

• 腹部疾病 •

孕12周+3天自发性子宫破裂误诊一例

江苏省南京市高淳人民医院妇产科 (江苏 南京 211300)

陈礼梅 鲁小青

【中图分类号】 R711.74

【文献标识码】 D

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2015.01.19

患者，女，30岁，孕2产3，因“停经87天，下腹痛6小时”于2013-05-20 04:50急诊入院。该妇平素月经规律，末次月经2013-02-23，停经80天时查B超提示“早孕，相当于12+周大小，胎心搏动好”。2013-05-19晚间20:00左右无外伤、腹部受压及性生活等原因下出现下腹痛，阵发性，渐加剧，伴恶心、呕吐及肛门坠胀感，遂急诊来院，腹部检查，经腹可及阵发性子宫收缩感，子宫区无压痛，急查血常规：WBC $10.0 \times 10^9/L$, N 81.7%, Hb 93.0g/L, Hct 0.266；B超提示“胎儿胎心搏动尚良好，盆腹腔见中等量积液”。2006年因“社会因素”行剖宫产一次，2011年9月因“双胎，瘢痕子宫”再次行剖宫产手术诊断。诊断考虑“妊娠合并黄体破裂可能，中期妊娠”，查体：体温36.6°C，脉搏80次/分，血压90/60mmHg。患者神志清楚，痛苦貌，心肺未闻及异常，腹膨隆如孕周，肝脾未及，下腹轻压痛，无反跳痛，无宫缩。妇科检查：外阴及皮肤粘膜：已婚已产式；阴道：畅，少量阴道分泌物；宫颈：光，轻炎，轻举痛；宫体：宫底耻上两指，无明显压痛；附件：两附件未触及明显异常。该妇有生育要求，入院后给予止血及硫酸镁保胎等处理。该妇经上述处理，腹痛症状较前未见明显好转，行腹腔穿刺，抽出不凝血，复查血常规提示血色素86g/L，较前降低，提示腹腔内出血增多，遂积极完善术前准备，行剖腹探查术。术中见腹腔内见游离积血及积血块共约2000ml，部分大网膜与子宫右前壁、腹壁粘连，子宫如孕3+月大小，子宫下段右侧切口疤痕处有一破口长约2cm，活动性出血，可见直径约1cm胎盘组织经破口处突出于子宫下段破口处，双侧附件外观正常。术中行剖宫取胎术及子宫破裂修

补术，探查胎盘位于子宫前壁，边缘位于子宫疤痕之上，胎盘部分剥离。术中给予补血、补液、抗休克治疗，术程顺利。经术后抗感染、止血、促宫缩、输血治疗，患者病情稳定，生命体征平稳，子宫复旧好，腹部切口愈合良好，患者术后7d拆线，甲级愈合。术后病理证实子宫破口处组织内未见胎盘样组织。

讨 论

子宫破裂多在妊娠晚期或分娩期发生，是较严重的产科急症，虽然发生率很低，但其严重威胁母婴生命和健康，甚至导致胎儿及产妇死亡。子宫破裂的病因^[1]：(1)子宫手术史(瘢痕子宫)：较常见的原因。如剖宫产史、穿过或达到子宫内膜的肌瘤挖出术，输卵管间质部及宫角切除术、子宫成形术。妊娠晚期或者产后，由于子宫腔内压力增大，科室肌纤维腊肠，发生断裂，造成子宫破裂。尤其术后瘢痕愈合不良者，更易发生。(2)胎先露下降受阻：在骨盆狭窄、头盆不称、胎位不正(特别是忽略性横位)、胎儿或软产道畸形等情况下，胎儿下降受阻，宫缩亢进过强，子宫上段肌层因收缩和缩复而愈来愈强，下段被动伸长变薄，此时如不处理，或处理不当(如暴力行阴道助产手术、内倒转术或毁胎术等)，是造成子宫破裂的首要原因。(3)分娩时滥用催产素：不注意使用催产素的适应证和使用方法，致产生强烈宫缩，而宫口延迟扩大或先露下降受阻，亦可造成子宫破裂。(4)产科手术损伤：若宫口未开全行产钳术、胎头吸引术、臀牵引术或臀位助产术，极可能造成宫颈撕裂，严重时升至发生子宫下段破裂。内转胎位操作不

慎或置入胎盘强行剥离也可造成子宫破裂。有时行毁胎术或者穿颅术，器械损伤子宫也可造成子宫破裂。(5)子宫肌层薄弱^[3]：如前次剖宫产(尤其是古典式)或肌瘤剔除术后的子宫瘢痕以及多胎，经产妇多次刮宫所致的宫壁纤维组织增多，弹性缺乏，均可在强烈宫缩甚至在正常宫缩时发生破裂居第2位。

孕中期发生子宫破裂患者少见，惯性思维可能为本次误诊的原因之一^[2]；该妇起病隐匿，无明显诱因，入院时虽有下腹痛，但无明显宫缩，且B超检查提示胎心搏动正常，给早期诊断增添困难，此为误诊原因之一；患者子宫破裂的临床表现不典型，亦给诊断带来了一定困难。该患者腹痛症状经相关处理后未见好转，血色素进行性下降，表明腹腔出血系渐进性的，应及时行腹腔探查，而不是保守治疗。综上，我们妇产科医务工作者，应加强学习，掌握更加全面的相关学科知识，考虑病情不要局限，对孕期妇女出现的其他外科或内科症状一定要多项思维，尽量避免误诊，更好服务于患者。分析该妇子宫破裂原因如下：该妇既往有子宫下段剖宫产史两次，且第二妊娠为双胎妊娠，肌纤维过度伸张，肌纤维断裂，存在子宫切口愈合不良可能，此原因可能为子宫破裂原因；术中

疤痕处未见明显胎盘组织附着，可排除胎盘置入或剖宫产后瘢痕妊娠所致子宫破裂^[3]；该妇发病前无外伤、腹部受压及性生活等诱因，可排除上述因素所致子宫破裂。因此，认真做好计划生育及围生期保健工作、降低剖宫产率、健全三级保健网、宣传孕妇保健知识很有必。此外，剖宫产术后再次妊娠的患者，如果术后时间较短，即使未出现宫缩，也应警惕无症状型自发子宫破裂的可能^[4, 5]。

参考文献

- [1] 丰有吉.8年制妇产科学(第二版)[M].北京：人民卫生出版社，2010.207-209.
- [2] 杨鸿雁.孕中期自发性子宫不完全破裂误诊1例[J].实用妇产科杂志, 2011, 27 (08).595-595.
- [3] 李云,夏平,高丽华,等.孕17+2周瘢痕妊娠子宫破裂1例报告并文献复习[J].现代妇产科进展-2013.5(22).0429-02.
- [4] 朱志萍.自发性子宫破裂4例分析[J].中国社区医师：医学专业-2011(10).306-306.
- [5] 于俊岭,常菊英.自发性子宫破裂1例[J].临床合理用药杂志-2011.4(20).22-22.

【收稿日期】2015-01-29

(上接第 49 页)

影像学检查CTA、MRA可以作为诊断门静脉血栓形成的金标准^[4]。增强CT表现血管影内完全或不完全充盈缺损^[5]。进入门静脉海绵样期需要DSA诊断^[6]。血清D-dimmer的突然升高对于判断血栓形成的过程有其重要的意义^[2]。

门静脉血栓的治疗，首先是消除病因、抗凝治疗、抗血小板聚集。急性PVT药物治疗失败的、有肠坏死的患者应及早手术；对于单纯药物治疗效果不佳，全身状况较差不宜手术者可介入治疗。

此患者之所以误诊，在于原发性PVT发病率不高，起病隐匿，缺乏特征性的症状和体征。对超声表现及肝硬化的病因缺乏足够的重视。临幊上有怀疑PVT患者应进行影像学的检查，明确诊断后尽快给予溶栓及相应的治疗，以便获得好转或治愈。有并发肠坏死、上消化道大出血时及早手术、介入治疗。

此患者中年男性，既往两次心肌梗死事件，体内高凝状态，未正规治疗，有发生门静脉血栓的危险因

素，以进食肉类食物为诱因，入院后血淀粉酶增高，容易误诊胰腺病变。经济原因，发现肝硬化表现未及时行CT、MRI等进一步检查及时确诊。回访病后两年内反复肝性脑病，经济原因一直保守治疗，第三年介入治疗。口服阿司匹林，美托洛尔、阿托伐他汀钙至今，目前病情平稳。

参考文献

- [1] 谭永法, 阚和平, 陈丽君, 田玉伟. 急性门静脉血栓形成的诊治, 当代医学, 2011, 6, 17, 17, 总244, 90-91.
- [2] 朱杰昌, 朱理玮. 门静脉血栓形成的诊断与治疗, 中国中西医结合外科杂志, 2009, 8, 15, 4, 356-358.
- [3] 郑海艳, 冯颖. 门静脉血栓的超声诊断价值. 中国医药指南, 2013, 7, 11, 20, 685-686.
- [4] 侯智通, 赵瑞峰, 陈亮, 王晓玲. 门静脉血栓形成的影像学表现及病因探讨. 临床消化病杂志, 2013, 25, 2, 91-92, 97.
- [5] 金元贞, 舒荣宝等. MSCT对门脉静脉系统血栓的诊断, 中国CT和MRI杂志, 2012, 04, 10, 2, 91-92, 95.
- [6] 黄嵘, 王成林等. 门静脉海绵样变性的MRI诊断, 罕少疾病杂志, 2007, 10, 14, 5, 37-39.

【收稿日期】2015-01-29