

# 妊娠晚期非剖宫产疤痕子宫破裂误诊 1 例

吕祝武, 张晓路, 徐娜, 黄劲松, 王倩倩

南京医科大学附属无锡市人民医院产科, 江苏 无锡 214023

**关键词:** 子宫破裂; 疤痕子宫; 妊娠, 晚期; 误诊

**中图分类号:** R 714.2 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2017)11-1545-03

子宫破裂是指在分娩期或妊娠晚期子宫体部或子宫下段发生破裂,发生率为分娩总数的 1/1 000 ~ 1/16 000,是直接危及产妇及胎儿生命的严重并发症<sup>[1]</sup>。如今,由于剖宫产率的逐年上升,子宫破裂多为剖宫产瘢痕处破裂,非剖宫产疤痕处子宫破裂较罕见。现将我院收治的妊娠晚期非剖宫产疤痕子宫破裂 1 例患者报告如下。

## 1 病例资料

患者,女,29 岁,G2P1,因停经 36 周,发热伴下腹痛 1 d,于 2016 年 3 月 1 日 20:59 入院。既往月经规律,末次月经 2015 年 6 月 22 日,停经早期有轻微早孕反应,无放射线接触史及病毒感染史。孕早期少量见红予以黄体酮保胎治疗,规律产检。孕中期排畸 B 超检查:胎盘下缘距离宫颈内口 22 mm,胎盘脐带边缘入口,孕晚期出现双下肢浮肿,休息后可缓解。入院前 5 d 有咳嗽、咳痰,前 1 d 晚 20:00 出现发热,体温 38.4℃,22:00 感下腹痛,入院当天上午自觉下腹阵痛较前加重,于中午来本院妇产科急诊就诊,B 超检查:双顶径 91 mm,股骨径 70 mm,腹围 320 mm,胎心 146 次/min,胎盘位于子宫后壁,胎盘下缘距离宫颈内口 45 mm,Ⅱ级成熟,厚度 33 mm,羊水指数 110 mm,胎儿头位,脐带绕颈 1 周,胎心监护反应型。随后在我院呼吸科就诊,门诊予以“青霉素”抗炎治疗,治疗后仍有阵发性下腹胀痛,再次来产科就诊,再次检查胎心监护见弱不规则宫缩,无阴道流血、流水,故以“先兆早产、疤痕子宫”急诊收入院。既往 2011 年剖宫产一女婴 3 800 g,2014 年腹腔镜下卵巢肿瘤剥除术。入院检查:体温 37.7℃,脉搏 94 次,血压 100/60 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)。一般情况较好。心肺听诊未闻及异常,腹部膨隆,子宫孕足月状,腹部无压痛及反跳痛,下腹耻骨联合上方可见一横行

长约 14 cm 疤痕,胎心率 166 次/min;不规则宫缩,移动性浊音阴性;阴道无流血、流液。内诊检查:宫颈长度 0.5 cm,宫口未开,先露头,胎膜未破,骨盆正常。实验室检查:急诊查血白细胞计数  $14.1 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞 82.8%,血红蛋白 121 g/L,血小板  $236 \times 10^9/L$ ,C 反应蛋白 14 mg/L。予以硫酸镁保胎、地塞米松促胎肺成熟。22:40 听胎心困难,急诊床边 B 超检查见微弱胎心 5 ~ 8 次/min,并逐渐消失。患者仍稍感下腹胀痛,少量见红,头晕,无胸闷、气短、心慌、眼花。入院查:凝血指标检查正常,血白细胞计数  $18.0 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞 78.4%,血红蛋白 125 g/L,血小板  $230 \times 10^9/L$ ,C 反应蛋白 13 mg/L。肝、肾功能正常,白蛋白 38.1 g/L。3 月 2 日 11:00 再次复查彩超检查提示胎死宫内,子宫下段前壁肌层厚度 2 mm,初步诊断:死胎,疤痕子宫,G2P1 孕 36 周枕左前(LOA),上呼吸道感染。积极完善引产术准备,13:39 患者感上腹部胀痛,头晕加重,口唇苍白,腹部可扪及宫缩,下段压痛,排尿困难,予以留置导尿色黄,清亮。血压 100/60 mm Hg,脉搏 118 次/min,急查床边 B 超示双顶径 91 mm,股骨径 70 mm,腹围 320 mm,胎心 0 次/min,羊水指数 100 mm,胎盘后壁,胎盘厚薄不均,较厚处约 50 mm,内回声不均匀,Ⅱ级成熟,胎盘与宫壁之间可见不规则液性暗区,范围约 85 ~ 33 mm,内见絮状稍高回声,考虑胎盘早剥可能。科室讨论遂及行剖宫取胎术。术中见腹膜呈紫蓝色,见胎儿及羊膜囊完整位于腹腔内,已收缩的子宫约 4 月大小,位于腹腔左侧,自子宫底至宫体前壁约 10 cm 长纵行破裂口,裂口无活动性出血,周围组织水肿,子宫下段形成差,有陈旧疤痕完整。打开羊膜囊,羊水清,约 500 ml,娩出一男死婴,重 2 630 g,胎盘自腹腔取出。术中修剪子宫裂口,逐层缝合,手术经过顺利,术中出血 1 700 ml(陈旧性积血及血块 1 600 ml + 失血 100 ml),术中输红细胞悬液 600 ml,新鲜血浆 400 ml,术后严格预防感染、补充血容量、纠正贫血、促子宫收缩等治疗,于术后 6 d 痊愈出院。

术后诊断:G2P2 孕 36 周已产,子宫破裂,疤痕子宫,死胎,上呼吸道感染。

## 2 讨论

子宫破裂多发生于分娩期,部分发生于妊娠晚期。子宫破裂分为瘢痕子宫破裂与非瘢痕子宫破裂,分娩过程中超过 90% 的子宫破裂发生于既往有剖宫产史的妇女,瘢痕子宫破裂约占 58.15%,非瘢痕子宫破裂的发生率仅为妊娠的 0.006% ( $< 1/10\ 000$ )<sup>[2-4]</sup>。按其破裂程度,分为完全破裂和不完全破裂。子宫破裂发生通常是渐进的,多数由先兆子宫破裂进展为子宫破裂。子宫破裂多见于剖宫产、刮宫术后、子宫肌瘤剥除术后、多次宫腔操作后、子宫畸形、外伤、胎盘植入、滞产、缩宫剂应用不当<sup>[5]</sup>。非剖宫产疤痕处子宫破裂比较罕见。本病例既往有剖宫产史,此次子宫破裂的部位非原子宫下段横切口,而是子宫前壁体部纵行裂开,原因主要考虑可能是患者剖宫产术后 3 年,因卵巢囊肿扭转行腹腔镜手术,术中见子宫底与腹壁肌性粘连,长约 3 cm,用双击电凝分次电凝切断,子宫下段前壁原剖宫产切口与膀胱有轻微膜状粘连,单极电凝分离(以上腹腔镜手术情况是此次子宫破裂后调阅复习病历所得)。可能造成子宫底部损伤,仅 1 年再次妊娠,至妊娠后期子宫增大,子宫壁所承受的压力增大,子宫底部损伤处因受压而破裂。由于对前次手术经过不详,子宫破裂的认识不足,虽然考虑到子宫破裂可能,多次 B 超检查也仅限于前次子宫下段疤痕处肌层厚度及连续性,造成在后续的诊疗中认为无子宫破裂的误区,甚至在患者出现排尿困难、全腹胀、心率加快等症状时仍然以 B 超检查考虑胎盘早剥,虽然果断进行剖腹探查,保住患者的生命,但仍胎死宫内。

由于临床上此次病例查阅文献极少见,本例患者误诊可能:(1)前次子宫下段疤痕完整,腹腔镜手术情况不详,对本病认识不足,警惕性不高;(2)不具备子宫破裂的典型症状和体征,因此临床诊断此病比较困难,但结合患者的既往病史,虽然患者生命体征平稳,且无出血征象,而胎儿也仅表现为一过性心率偏快,此时超声诊断就显得尤为重要,而本例 B 超检查仅限于前次子宫下段疤痕处肌层厚度及连续性,造成误诊;(3)患者一直感觉腹胀痛,胎心监护中出现的弱宫缩与患者的自我感觉不符。临床医师在诊断过程中过度依赖辅助检查,把诊断的焦点和重点过度集中于 B 超检查结果,而没有更仔细和更充分全面地分析胎心监护中胎心变化结合临床体征以及进行周密鉴别诊断,错失了抢救胎儿的机会;(4)子宫完全

破裂后,大多数胎儿及胎盘一同排入腹腔,胎儿死亡,子宫收缩,有内出血。超声图像非常复杂,仅注意对胎儿的检查,前次子宫下段疤痕处厚度,而忽略了病史以及胎儿周围有无子宫壁的回声,加之已排入腹腔的胎儿羊膜囊完整,囊内有羊水,造成类似宫内妊娠的表现,部分胎盘组织由子宫破裂处疝出,导致误诊胎盘早剥。

从本病例中我们认识到在产科临床工作中,要仔细询问病史及既往手术经过,不仅要关注有剖宫产史再次妊娠者子宫破裂的风险,而且应将所有曾接受子宫体部手术的患者视为发生子宫破裂的高危人群,而近年来,产科临床中发生子宫破裂的病例不仅局限于存在剖宫产史的女性。随着宫、腹腔镜等妇科微创手术技术的发展,孕产妇妊娠年龄的增大,以及许多女性在妊娠前曾接受子宫体部或输卵管附着之宫角部的手术,都增加了子宫疤痕的种类及复杂性<sup>[6-7]</sup>。本病例实属罕见。

子宫破裂的表现主要为胎心率异常、阴道出血、突然发生的腹痛及子宫收缩异常。发生先兆子宫破裂时,最常见的胎心异常为心动过缓,或胎心减速后持续心动过缓。需要强调的是,子宫破裂导致的腹腔内出血可以使母体迅速发生血流动力学变化,而阴道出血通常不明显,因为子宫破裂的患者即使已有明显腹腔内出血,通常也不会出现明显阴道出血。此外,子宫破裂导致的腹痛可能被产程中阵痛所掩盖。鉴于瘢痕子宫患者分娩期发生子宫破裂通常首先表现为胎心率异常,应强调对患者分娩期持续胎心监护的重要性<sup>[8]</sup>。

在诊疗过程中重视患者主诉,重视孕晚期腹痛,注意询问腹痛性质,子宫局部压痛情况,拓展思维,考虑到可能发生的,也要考虑到很少发生的或发生率极低的病情,不能仅限于本专业的还要延伸专业以外知识。子宫破裂关键在于早期诊断,对于无明显症状和体征的子宫破裂临床诊断更加困难,所以提高超声的产前诊断水平,是对临床提供诊治依据的重要保障。应加强与辅助科室联系提高超声诊断率,避免漏诊、误诊。

## 参考文献

- [1] Ronel D, Wiznitzer A, Sergienko R, et al. Trends, risk factors and pregnancy outcome in women with uterine rupture[J]. Arch Gynecol Obstet, 2012, 285 (2): 317 - 321.
- [2] Smith D, Stringer E, Vladutiu CJ, et al. Risk of uterine rupture among women attempting vaginal birth after cesarean with an unknown uterine scar[J]. Am J Obstet Gynecol, 2015, 213 (1): 80 - 81.

- [3] Gyamfi-Bannerman C, Gilbert S, Landon MB, et al. Risk of uterine rupture and placenta accreta with prior uterine surgery outside of the lower segment[J]. *Obstetrics & Gynecology*, 2012, 120(6): 1332-1337.
- [4] Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008; a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5[J]. *The Lancet*, 2010, 375(9726): 1609-1623.
- [5] 赵欣, 刘菲. 自发性子宫破裂一例并文献复习[J]. *山西医药杂志*, 2014, 43(14): 1717-1719.
- [6] 赫英东, 杨慧霞. 围产期瘢痕子宫破裂的早识别和早处理[J]. *中华围产医学杂志*, 2016, 19: 649-652.
- [7] Miller ES, Grobman WA. Obstetric outcomes associated with induction of labor after 2 prior cesarean deliveries[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2015, 213(1): 89-81.
- [8] Guiliano M, Closset E, Therby D, et al. Signs, symptoms and complications of complete and partial uterine ruptures during pregnancy and delivery[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2014, 179: 130-134.

收稿日期: 2017-05-20 修回日期: 2017-06-20 编辑: 王宇

· 临床实践 ·

## 系统性红斑狼疮伴肠系膜血管炎 1 例并文献复习

文钟, 张梦云, 青玉凤, 周京国

川北医学院附属医院风湿免疫科, 四川南充 637000

**摘要:** **目的** 通过研究系统性红斑狼疮(SLE)伴肠系膜血管炎 1 例患者的临床表现、诊断及治疗, 以提高对本病的认识。**方法** 对 1 例系统性红斑狼疮伴肠系膜血管炎患者的临床资料进行回顾性分析, 并复习相关文献。**结果** 患者因腹痛、恶心、呕吐入院, 既往有 SLE 基础疾病, 诊断为 SLE 伴肠系膜血管炎, 进一步完善腹部 CT 检查发现肠系膜血管炎典型的“靶形”征后明确诊断。**结论** 对于 SLE 患者突然出现急性腹痛, 需警惕肠系膜血管炎可能, 应完善腹部增强 CT 等检查, 及时诊断, 早期治疗, 以改善该疾病的预后, 降低病死率。

**关键词:** 系统性红斑狼疮; 肠系膜血管炎; 腹痛

**中图分类号:** R 593.42 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2017)11-1547-02

系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)是以全身症状、骨骼肌肉及内脏损害为主要表现的多系统疾病<sup>[1]</sup>, 包括肾脏、皮肤、肺部、神经系统、血液系统、消化系统等多系统损害。本院收治 SLE 合并肠系膜血管炎(lupus mesenteric vasculitis, LMV)患者 1 例并复习相关文献进行总结, 以提高对该类疾病临床表现、诊断及治疗的认知。

### 1 病例分析

**1.1 临床资料** 患者, 女, 46 岁, 因“诊断 SLE 18 余年, 腹痛 13 d”于 2013 年 11 月 11 日入院。患者 18 余年前因出现颜面部蝶形红斑、脱发, 同时伴有周期性发热, 检查发现血小板减少, 多种自身抗体阳性, 诊断为 SLE, 给予糖皮质激素(强的松)治疗, 但用药剂量不详, 病情逐渐控制。13 d 前患者突发腹痛, 以剑突下为重, 伴有恶心、呕吐, 呕吐物为胃内容物, 量少,

在当地医院予对症治疗无好转, 逐渐加重入院。入院查体: 体温 37.2 °C, 血压 120/84 mm Hg, 痛苦面容, 心肺查体(-), 腹软, 上中腹部压痛, 无反跳痛及肌紧张, 全腹未触及明显包块, 肝、脾未触及, 胆囊区无压痛, morphy 征(-), 移动性浊音阴性, 神经系统查体(-)。血常规检查: 白细胞计数  $5.82 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞绝对值  $4.93 \times 10^9/L$ , 血红蛋白 146 g/L。急性期反应物: 血沉 4 mm/h, C 反应蛋白(CRP) 9.98 mg/L。自身抗体谱: 抗双链 DNA 抗体定量 70.60 IU/ml, 抗核抗体(ANA) 1:1000+, 其余自身抗体均阴性。补体 C3 380 mg/L, 补体 C4 75.2 mg/L。小便常规尿蛋白(+), 尿蛋白定量 334.5 mg/24 h 尿。肝、肾功能、电解质、血淀粉酶、血脂肪酶、大便常规检查未见异常。腹部彩超: 回盲部至升结肠肠壁增厚。腹部增强 CT: 腹部空回肠肠管增厚、水肿, 扩张, 可见“靶形”征(图 1a、图 1b)。入院后诊断: SLE 并肠系膜血管炎。

**1.2 治疗方法** 给予静脉滴注甲泼尼龙 80 mg/d, 并每隔 2 周联合环磷酰胺(CTX) 0.6 g 静脉滴注 1 次, 给予上述治疗后患者腹痛症状逐渐消失, 入院

DOI: 10.13429/j.cnki.cjcr.2017.11.030

**基金项目:** 国家自然科学基金(81670701); 四川省省属高校科研创新团队(14TD0021)

**通信作者:** 周京国, E-mail: jgzhou@nsmc.edu.cn