

DOI: 10.16781/j.0258-879x.2019.04.0464

· 病例报告 ·

帆状胎盘并前置血管 1 例报告

刘 晔, 王中凡*

上海市普陀区人民医院妇产科, 上海 200060

[关键词] 帆状胎盘; 前置血管; 胎儿窘迫

[中图分类号] R 714.56

[文献标志码] B

[文章编号] 0258-879X(2019)04-0464-02

Lobstein's placenta with vasa praevia: a case report

LIU Ye, WANG Zhong-fan*

Department of Obstetrics and Gynecology, People's Hospital of Putuo District, Shanghai 200060, China

[Key words] Lobstein's placenta; vasa previa; fetal distress

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2019, 40(4): 464, inside back cover]

1 病例资料 孕妇, 28 岁, 因门诊胎儿胎心监护异常就诊, 于 2017 年 10 月 11 日以“孕 1 产 0、孕 36⁺ 周、左侧枕横位待产”收住我科。既往无生育史, 平素月经规律, 初潮年龄为 13 岁, 月经周期为 28 d, 月经期持续 3~4 d, 量中, 无痛经。末次月经为 2017 年 1 月 26 日, 预产期为 2017 年 11 月 3 日, 停经后无明显早孕反应, 孕早期否认毒物以及放射物接触史, 孕 4⁺ 个月自觉胎动至 10 月 11 日。孕 13⁺ 周我院门诊产检及外院 DNA 检测、大畸形筛查、糖尿病筛查均未见明显异常。妊娠期无胸闷、头晕、头痛、乏力、皮疹、黄疸等。孕 36⁺ 周门诊超声检查示: 头位, 单活胎, 双顶径约 87 mm, 股骨长约 66 mm。胎盘成熟度 II 级。胎盘下缘距宫颈内口 > 70 mm, 脐带绕颈 2 周, 羊水指数为 83 mm。胎儿胎心监护评分为 7 分, 孕妇无腹胀、腹痛, 无阴道流血、流液等。

入院后孕妇神志清楚, 一般情况可, 体温 36.8 °C, 脉搏 80 次/min, 呼吸频率 20 次/min, 血压 112/80 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa), 心肺 (一)。产科检查: 妊娠腹型, 未及宫缩, 腹围 93 cm, 宫高 32 cm, 胎心 143 次/min, 宫口未开, 头先露, 先露部位在坐骨棘上 3 cm, 胎膜未破。骨盆外测量: 髂前上棘间径 23 cm, 髂嵴间

径 27 cm, 骶耻外径 19 cm, 坐骨结节间径 9 cm。入院后给予血常规、凝血功能、心电图等检查, 嘱左侧卧位, 间断吸氧, 加强母胎监测, 注意胎心、胎动。入院次日出现胎动明显减弱, 伴胎动次数减少 > 50%, 胎心监护为无反应, 给予吸氧、左侧卧位、葡萄糖补给预防低血糖等相应处理后, 胎心监护仍无明显改善。结合超声检查提示脐带绕颈 2 周, 考虑由脐带因素引起胎儿窘迫可能性大, 遂急诊行剖宫产。

2017 年 10 月 12 日 12:10 在硬膜外麻醉下行子宫下段剖宫产术, 术中以左侧枕横位娩一男活胎儿, 体质量为 2 500 g, Apgar 评分 10 分。脐带长约 85 cm, 绕颈 2 周, 脐带附着于胎膜上, 脐带血管通过羊膜与绒毛膜间进入胎盘, 其长度约 15 cm, 触诊可扪及胎膜上血管跨过宫颈内口位于胎先露右前方, 诊断为帆状胎盘、前置血管 (图 1、图 2)。羊水量约 100 mL, 色清, 人工剥离胎盘, 胎盘、胎膜自娩完整, 宫缩可, 予常规缝合子宫切口, 查双侧附件未见明显异常, 手术顺利。术后常规给予抗炎、促宫缩治疗, 患者恢复良好。术后 4 d, 腹部伤口愈合 II/甲, 宫底脐下 4 指, 质硬, 恶露色暗红, 量少。2017 年 10 月 16 日母子出院。

[收稿日期] 2018-09-20

[接受日期] 2018-11-15

[作者简介] 刘 晔, 住院医师。E-mail: 626282907@qq.com

*通信作者(Corresponding author). Tel: 021-32274550-3705, E-mail: 1690789120@qq.com

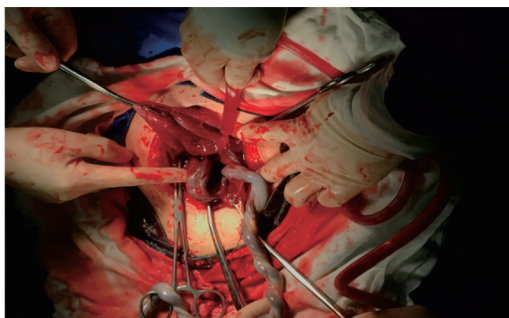


图1 术中胎儿娩出后胎盘未娩出前的帆状胎盘血管走行及附着子宫下段所见

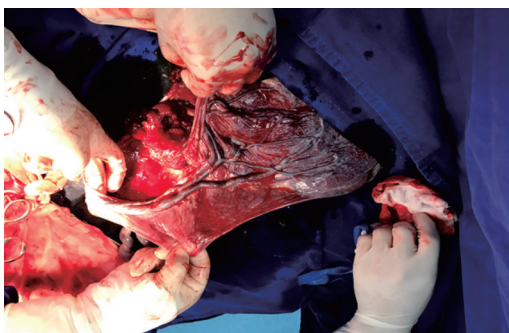


图2 术中胎盘娩出后证实为帆状胎盘血管走行

2 讨 论 临床上胎盘或脐带因素障碍是胎儿窘迫的重要原因之一,脐带先露或脐带脱垂、打结、扭转、缠绕、长度异常或脐带附着异常等可对胎儿造成严重危害,目前超声检查是诊断此类疾病的重要手段^[1]。帆状胎盘、前置血管是一种发生率低的产科并发症,国内文献报道的该病发生率为20/10万~50/10万^[2],国外报道约为60/10万~100/10万^[3]。前置血管多在妊娠中、晚期出现临床症状,表现为无痛性的阴道出血,易误诊为前置胎盘或胎盘早剥等其他产科疾病,产前未得到诊断的

新生儿死亡率约60%,即便存活也有可能因缺血缺氧造成严重后遗症^[4]。因此产科医师应重视帆状胎盘、前置血管的产前诊断。

据文献报道,脐带帆状附着前及附着脐血管的走行有助于帆状胎盘的产前超声诊断及鉴别^[5]。但本例在多次产前检查中,超声检查均未提示有帆状胎盘相关的声像信息,说明单纯的超声检查要确诊帆状胎盘、前置血管还有一定困难。另外,该病罕见,超声科医师重视不够,可能也是难以发现的原因之一。有学者认为孕中期为筛查脐带帆状附着的最佳时机^[5-6]。鉴于上述原因,对孕中、晚期出现明显胎心监护异常的患者,应及时住院诊治,再结合超声检查有助于尽早发现帆状胎盘或前置血管,从而提高产科质量,保证母婴安全。

[参 考 文 献]

- [1] 冷功彬. 产前超声检查在胎盘异常中的应用[J]. 影像研究与医学应用,2019,3:215-216.
- [2] 冯雪涛,廖林,杨淑琳,马晓娟. 产前超声检查应用于血管前置诊断的价值[J]. 蚌埠医学院学报,2017,42:241-245.
- [3] RUITER L, KOK N, LIMPENS J, DERKS J B, DE GRAAF I M, MOL B, et al. Incidence of and risk indicators for vasa praevia: a systematic review[J]. BJOG, 2016, 123: 1278-1287.
- [4] 张欢,范丽华. 帆状胎盘的产前超声诊断进展[J]. 继续医学教育,2017,31:135-137.
- [5] 庄佳玲,张蒂荣. 帆状胎盘的产前超声诊断研究[J]. 中国超声医学杂志,2012,28:642-644.
- [6] 杨自萍,罗正琴,杨波. 帆状胎盘四例临床分析[J]. 临床误诊误治,2013,26:21-24.

[本文编辑] 魏学丽