产妇173例，有人流史153例，产科剖宫产史51例。患者对本次试验均知情同意。

1.2 方法超声诊断仪器采用GE-Healthcare彩超超声诊断仪，探头频率设定为1.8-4.0MHZ。孕妇均先行常规腹部超声检查后，再行经会阴超声检查，过程如下：（1）经腹部超声检查：嘱孕妇在检查前饮水至膀胱适度充盈，协助其取仰卧位，在影像下充分显示胎盘下缘与宫颈内口[4]。对宫颈内口“V”字形特征确定后，观察胎盘位置及胎盘下缘与宫颈内口的位置关系，测量胎盘下缘与宫颈内口的距离并记录，做出超声诊断并分型。（2）经会阴检查：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[5]。嘱孕妇排空膀胱，取截石位，充分暴露会阴，在腹部探头上涂上消毒耦合剂后套上一次性消毒塑料手套，并再在套外涂上消毒耦合剂，然后将探头置于会阴部两侧大阴唇之间，循阴道方向做矢状切面扫查，并左右侧动及旋转探头，尽量多切面观察胎盘下缘，并清晰显示宫颈内口，观察胎盘下缘与宫颈内口的关系，记录并做出诊断，同时需观察宫颈内口区胎膜下以及羊水内有无异常血管通过[6]。

1 2015-2018年重庆医科大学附属成都第二临床学院暨成都市第三人民医院超声科规范化培训 610031 成都市龙泉驿区妇幼保健院超声科 610100 女、199003、医师.、成都市龙泉驿区妇幼保健院超声科、18782930373、[1150747658@qq.com](mailto:1150747658@qq.com)

2 重庆医科大学附属成都第二临床学院暨成都市第三人民医院超声科 610031

3 重庆医科大学附属成都第二临床学院暨成都市第三人民医院超声科 610031

（3）综合分析经腹部、经会阴超声检查特点：胎盘以前侧壁、前壁为主者，可经腹部给予参考诊断，胎盘以侧后壁、后壁为主者，可经会阴予以参考诊断。可参考原则是获取的图像需可靠、清晰，对膀胱过度充盈、孕妇过度肥胖等特殊案例，需调整探头频率，排尿后或休息一段时间再行检查，得出最终诊断结果，并完成分型操作，准确记录结果，与产后情况结合，对方分析经腹与经会阴联用检查方案特征。

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[7]。（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：胎盘组织达宫颈内口边缘或者部分覆盖宫颈内口；（3）低置胎盘：胎盘下缘距宫颈内口2cm以内。诊断指标：以产后诊断为“金标准”。

1.4 统计学处理采用SPSS20软件对数据进行统计学分析，计数资料采用百分率表示，组间比较以x²为检验水准，P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 单独诊断与联合诊断前置胎盘情况分析，采用x²检验可知，经腹部超声联合经会阴超声诊断符合为92.2%，经腹部超声单独诊断符合率为82.7%，差异有统计学意义（P<0.05）。见附表1。（超声诊断包括分型错误的诊断）

附表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 217 180 37 82.7%

经腹部联合经

会阴超声检查 217 200 17 92.2%

* 1. 两种诊断方式对诊断前置胎盘分型的符合率的比较

比较两种诊断方式对前置胎盘分型的符合率的比较，我们发现经腹部联合经会阴超声诊断对边缘性前置胎盘、部分性前置胎盘及低置胎盘的诊断率高于单纯经腹部超声诊断，差异具有统计学意义（P<0.05）,见附表2（超声分型错误的未归纳其中）

附表2 两种方式诊断前置胎盘分型符合率的比较（%）

方法 错误分型 完全性 边缘性 部分性 低置胎盘

前置胎盘 前置胎盘 前置胎盘

产后诊断 137 32 33 15

经腹部超

声检查 27 122（89.0%） 14（43.3%） 13（39.4%） 4（26.7%）

经腹部联

合经会阴 8 131（95.6%） 20（62.5% ） 28（84.8%） 13（86.7%）

超声检查

2.3 两种诊断方法结果分析及对比：

（一）分析：

单纯经腹部超声检查诊断前置胎盘180例，漏诊37例，均经产后证实，其中正确诊断中央型前置胎盘122例，将中央型前置胎盘误诊为部分性前置胎盘6例，误诊为边缘性前置胎盘4例，漏诊5例（侧壁2例，后壁3例），分型符合率89.0%；正确诊断边缘性前置胎盘14例，将部分性前置胎盘误诊为中央型前置胎盘3例，漏诊15例（前壁3例，侧壁6例，后壁6例），分型符合率为43.3%；正确诊断部分性前置胎盘13例，将部分性前置胎盘误诊为边缘性前置胎盘6例，误诊为完全性前置胎盘4例，漏诊10例（前壁2例，侧壁3例，后壁5例），分型符合率为39.4%；正确诊断低置胎盘诊断4例，将其误诊为边缘性前置胎盘3例，误诊为中央型前置胎盘1例，漏诊7例（前壁2例，侧壁3例，后壁2例），分型符合率为26.7%。

经腹部联合经会阴超声诊断前置胎盘200例，漏诊 17例，均经产后证实，其中正确诊断中央型胎盘131例，将中央型前置胎盘误诊为边缘性前置胎盘2例，误诊为部分性前置胎盘2例，漏诊2例（均为侧壁），分型符合率为95.6%；正确诊断边缘性前置胎盘20例，将边缘性前置胎盘误诊为中央型前置胎盘2例，漏诊10例（前壁2例，侧壁例5例，后壁3例），分型符合率为62.5%；正确诊断部分性前置胎盘28例，将其误诊为边缘性前置胎盘2例，漏诊3例（侧壁2例，后壁1例），分型符合率为84.8%；正确诊断低置胎盘诊断13例，漏诊2例（均为后壁），符合率为86.7%。

（二）：对比：

本组217例前置胎盘患者中，产后证实完全性前置胎盘137例，所占比例为63.1%。单纯经腹部超声检查诊断中央型前置胎盘122例，符合率为89.0%；经腹部联合经会阴超声检查诊断中央型前置胎盘131例，符合率为95.6%。

产后证实边缘性前置胎盘32例，所占比例为14.7%。单纯经腹部超声检查诊断边缘性前置胎盘14例，符合率为43.3%；经腹部联合经会阴超声检查诊断边缘性前置胎盘20例，符合率为62.5%。

产后证实部分性前置胎盘33例，所占比例为15.4%。单纯经腹部超声检查诊断部分性前置胎盘13例，符合率为39.4%；经腹部联合经会阴超声检查诊断边缘性前置胎盘28例，符合率为84.8%。

产后证实低置胎盘15例，所占比例为6.8%。单纯经腹部超声检查诊断低置胎盘4例，符合率为26.7%；经腹部联合经会阴超声检查诊断边缘性前置胎盘13例，符合率为86.7%。

3 讨论：

单纯经腹部超声检查操作简单方便，可重复性强，除需孕妇适度充盈膀胱外，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 [8],在妊娠晚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。应用经腹部超声检查方案，可对宫颈内口与前壁胎盘的相关性显示较为清晰，但当胎盘位于子宫侧后壁或后壁附着时，尤其是妊娠晚期胎儿较大，先露部位较低，局部羊水少，孕妇腹部脂肪层较厚及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,尤其是低置性和边缘性前置胎盘[9.10]，故单纯经腹部超声容易造成侧壁及后壁前置胎盘的漏诊。并且由于上述特殊因素影响，若不能清晰显示宫颈内口，则容易引起分型的误诊，特别是部分性前置胎盘与边缘性前置胎盘，则影响分型的准确率。

经会阴超声检查的优点是能清晰显示子宫颈管、子宫体部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，避免了经腹部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，受外界干扰小等优点，对妊娠晚期前置胎盘有较高的诊断准确率，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检查具有显示深度不够及探查角度受限的缺点：低置侧壁胎盘，由于探查角度限制，在经会阴检查时，测量宫颈内口与侧壁胎盘的距离常出现不准确的情况，引发漏诊事件[11]；经会阴检查，在一定程度上限制了显示范围，深度仅达与宫颈内口处靠近的子宫下段，易漏诊低置前置胎盘。另外，单纯经会阴部检查，可将胎儿毛发按胎盘组织评估，诱导假阳性出现[12]。而两种检查方式联用，可有效弥补上述不足，协调发挥诊断效果，提高诊断符合率及分型诊断率。

本文研究数据显示，经会阴联合经腹部超声检查诊断完全性前置胎盘的诊断率，与经腹部超声诊断有明显差异，且经会阴联合经腹部诊断边缘性、部分性前置胎盘及低置胎盘诊断率高于单纯经腹部诊断，P<0.05。

综上所述，经腹部联合经会阴超声检查能有效提高前置胎盘的诊断准确性，并且对边缘性、部分性前置胎盘及低置胎盘的诊断有较高的诊断率。

**参考文献**

【1】 尹雪梅.分析产前经腹部联合经会阴超声诊断前置胎盘的临床价值【J】.中国营养保健，2015（8）:201-202.

【2】 周桂娣，B超诊断前置胎盘的价值【J】.实用医学，2009,25（3）：177-178

【3】 罗红樱，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.

【4】 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

【5】 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.

【6】 熊初琴，张蒂荣，陈颖，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.

【7】 李胜利.胎儿畸形产前诊断学【M】.北京：人民军医出版社，2004:534.

【8】 张红梅，聂红梅，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.

【9】 Comstock CH.Antenatal diagnosis of placenta accreta:areview.Ultra-sound Obstet Gynecol,2005,26:89-96.

【10】 Warshak CR,Eskander R,Hull AD,et al.Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta.Ob-stet Gynecol,2006,108;573-581.

【11】 熊初琴，张蒂荣，陈颖，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.

【12】 Cho JY,Lee YH,Moon MH,et al.Difference in migration of placenta ac-cording to the location and type of placenta previa.J Clin Ultrasound,2008,36:79-84: