

基层医院产科罕见重症病例分析

广东佛山市顺德第一人民医院产科
郭跃文



病历摘要

- 患者：唐某，女，32岁。于2006年10月13日12:45因“停经37周，下腹痛1天，阴道见红2小时”入院。入院查体：T: 36.4℃，P: 96次/分，R20次/分，BP: 110/70mmHg，神志清醒，下腹隆起，宫高32CM，腹围97CM，胎位RScA，胎心150次/分，敏感宫缩，宫口未开。经产妇，11年前顺产一女婴，3.95kg,人流2次。
- 入院诊断：孕4产1宫内妊娠37周，RScA，先兆临产；横位。
- 入院检查：血常规，凝血功能，心电图，胎心监护均正常。

- 于当日下午15:40因“横位”送手术室欲行子宫下段剖宫产术。入手术室后监测生命体征：BP: 101/64mmHg, SpO₂: 96%, P: 96次/分, R20次/分, 准备给予硬膜外穿刺麻醉, 病人转侧卧位时, 突然出现剧烈腹痛, 以右侧下腹部最严重, 随即病人面色苍白, 大汗淋漓, 口唇发绀, 此时(15:50) BP: 64/35mmHg, SpO₂: 83%, P: 136次/分, R: 24次/分, 双肺未闻及干湿性罗音, 心脏未闻及病理性杂音, 腹部膨隆, 悬垂腹型, 可触及中等强度宫缩, 呈持续性, 病人目前是休克状态, 原因可能为: 胎盘早剥? 子宫破裂? 体位性低血压, 胎儿窘迫、胎死宫内?



- 即给予抢救治疗，16: 10胎心率不能闻及，给予面罩吸氧，麻黄素针10mg+20ml0.9%生理盐水iv，16: 25BP: 98/60mmHg，SpO₂: 97%，至16: 25P: 70-80次/分，床边B超：宫内单活胎，晚期妊娠，胎心率过缓70次/分+，胎盘0-1级，羊水量未见异常，胎位：横位。科主任向病人家属交代病情，家属表示了解病情。同时请儿科医生到手术室，准备抢救新生儿，16: 35手术开始，局麻下，术中见：腹腔内无积血，子宫紫黑色，张力大，质地脆，见一侧附件位于切口下方，子宫从右向左扭转，淤血，复位90度，行子宫体纵形切口5cm，自然裂开10cm,大量积血从切口处肌层涌出，破膜见羊水清，量约500ml，16: 39分以头位取出一男活婴，Apgar评分0分，即交台下儿科医生抢救。

- 儿科医师进行抢救。胎盘位于子宫前壁及宫底，取出完整，未见早剥淤血压迹，逐层缝合子宫后发现此时子宫仍有扭转（从右向左）180度，故再次复位180度，切口位于子宫后壁。局部淤血，范围5x10cm,切口周围收缩乏力，水肿，渗血活跃，给予热盐水纱布外敷，持续压迫止血，同时给予宫体肌注欣母沛250ug，间隔15分钟后再次宫体肌注欣母沛250ug，垂体后叶素12单位（宫体肌注），切口周围仍然收缩乏力，渗血活跃。

- 给予输浓缩红细胞4单位，血浆400ml，备浓缩红细胞4单位，血浆400ml，冷沉淀6单位。至19:00失血约1400ml。检查凝血功能PT16.2秒，APTT45.9秒，TT21.7秒，FIB0.92g。血常规：血红蛋白54g/L，血小板 $116 \times 10^9/L$ ，白细胞 $17.04 \times 10^9/L$ 。复查凝血功能PT14.5秒，APTT45.6秒，TT19.2秒，FIB1.21g。

- 向医院领导汇报情况，医务科到手术室指导抢救同时医务科请上级产科主任会诊。19:05上级医师到场，会诊意见：诊断：子宫扭转；产后出血；**DIC**；休克。子宫切口处活跃出血，收缩乏力，考虑如不切除子宫，难以止血，凝血功能障碍进一步加重，导致**DIC**不可逆转，最终可危及产妇生命，故应立即切除子宫，止血，纠正**DIC**治疗。

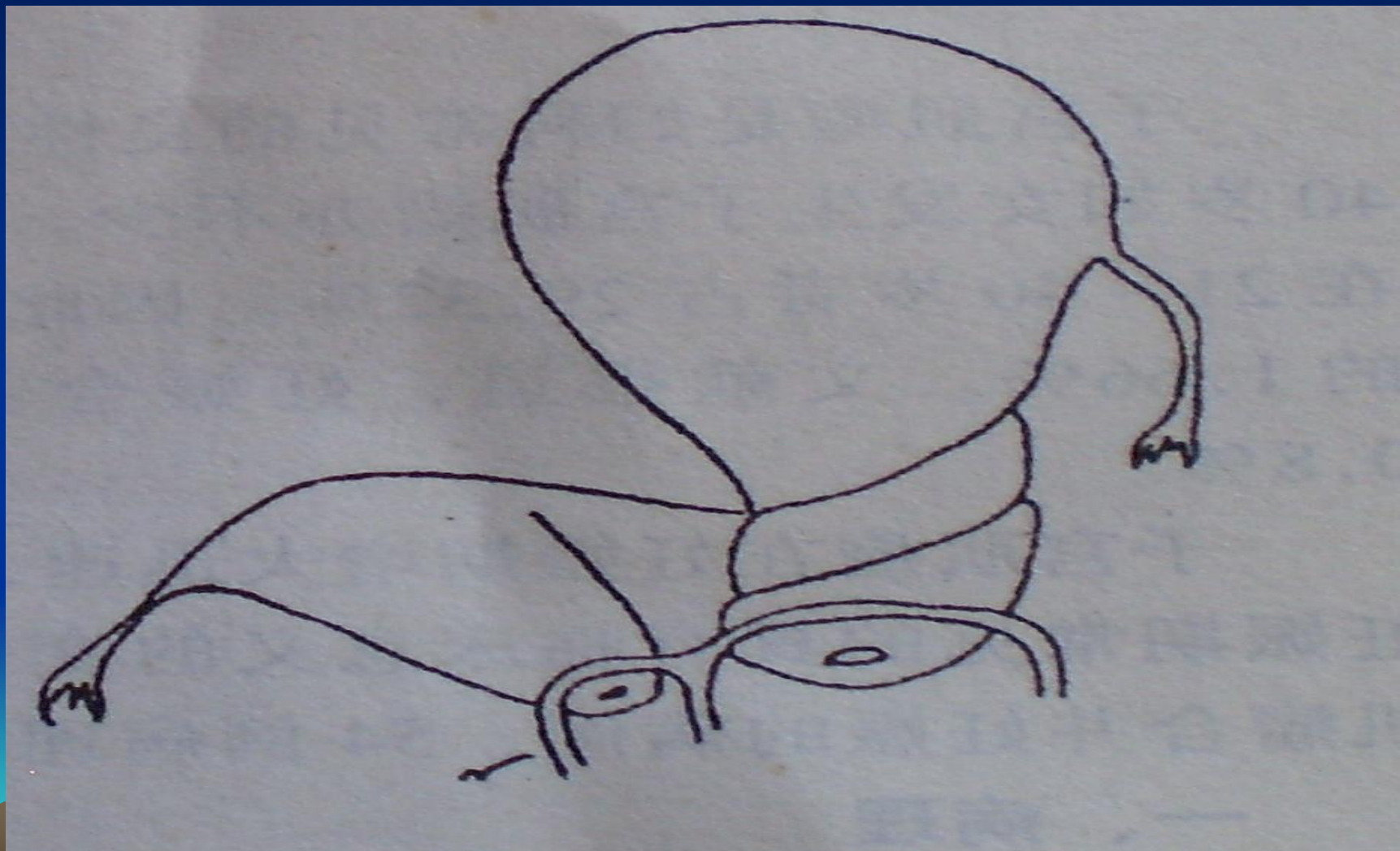


- 立即向病人家属交代病情，病人家属表示了解病情，同意切除子宫并签名。行子宫次全切除术，过程顺利，术中失血约2000ml，尿量700 ml，输浓缩红细胞8单位，血浆400ml，输液5700ml。术后全麻清醒，生命征平稳T: 37.1℃， P: 103次/分， R21次/分， BP: 120/72mmHg，安返病房，监测生命体征平稳，检查血常规、电解质、凝血功能、血气分析，给予补液，对症治疗，防止发生电解质紊乱及酸碱平衡失调，抗感染治疗。7天后出院。新生儿后来放弃抢救，死亡。

子宫扭转

- 妊娠子宫，尤其在妊娠晚期时，都伴有不同程度的右旋，但旋转角度不超过 30° 。如果妊娠子宫不论向右或向左旋转超过 90° ，同时伴有腹痛等症状者称妊娠子宫扭转（**tor-sion of the pregnant uterus**）。妊娠子宫扭转在家畜中较为多见，因是双角子宫的缘故，但在人类极为罕见。

引自《产科急症》 人民卫生出版社2001年出版



子宫扭转

- 子宫本身重心改变导致，妊娠子宫或有肌瘤的子宫、横位可以发生，非常罕见，容易误诊。妊娠子宫扭转预后不良，胎儿往往死亡，孕妇子宫难保。



- 盆腔的病理改变是引起妊娠子宫扭转的基础。**Nesbitt**等（1956）在收集文献所报道妊娠子宫扭转同时伴有症状的107例中，发现盆腔的病理改变主要为子宫肌瘤、双角子宫和横位，约占所有妊娠子宫扭转病例的60%以上，这三者的共同特点是使妊娠子宫左右两侧的重量不均、故易致扭转；其余为卵巢肿瘤合并妊娠、盆腔粘连、脊柱畸形及其他类型的胎位不正等；约有21%的病例，盆腔并无病理性改变。突然的体位改变、不良的姿势以及胎动等，则往往是引起妊娠子宫扭转的直接诱因。

妊娠子宫扭转原因

- 大多发生孕5月后，子宫从盆腔升入腹腔内，增大的子宫仅依靠子宫下部周围组织支持，且子宫韧带松弛易于变位。正常子宫，轻度右旋，如旋转过度可发展为子宫扭转。宫颈细长、子宫畸形、肿瘤压迫、炎症等情况容易发生。

临床表现

- 轻度90度，重360-720度。重度时，因血液循环受阻，子宫呈血性浸润状态，可发生胎盘早剥，甚至阔韧带及后腹膜血肿。临床表现与扭转程度有关。
- 突发腹部剧痛。持续性全腹疼痛，多伴呕吐，可有姿势改变或体力活动强度增加的诱因，也可没有诱因。

- 本症的主要症状为腹痛，95%的病例都有不同程度的腹痛；腹痛的程度与扭转后所造成的子宫缺血成正比，故扭转的程度越大、时间越久、则子宫缺血越严重，而腹痛也就越剧烈。扭转的程度可达 90° 甚至 720° 。Nesbitt所收集的107例中扭转大于 180° 的有16例，其中2/3伴有休克，这时孕产妇死亡率可高达50%，胎婴儿死亡率高达75%。此外18.7%的病例伴有胃肠道症状包括恶心、呕吐、腹痛、[腹泻](#)、腹胀等；10.3%的病例伴有泌尿道症状，包括尿频、尿急、不能排尿等；有时伴有少量到中量的阴道流血。

- 急性失血与休克表现。疼痛加失血导致
- 胎动减弱或消失。
- 体征 腹围大于孕月，全腹压痛，轻者腹壁尚软，重者腹肌紧张。胎心消失，如有血肿，可扪及肿块。宫颈位置甚高，宫口未开，内口紧闭。



- 腹部检查时腹壁常有压痛、反跳痛及肌肉痉挛，子宫常有压痛，有时可扪及由侧方转向前方、呈垂直走向、伴有触痛的圆韧带；伴有肿瘤者则可使子宫垂直走向突起。盆腔检查时阴道可因扭转而使耻骨联合上方，宫颈上缩至耻骨联合上方，经前穹窿可触及具有搏动的子宫动脉；尿道可因随同扭转而呈螺旋形弯曲，或闭塞不通，使导尿困难甚至无法导尿；经肛门（直肠）作指检时也可发觉有不同程度的扭曲感。临产者，宫颈可有不同程度的扩张，但宫缩强而产程停滞。扭转严重者由于血运阻滞，可致胎儿窘迫，甚至胎盘早剥，胎儿死亡。

诊断

- 需与卵巢肿瘤扭转及胎盘早剥鉴别 病史 体检 及B超等。

- 由于本症的症状和体征的特异性较差，与异位妊娠、盆腔肿块扭转、胎盘早期剥离、子宫破裂、急性肠梗阻等不易鉴别，又加本症罕见，医生平时对此印象不深，故临床诊断比较困难。当有腹痛、阴道流血和胎心音消失时，往往误诊为胎盘早期剥离，而在剖腹探查时才能确定诊断。剖腹探查时，子宫扭转 $90\sim 180^\circ$ 者在常规切口开腹后正中处可见充盈曲张的子宫血管；扭转 180° 者则子宫后壁翻转至前面而被显露，有时即于此切开子宫，术后方发现切开者为子宫后壁。此种情况之子宫肌壁因过度扭转而血液循环淤滞，以致常呈紫蓝色。

处理

- 一旦确诊，立即处理。输液、输血、镇痛及立即手术。
- 根据扭转程度、子宫改变及有无畸形来选择手术方法。重度：剖宫取胎后子宫切除。双子宫一侧扭转，切除患侧子宫后圆韧带固定在另一侧子宫上。如轻度，取胎后尽可能保留子宫，圆韧带缩短以固定子宫。

- 本症虽难诊断，但所需鉴别之病变均属紧急情况，不论胎儿存亡，均有剖腹探查指征。在剖腹探查中，如果发现子宫呈紫蓝色，经复位后不能得到改善，则不论其孕周，均应做剖腹取胎继以子宫切除术（胎儿多已死亡，故月份小者亦可不先取胎即行子宫切除）。如子宫血运正常，无紫蓝色改变，或经复位后子宫血运恢复正常，妊娠已足月者，不论胎儿存亡，可作剖宫产术；剖宫产后如子宫收缩不良，出血不止，经各种促使子宫收缩的措施，仍不能止血者，应行子宫切除。如仅轻度扭转，胎龄尚小，但胎儿存活，则可仅作子宫复位。对伴随的盆腔病理改变，可根据情况处理，如有[子宫肌瘤](#)或卵巢囊瘤予以摘除，有盆腔粘连者，谨慎分离。



- 本例子宫扭转的原因可能为横位，子宫重心不稳，经产妇子宫韧带松弛有关。
- 关键：麻醉时右侧卧位后剧烈腹痛。医源性扭转



- 子宫扭转因血液循环受阻，子宫可呈血性浸润，急性内出血，疼痛本身也致神经性休克，产妇因子宫扭转后子宫肌层血侵致切口周围子宫收缩乏力，子宫切口出血不止，积极治疗后仍然症状不见改善，出现**DIC**，所以请上级医院会诊后，考虑如不及时切除子宫，难以止血，凝血功能进一步加重，导致**DIC**不可逆转，最终可危及产妇生命，有子宫切除指征，为了病人的生命安全，经家属交代病情后行子宫切除术。就本病例而言，后续处理正确。但如尽快终止妊娠，胎儿或许可以存活。

- 子宫扭转，产妇死亡率**50%**，新生儿死亡率**75%**，患者也是难以保留子宫，特别是妊娠晚期的病人。
- 本病罕见，急性起病，难以预测和预防？后来改变了麻醉体位。



- 妊娠子宫扭转国内自50年代以来亦陆续有个案报道，见中华妇产科杂志，多未能保全胎儿或/及子宫，兹介绍Nesbitt（1956）所报道的一例，颇有值得吸取的经验：
- 患者32岁，第一胎，孕11周，因有急性右下腹部疼痛而入院。检查子宫大小与孕周相符。右侧有4cm×6cm大的肿块。右下腹有压痛、反跳痛及肌痉挛。诊断为右侧子宫间质部妊娠或子宫肌瘤变性，而行急症手术。手术时见子宫略呈紫蓝色，扭转180°，经复位后子宫壁颜色改善，上下两肌瘤位于子宫左侧壁，因属肌壁间肌瘤，估计如作剥出术，则有可能影响妊娠的继续，故未予剥出，仅在子宫复位后关腹。术后经过顺利，未再有类似发作，孕36周时自然临产，经产钳助产分娩一名重2600g。

- 细节决定成败



