

宫颈静脉曲张并前置胎盘、胎盘植入 1 例

蒋欣玥^{1,2}, 周丽屏^{1,2}, 康苏娅^{1,2*}

作者单位: 215002 江苏 苏州, 1. 南京医科大学附属苏州医院 苏州市立医院妇产科; 2. 南京医科大学姑苏学院

作者简介: 蒋欣玥, 南京医科大学附属苏州医院/苏州市立医院硕士研究生在读, 住院医师, 主要研究方向为高危妊娠及妊娠期内分泌疾病

* 通信作者, E-mail: kangsuya@126.com

【关键词】 高危妊娠; 宫颈静脉曲张; 前置胎盘; 剖宫产

【中图分类号】 R 714.7

【文献标志码】 B

【文章编号】 1674-4020(2024)11-109-04

doi: 10.3969/j.issn.1674-4020.2024.11.27

妊娠期宫颈静脉曲张是一种十分罕见的妊娠合并症, 多数患者在结束妊娠时可自行消退, 若能延长妊娠至近足月, 新生儿多预后良好。但在妊娠期, 可引起反复阴道出血, 若合并胎盘位置异常甚至胎盘植入, 产时产后出现大出血甚至胎儿窘迫、胎死宫内风险均大大增加。目前国内暂缺乏该病的诊断及治疗共识。本文报道南京医科大学附属苏州医院收治的宫颈静脉曲张合并前置胎盘、胎盘植入 1 例, 为临床处理妊娠期宫颈静脉曲张提供参考。

1 病例资料

患者 28 岁, G₁P₀, 停经 25 周, 于 2023-11-24 因阴道出血半日入院。孕期规律产检, 早孕期检查宫颈未见异常赘生物。孕 19 周 B 超示胎盘完全覆盖宫颈内口, 嘱密切随访。孕 24 周诊断为妊娠期糖尿病, 余检查均未见异常。入院半日前出现阴道异常流血, 色鲜红, 量同平素经量, 急诊 B 超示: 胎盘下缘完全覆盖宫颈内口, 宫颈内口呈 U 型扩张, 剩余宫颈长度约 3.4 mm, 宫颈管内见范围 53 mm × 42 mm 无回声区, 呈扭曲样结构, CDFI 可探及静脉样频谱。无异常家族史, 既往无慢性病史及手术外伤史, 孕早期无相关药物、毒物及放射性物质接触史。

入院检查: 一般情况可, 生命体征平稳, 宫高 25 cm, 腹围 94 cm, 胎先露为头, 腹壁未触及明显宫缩。入院后患者持续性少量阴道出血, 予 25% 硫酸镁注射液 30 滴/min 静脉泵入及硝苯地平片 1 片 q6h 口服保胎治疗后阴道出血一过性好转。6 d 后无明显诱因出现少量阴道出血, 色鲜红, 遂暂停硫酸镁治疗改用利托君注射液 (0.2 mg/mL) 5 滴/min 静脉滴注, 开通静脉通路补液同时置入阴道窥器可见: 阴道壁完整, 阴道内有一团块, 表面光滑, 触诊质软, 无搏动性, 与宫颈分界欠清 (见图 1)。同时行宫颈 HPV 筛查及薄层液基细胞学检测 (TCT) 均无异常, 以排除肿瘤可能。复查 B 超示: 宫颈结构显示不清,

宫颈及阴道被迂曲管状无回声组织占据, 该组织内径 11 ~ 13 mm, CDFI 显示为彩色血流信号, 主要为静脉频谱, 来源不清, 似向上延伸至宫壁下段胎盘后方。考虑静脉曲张团? 合并宫壁与胎盘交界处异常增生血管待排 (见下页图 2、3)。进一步完善 MRI 示: 胎盘呈 T1WI 等信号、T2WI 稍高信号, 主要附着于子宫下壁, 下缘完全覆盖宫颈内口, 内口扩张达 2.4 cm, 部分胎盘流入宫颈管及阴道内, 拟诊完全性前置胎盘 (见下页图 4)。两种辅助检查提示结果不一致, 结合相关文献及阴道检查, 暂排除阴道内团块为胎盘小叶, 故考虑其为宫颈静脉曲张的可能性较大。入院后第 10 日患者阴道出血约 180 mL, 急查 Hb 86 g/L, 逐渐上调利托君注射液 (0.2 mg/mL) 滴速至 40 mL/h 静脉泵入, 输注 MAP 2 U 纠正贫血。后维持 40 mL/h 滴速治疗 16 d, 患者阴道出血渐止, 逐日减慢滴速至 15 mL/h。入院第 34 日, 改口服盐酸利托君片 1 片 q6h。住院期间连续监测胎心监护均为反应型, 密切关注阴道出血量并每周复查 B 超, 积极备血。



图 1 术前宫颈静脉曲张团块

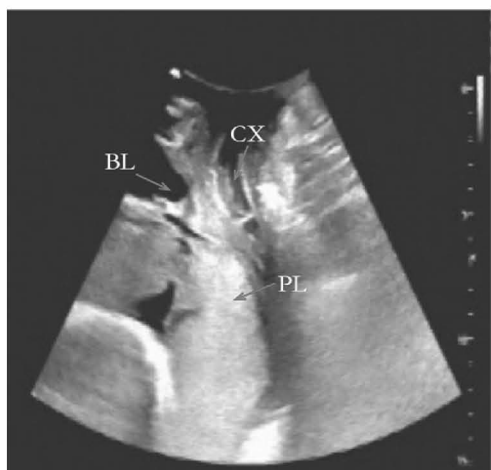


图2 经会阴及阴道二维超声图像

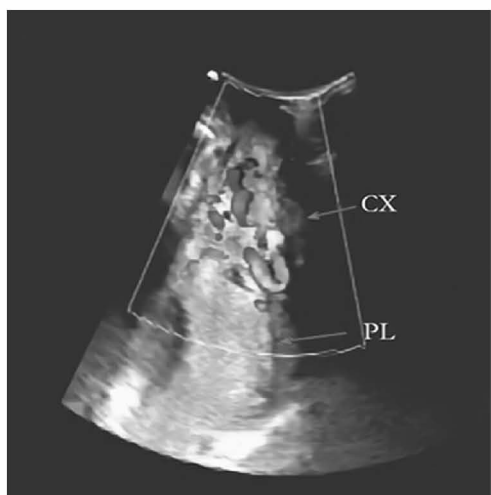


图3 彩色多普勒血流显像示宫颈及阴道处探及迂曲血管频谱



图4 冠状位 T2WI 图像:宫颈管内口扩张,下段见迂曲增粗 T2 低信号血管影,胎盘与膀胱界限欠清

孕 31⁺³ 周,患者突发阴道大量出血,量约 2 000 mL,血压 65/34 mmHg,脉氧 93%,考虑失血性休克,遂急诊行剖宫产手术。术中胎盘打洞后进入宫腔,顺娩一女

婴,体重 1 650 g,1 min、5 min、10 min Apgar 评分为 4 分-8 分-9 分。娩出胎儿后见胎盘附着于子宫下段前壁,包抄宫颈内口至子宫后壁,胎盘部分植入,予徒手剥离胎盘后见胎盘附着面出血汹涌,行双侧子宫动脉上行支结扎及子宫下段螺旋缝合后止血确切,并宫体注射卡前列素氨丁三醇注射液(欣母沛)250 μg 促子宫收缩。术中累计输注 MAP 11 U、病毒灭活冰冻血浆 450 mL、普通冰冻血浆 750 mL、纤维蛋白原 2 g。术后取膀胱截石位见阴道口活动性鲜血流出,阴道拉钩暴露宫颈见宫颈呈喇叭口状,表面弥漫性炎性增生,未见裸露增粗血管,局部见搏动性出血汹涌,卵圆钳钳夹后缝扎止血并予三块大纱布阴道填塞压迫止血,术中术后累计出血约 3 600 mL,血压 94/55 mmHg,考虑难治性产后出血,即刻将患者运送至 DSA 手术室行双侧子宫动脉栓塞术,栓塞效果满意。

术后 2 d 置入阴道窥器暴露宫颈可见阴道内团块明显减小,宫颈形态可辨(见图 5),阴查可触及宫颈前后唇。术后 6 d 再次置入窥阴器可见阴道壁完整,宫颈完整,后唇稍增厚,表面蓝紫色,无出血。患者恢复良好,于术后两周出院,新生儿于 NICU 住院治疗,生命体征平稳。产后 42 d 回访,阴道检查可见患者宫颈形态已恢复正常(见图 6)。

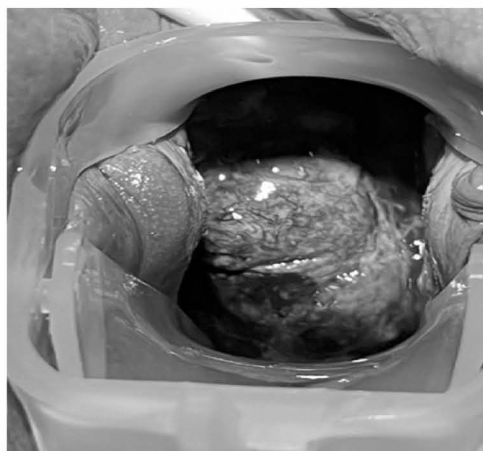


图5 术后两日宫颈形态



图6 术后一月余宫颈形态

2 讨论

2.1 妊娠期宫颈静脉曲张的危险因素

在妊娠状态下,由于血容量增大、体内激素水平变化、腹内压增加及妊娠子宫对下腔静脉、盆腔静脉的压迫等因素,导致静脉曲张发生率增加^[1-3]。但静脉曲张大多发生在肛周静脉丛、外阴静脉丛、大隐静脉等部位,宫颈静脉曲张在临床上较为罕见,可追溯到的国内外文献仅 20 余例。最早在 Follen 等^[4]发表的 3 例病例报道中,患者均有胚胎期已烯雌酚接触史,因此提出该药物暴露史可能是导致宫颈出血的危险因素。但随着临床上妊娠期对该药物使用的减少,这一猜想在后续报道中均未明确验证和进一步研究。研究认为,宫颈静脉曲张与胎盘位置异常、高龄妊娠、试管婴儿、妊娠次数增加等因素有关^[5]。据统计,宫颈静脉曲张与前置胎盘状态同时发生的情况约占已报道病例的 50% 以上^[6]。可能是因为胎盘前置或低置状态时,宫颈较正常妊娠状态血流负担更多,这正是宫颈静脉曲张发生的危险因素^[7]。本例患者在孕 19 周时 B 超即提示胎盘前置状态,直至分娩前胎盘位置仍无变化,这与既往文献报道所提示的高危因素相符合。在一项探讨前置胎盘和宫颈静脉曲张之间联系的回顾性研究中,O'Brien 等^[8]对 84 例确诊为前置胎盘患者的宫颈彩色多普勒图像进行再分析,又发现 9 例存在宫颈静脉曲张。这提示,在临床上极可能存在宫颈静脉曲张漏诊的现象,现实发病率可能要高于文献记录,尤其是在前置胎盘及反复产前出血患者中,更需要重视宫颈静脉曲张和单纯由胎盘异常引起出血的鉴别。

2.2 宫颈静脉曲张的诊断及分型

阴道窥器检查、阴道超声、磁共振成像(MRI)及阴道镜检查是目前诊断宫颈静脉曲张的主要手段,尤其是经阴道超声在临床上是诊断该病的首选方法,具体表现为宫颈肌壁间及宫颈口处血管样回声,彩色多普勒检查表现为静脉频谱^[5]。该血流频谱与胎心率搏动不一致,由此可与胎盘血管前置状态及脐带脱垂相鉴别。在经阴道超声仍无法明确诊断及怀疑存在异常胎盘植入时 MRI 可作为辅助手段。但有文献认为,在宫颈静脉曲张时 MRI 可表现为宫颈处的血管充盈,这易与胎盘植入时的胎盘突出征象混淆而导致临床胎盘植入的误诊^[9]。本例孕中期检查并未明确提示胎盘植入状态,但术中所见及术后病理进一步诊断胎盘植入。这进一步说明仅凭 MRI 难以区分充盈的宫颈血管及胎盘植入,尤其在合并胎盘植入状态的宫颈静脉曲张时,更需要结合阴道超声及阴道镜等手段排除胎盘的异常状态,减少临床对妊娠期出血病因的漏诊误诊。

对于宫颈静脉的分型,Tanaka 等^[9]提出可根据静脉曲张起始部位分为颈内静脉曲张型及颈外静脉曲张型,二者在病程上虽未观察到明显差异,但颈外静脉曲张型更易利用阴道窥器来诊断,而单纯颈内静脉曲张型则很

难用窥器来发现。但这种分类具有很大局限性,就本例而言,患者置入窥器仅见阴道内团块,且无法触及明确宫颈界限及团块的起始部位,无法明确静脉曲张块的准确来源,甚至有可能同时合并颈内与颈外两类静脉曲张。在此分类的基础上,又新提出了另一种方法:根据检查手段,若通过阴道窥器或阴道镜检查可见,则为明显外口型;仅能通过超声检查判断的类型则为基于超声的内口型^[6]。按照此分型,本例为明确的外口型宫颈静脉曲张。

2.3 妊娠合并宫颈静脉曲张的治疗

由于大多妊娠合并宫颈静脉曲张患者都会在妊娠期出现反复阴道出血,因此卧床休息、期待治疗及阴道填塞是在分娩前较常运用的治疗方法,同时常规予地塞米松促进胎儿肺成熟,尽量延长孕周,改善母儿预后。但阴道填塞的疗效并未得到明确肯定,部分文献认为该法对于明显宫颈外部静脉曲张引起出血的止血效果较好,而对内口型引起的出血因为出血点较深无法直接压迫可能疗效欠佳^[9]。若在产前扩张静脉出现破裂出血,局部血管结扎是另一种可行的治疗方法,但该法有一定的复发率。除这两种常用手段外,子宫托可在妊娠中晚期作为阴道出血的应对措施,暂未发现置入子宫托后骨盆侧支循环的血量增加而引起栓塞及其他出血的风险,且部分患者置入子宫托后有助于曲张静脉的消退。因此,有报道指出,可把宫颈子宫托作为宫颈静脉曲张的保守治疗方法之一,以达到减少出血、延长妊娠周数的目的^[10]。本例患者在急诊手术前多为间断少量的阴道出血,所以未行阴道填塞等其他干预措施。这类患者的分娩时间主要取决于其骨盆条件、胎儿大小、胎盘位置及是否合并其他影响分娩的因素等实际状况,在合并前置胎盘状态时,如同本例,多数患者会因出现不可预料的大量出血而选择急诊剖宫产。目前报道的病例,仅有两例未伴随前置胎盘状态且顺利行阴道分娩,新生儿预后良好^[4,9]。在顺利娩出后,大多数病例均会出现严重的产后出血。阴道纱布填塞、宫颈静脉结扎及宫颈球囊填塞术都被用于术中大出血的治疗。最新一篇回顾性分析认为,相较于未发生胎盘植入的正常孕产妇,Bakri 宫内放置率在胎盘植入群体更高且止血效果良好,并在术后输血、产褥热、生殖道损伤方面均表现出较低的发生率^[11]。除此之外,建议行子宫动脉栓塞来预防不可控制的子宫出血。近年来多项研究指出,随着介入手段的提升,针对胎盘植入谱系疾病带来的产后出血,子宫动脉栓塞具有很高的成功率^[12-13]。在合并宫颈静脉曲张时,栓塞术利用远端和特定的导管置入防止侧支循环出血,并可通过血管造影明确手术疗效,更直观有效地进行止血。在以上保守治疗措施都无效的情况下,必要时需紧急行子宫切除术以挽救患者生命。

总之,目前妊娠合并宫颈静脉曲张在我国仍少见,特别是在合并前置胎盘及胎盘植入的情况下,使得病情

更复杂。这需要临床医生在面对妊娠早中期反复性阴道出血时,及时应用多普勒超声、阴道镜、MRI 等手段进行综合判断;同时需密切关注患者病情变化,在保证母体安全的条件下,尽量延长孕周。需要注意的是,宫颈静脉曲张患者大多无法通过阴道顺利分娩,因此更要随时做好剖宫产手术准备,并提前对术后难治性出血的止血方案进行充分讨论,最大程度改善母婴结局。

利益冲突 作者均声明无利益冲突。

【参考文献】

- [1] Kusanovic JP, Soto E, Espinoza J, et al. Cervical varix as a cause of vaginal bleeding during pregnancy: prenatal diagnosis by color Doppler ultrasonography [J]. *J Ultrasound Med*, 2006, 25 (4): 545-549.
- [2] Dindelli M, Parazzini F, Basellini A, et al. Risk factors for varicose disease before and during pregnancy [J]. *Angiology*, 1993, 44 (5): 361-367.
- [3] Beebe-Dimmer JL, Pfeifer JR, Engle JS, et al. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins [J]. *Ann Epidemiol*, 2005, 15 (3): 175-184.
- [4] Follen MM, Fox HE, Levine RU. Cervical vascular malformation as a cause of antepartum and intrapartum bleeding in three diethylstilbestrol-exposed progeny [J]. *Am J Obstet Gynecol*, 1985, 153 (8): 890-891.
- [5] 孙秋蕾, 颜苹, 陈正琼. 阴道彩超诊断妊娠合并宫颈静脉曲张 1 例 [J]. *中国超声医学杂志*, 2019, 35 (3): 221.
- [6] Wong CK, Hung CMW, Ng VKS, et al. Four cases of cervical varices without placenta praevia: presentation, diagnosis, managements, and literature review [J]. *J Obstet Gynaecol Res*, 2022, 48 (7): 1997-2004.
- [7] Kumazawa Y, Shimizu D, Hosoya N, et al. Cervical varix with placenta previa totalis [J]. *J Obstet Gynaecol Res*, 2007, 33 (4): 536-538.
- [8] O'Brien B, Smoleneic J. Cervical varicosities and placenta praevia [J]. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 2013, 53 (5): 451-454.
- [9] Tanaka M, Matsuzaki S, Kumasawa K, et al. Cervical varix complicated by placenta previa: a case report and literature review [J]. *J Obstet Gynaecol Res*, 2016, 42 (7): 883-889.
- [10] González-Bosquet E, Grau L, Ferrero-Martínez S, et al. Pessary for management of cervical varices. complicating pregnancy [J]. *Obstet Gynecol*, 2021, 138 (3): 482-486.
- [11] Chen F, Zhang C, Hu Y. Efficacy of Bakri intrauterine balloon in managing postpartum hemorrhage: a comparative analysis of vaginal and cesarean deliveries with placenta accreta spectrum disorders [J]. *Med Sci Monit*, 2024, 30: e943072.
- [12] Wang Z, Li X, Pan J, et al. Uterine artery embolization for management of primary postpartum. hemorrhage associated with placenta accreta [J]. *Chin Med Sci J*, 2016, 31 (4): 228-232.
- [13] Jeon GU, Jeon GS, Kim YR, et al. Uterine artery embolization for postpartum hemorrhage with placenta accreta spectrum [J]. *Acta Radiol*, 2023, 64 (7): 2321-2326.
- (收稿日期: 2024-06-16 实习编辑: 陈飘逸)
- (上接第 108 页)
- [14] Sun LJ, Zhou F, Benjoed B, et al. Expression characteristics and diagnostic value of angiogenic molecules in intravenous leiomyomatosis [J]. *Nstional Medical Journal of China*, 2022, 102 (26): 2005-2010.
- [15] Wei JL, Ji X, Zhang P, et al. Complete intravenous leiomyomatosis: a case report and literature review [J]. *Ann Palliat Med*, 2021, 10 (11): 12039-12045.
- [16] Barnas E, Skrejt-Magiero JE, Paszek S, et al. Two oncomiRs, miR-182-5p and miR-103a-3p, involved in intravenous leiomyomatosis [J]. *Genes (Basel)*, 2023, 14 (3): 712.
- [17] Konishi H, Koh I, Shiroma N, et al. Two case reports of intravenous leiomyomatosis with hyaluronan expression [J]. *Case Rep Obstet Gynecol*, 2018, 2018: 4039183.
- [18] 吕涵, 王克学, 梁志强. 累及心脏的静脉内平滑肌瘤病一期外科联合手术的疗效 [J]. *安徽医学*, 2022, 43 (2): 207-210.
- [19] Huang YQ, Wang Q, Xiang DD, et al. Intravenous leiomyoma of the uterus extending to the pulmonary artery: a case report [J]. *World J Clin Cases*, 2023, 11 (24): 5729-5735.
- [20] Deng Y, Dong S, Song B. Surgical strategy for intravenous cardiac leiomyomatosis [J]. *Heart Lung Circ*, 2021, 30 (2): 240-246.
- [21] Barnas E, Raś R, Skrejt-Magiero J, et al. Natural history of leiomyomas beyond the uterus [J]. *Medicine (Baltimore)*, 2019, 98 (25): e15877.
- [22] Ma G, Miao Q, Liu X, et al. Different surgical strategies of patients with intravenous leiomyomatosis [J]. *Medicine (Baltimore)*, 2016, 95 (37): e4902.
- [23] Low HY, Zhao Y, Huang KS, et al. Intravenous leiomyomatosis of the uterus: a clinicopathological analysis of nine cases and literature review [J]. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 2017, 56 (3): 362-365.
- [24] Lee E, LaBounty T, Romano M, et al. Case of the season: intravenous leiomyomatosis: a rare cause of intracardiac mass [J]. *Semin Roentgenol*, 2020, 55 (3): 226-229.
- [25] Wang Q, Li Y, Gu X, et al. Imaging diagnosis of intravenous leiomyomatosis: an institutional experience [J]. *Clin Radiol*, 2023, 78 (9): 655-660.
- (收稿日期: 2023-11-25 编辑: 牟术容)