

不典型先兆子宫破裂 1 例

郭修权, 胡 云

(遵义医学院第五附属(珠海)医院, 广东 珠海 519100)

[关键词] 子宫破裂; 妊娠; 诊断; 剖宫产术

[中图分类号] R714 [文献标识码] B [文章编号] 1000-2707(2013)02-0216-02

由于现代产科技术的提高以及剖宫产手术的应用,使得先兆子宫破裂得到及时的诊断与治疗,降低了子宫破裂的发生率。然而一些先兆子宫破裂临床表现不典型,容易漏诊或误诊而未得到及时处理,继而发展为子宫破裂,危及母儿生命。本文就临床 1 例不典型先兆子宫破裂进行阐述,以期对类似的病例诊断有所帮助。

1 临床资料

患者 24 岁,女性,因“停经 38⁺3 周,不规则腹痛 1 d”入院,孕产史:孕₂产₀,曾人流 1 次,入院时 B 超提示羊水浑浊,胎心监护为无反应型。入院诊断孕₂产₀ 孕 38⁺3 周,LOA(左枕前),胎儿窘迫,患者入院 6 h 出现规律宫缩,胎心 140~148 次/min,基线平直,考虑胎儿窘迫,予吸氧、维生素 C 及碳酸氢钠静滴纠正胎儿窘迫,向患者及家属交代病情,建议行剖宫产术终止妊娠,但患者及家属签字要求继续试产,入院后 13 h 后检查胎膜未破,S=0,宫口开大 3 cm,入院后 17.5 h 阴道检查发现:胎先露下降无进展,S=0,宫口开大 4 cm,胎心 147 次/min,羊膜已破,羊水Ⅲ度污染,胎方位 LOP(左枕后),查耻骨联合上缘 2 cm 处有囊性感,导尿后囊性感未消失,尿液清亮,子宫下段无压痛,未见病理性缩复环。考虑有先兆子宫破裂可能,再次向患者及家属告知病情,经患者及家属同意后行剖宫产术。术中见子宫下段呈囊性感,极度菲薄,厚度接近 2 mm,无病理性缩复环,羊水Ⅲ度污染,质稠,量约 200 mL,胎方位 LOP,顺娩一活女婴,重 2 750 g,阿氏评分 1 min 时 8 分,5 min 时 9 分。术后予患者预防感染、缩宫以及补液治疗,新生儿予肌注青霉素预防感染,7 d 后母儿安全出院,

2 讨论

先兆子宫破裂常有病理性缩复环、子宫下段压痛、血尿出现及胎心异常四大主要表现^[1-2],常见于产程长、梗阻性难产病例。本例患者无病理性缩复环、子宫下段压痛、血尿等情况出现,只有胎心异常(胎心监护无反应型)及子宫下段囊性感两个临床表现。规律宫缩后监测胎心变异差、基线平直,提示胎儿窘迫,建议剖宫产而患者不同意手术,使病情发生衍变,此时胎头紧贴子宫下段,宫缩压力通过后羊水传递给胎儿,继通过胎头来扩张宫颈,由于胎方位为 LOP,胎头俯屈不够,胎头下降受阻,且胎膜已破,前羊水囊消失,不能传递宫缩压力使宫口正常速度扩张,导致产程无进展,受阻的胎头与子宫下段紧贴,导致病理性缩复环不明显或不表现出来;由于子宫下段不断延长,肌纤维被拉长,下段肌层逐渐变薄,后羊水囊存在,故触摸耻骨联合上部分的子宫下段呈囊性;因后负荷增加到一定程度后,子宫平滑肌发生最大等长收缩时的肌张力减小,故囊性的子宫下段不能有效向下传递宫缩,加之导尿后膀胱空虚,胎头压迫膀胱的力量较小,短时间内无血尿形成;由于下段囊性感后出现张力不高或患者痛阈较高,故下段无明显压痛。患者精神方面有一定经阴道分娩的信心,未见烦躁表现。值得注意的是,先兆子宫破裂出现下段囊性感时,需与膀胱充盈出现耻骨联合上缘呈囊性感相鉴别,导尿后子宫下段囊性感不消失即可判断为子宫下段囊性感。

本病例诊治有以下启示:(1)临床关注先兆子宫破裂尤为重要,出现子宫下段囊性感的体征,如未及时诊断,将可能发展成子宫破裂,给产妇和胎儿带来极大危害;(2)本例患者长达 4 h 胎头下降

无进展,出现宫缩乏力,胎头先露部下降受阻是诱发子宫破裂的因素之一,故严密观察产程,及时告知孕妇及家属产程情况,取得其配合,也是避免子宫破裂的关键因素。子宫破裂的高危因素有具剖宫产指征而患者不同意手术者、子宫手术史(剖宫产、多次宫腔操作、子宫肌瘤剔除、子宫间质部妊娠行楔形切除术等)、葡萄胎治疗后避孕未达两年而受孕、多产(>4次)、巨大儿、羊水过多等,该患者属有剖宫产指征但不同意手术。不能忽视不典型先兆子宫破裂的经验积累,Dane^[3]报道 1 例产妇产子宫左侧壁下段破裂,发生宫旁内出血,产后失血性休克,因症状不典型,延误治疗而致产妇死亡。由于目前疤痕子宫妊娠试产致子宫破裂成为主要因素,故疤痕子宫最好以剖宫产术终止妊娠为宜,如经阴道分娩,则分娩后常规行宫腔及宫颈探查,及时发现子宫破裂并酌情修补;非疤痕妊娠者孕晚期住院时 B 超监测子宫下段厚度,指导临床选择分娩方式,颜苹等^[4-5]报道 223 例子官前壁肌层 $\geq 2.0\text{ mm}$,未发生子宫破裂或先兆破裂。孕期加强

子宫破裂高危因素监护,建议患者适时和适宜方式终止妊娠。

3 参考文献

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2008:211.
- [2] Kelly Albrech, Gail Lam. Preterm spontaneous uterine rupture in a non-labouring grand multipara: a case report[J]. Obstet Gynaecol, 2008(7):586-589.
- [3] Dane B, Dane C. Maternal death after uterine rupture in an unscarred uterus: A case report[J]. Emerg Med, 2009, 37(4):393-395.
- [4] 曹泽毅. 中华妇产科学(临床版)[M]. 北京:人民卫生出版社, 2011:269.
- [5] 颜苹, 高春燕, 陈莉萍. 超声对子宫晚期妊娠先兆破裂的诊断价值[J]. 临床超声医学杂志, 2009(7):481-482.

(2012-10-12 收稿, 2013-02-01 修回)

编辑:文箫颖

(上接第 213 页)

3 参考文献

- [1] Hoek HW, Van HD. Review of the prevalence incidence of eating disorders[J]. Int J Eat Disorder, 2003(34):383-396.
- [2] Treasure J, Russell G. The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining

factors[J]. Br J Psychiatry, 2011(199):5-7.

- [3] Attia E. Anorexia Nervosa: Current Status and Future Directions[J]. Annu Rev Med, 2010(61):425-443.
- [4] Helena Draxler, Arto J. Hiltunen. A modification of enhanced cognitive behavioral therapy for anorexia nervosa[J]. Clinical Case Studies, 2012(11):201-217.

(2012-06-13 收稿, 2012-12-13 修回)

编辑:文箫颖

(上接第 215 页)

- [3] 邓梅先, 柯水香. 剖宫产术后子宫切口妊娠的诊治方法探讨[J]. 中华现代妇产科学杂志, 2009(4):26-28.
- [4] 沈化及, 孙慧婷, 施加霞. 剖宫产子宫切口疤痕妊娠 50 例分析[J]. 实用临床医药杂志, 2012(15):147-148.
- [5] Ash A, Smith A, Maxwell D. Caesarean scar pregnancy[J]. BJOG, 2007(3):253-263.

- [6] 程立莉. 腔内超声用于子宫切口妊娠的诊断分析[J]. 当代医学, 2013(2):29-30

- [7] 符元春, 田艾军. 经阴道彩超对子宫切口妊娠的价值[J]. 中国超声诊断杂志, 2005(7):543.

(2012-12-13 收稿, 2013-02-10 修回)

编辑:潘 娅