

## • 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,伴恶性、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 $10.0 \times 10^9/L$ , N81.7%, Hb93.0g/L, Hct0.266; 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“双胞胎,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℃,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<sup>[1]</sup>: (1) 子宫手术史(瘢痕子宫): 较常见的原因。如剖宫产史、穿过或达到子宫内壁的肌瘤挖出术,输卵管间质部及宫角切除术、子宫成形术。妊娠晚期或者临产后,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

作者简介: 陈礼梅,女,妇产科,主治医师

通讯作者: 陈礼梅

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<sup>[3]</sup>: 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<sup>[2]</sup>;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,此为误诊原因之二;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<sup>[3]</sup>;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要。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<sup>[4,5]</sup>。

## 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<sup>[4]</sup>。增强CT表现血管影内完全或不完全充盈缺损<sup>[5]</sup>。进入门静脉海绵样期需要DSA诊断<sup>[6]</sup>。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<sup>[2]</sup>。

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。临床上有怀疑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进行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