

超声诊断第三产程急性不完全性子宫内翻 1 例

喻萍, 杨家翔*, 赵婧

作者单位: 610041 四川 成都, 四川省妇幼保健院超声科

作者简介: 喻萍, 毕业于川北医学院, 四川大学华西临床医学院在职研究生在读, 医师, 主要研究方向为妇产科超声及儿科超声

* 通讯作者, E-mail: yjxdjh@126.com

【关键词】 超声诊断; 子宫内翻; 第三产程

【中图分类号】R 714.46 【文献标志码】B 【文章编号】1674-4020(2020)12-095-02

doi:10.3969/j.issn.1674-4020.2020.12.23

1 病例资料

患者女, 31 岁, G₂P₁, 因“停经 33⁺³ 周, 阴道流血 1⁺ h”入院, 第二产程顺利娩出 1 女活婴后, 脐带自行延长, 产妇使劲用力后, 阴道大量出血 1 700 mL, 于阴道内触及胎盘包裹一质硬物, 大小约 30 cm × 20 cm × 15 cm。行床旁彩超检查示: 纵切面子宫底位于脐下, 宫底部浆膜不连续, 宫底向宫腔凹陷, 宫腔内可见范围约 7.6 cm × 3.8 cm 的不均质层状稍强回声; 横切面双侧宫角无法显示, 近子宫浆膜层可见环状强回声, 宫颈位置正常(图 1、图 2)。超声诊断: 怀疑急性不完全性子宫内翻。在超声实时监测下徒手经阴道行子宫内翻还纳术, 子宫部分还纳, 还纳困难, 产妇失血性休克, 合并弥散性血管内凝血(disseminated intravascular coagulation, DIC), 病情危重, 汇报总值班启动医院急救绿色通道, 在全麻下行经腹直视下子宫还纳术、子宫海曼缝合术、双侧子宫动脉结扎术。术中所见: 腹腔无明显积血, 子宫呈紫红色, 宫底及上段内陷, 呈“杯口状”, 双侧输卵管随宫底内陷, 双侧卵巢聚拢, 直视下从阴道还纳子宫, 还纳成功(图 3、图 4, 见彩插 4), 术中出血 1 000 mL。术后转入成人 ICU 继续观察治疗, 7 d 后产妇顺利出院。

2 讨论

子宫内翻是指子宫底部向宫腔内陷, 子宫内膜面向阴道方向翻出的病变。急性子宫内翻是一种罕见、“灾难性”的产科并发症, 常发生于产后 24 h 内, 多数发生在第三产程, 若处理不及时, 产妇可能在较短时间内发生大出血、休克、DIC, 甚至死亡^[1-2]。引起子宫内翻的内因为: 产后子宫肌壁软弱无力, 韧带松弛, 而第三产程处理不当, 过度用力按压宫底, 胎盘粘连、植入时暴力牵拉脐带等为发病外因^[3]。根据发生时间, 分为急性产后子



图 1 纵切面显示子宫底位置降低, 子宫底不连续, 向宫腔凹陷(箭头示凹陷的宫底)



图 2 横断面宫角无法显示, 宫底向宫腔凹陷推挤子宫肌壁, 未内陷肌层受压变薄, 形成环状受推挤的强回声宫腔线(箭头示环状强回声)

宫内翻(产后 24 h 内)、亚急性产后子宫内翻(产后 24 h ~ 4 周)和慢性子宫内翻(产后 4 周后或非妊娠相关)^[4]。根据内翻程度分为不完全性子宫内翻、完全性子宫内翻及内翻子宫脱垂。其中不完全性子宫内翻是宫底凹陷,内陷部分可接近或超出宫颈口,但仍保留有部分子宫腔;完全性子宫内翻是子宫体全部翻出到阴道内;内翻子宫脱垂是翻出的子宫体脱出于阴道外^[4,6]。本例为急性不完全性子宫内翻,结合本例进行回顾性分析,超声具有特征性的声像表现:纵切面显示宫底位置降低,宫颈位置正常,子宫底部浆膜不连续,向宫腔凹陷,成“杯口状”(图 1);子宫横断面宫角无法显示,宫底凹陷推挤未内陷子宫肌壁,未内陷肌层受压变薄,形成环状受推挤的强回声宫腔线,双侧输卵管内陷,双侧卵巢聚拢(图 2)。不完全性子宫内翻还需要与子宫黏膜下巨大肌瘤、子宫脱垂等鉴别,子宫脱垂及黏膜下肌瘤临床容易通过肉眼或借助器械诊断,子宫脱垂是子宫从正常位置沿阴道下降,声像图上子宫底位置形态正常,子宫黏膜下肌瘤蒂长者达阴道内,其宫底形态正常,不过要注意是否合并子宫内翻。不完全性子宫内翻时腹部可触及子宫底,超声医生若经验不足,未能重视子宫底形态及宫角无法显示等改变而容易漏诊,所以重视子

宫底形态,不遗漏子宫标准切面,根据以上特征性表现能及早识别子宫内翻,并引导临床医生行子宫内翻复位,评估复位效果,子宫形态、血供恢复情况,避免了大出血、休克,甚至孕产妇死亡等严重并发症,为临床及时抢救提供关键证据。

【参考文献】

- [1] Leal RF, Luz RM, De Almeida JP, et al. Total and acute uterine inversion after delivery: a case report [J]. J Med Case Rep, 2014, 8: 347.
- [2] Mondal PC, Ghosh D, Santra D, et al. Role of Hayman technique and its modification in recurrent puerperal uterine inversion [J]. J Obstet Gynaecol Res, 2012, 38(2): 438-441.
- [3] Mirza FG, Gaddipati S. Obstetric emergencies [J]. Semin Perinatol, 2009, 33(2): 97-103.
- [4] Cunningham G, Leveno K, Bloom S, et al. Williams obstetrics [M]. 24th ed. New York: McGraw-Hill Education, 2014: 787-788.
- [5] 梁琤, 贺晶. 产后子宫内翻 10 例临床分析 [J]. 中华妇产科杂志, 2017, 52(9): 623-625.
- [6] Pauleta JR, Rodrigues R, Melo MA, et al. Ultrasonographic diagnosis of incomplete uterine inversion [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2010, 36(2): 260-261.

(收稿日期: 2019-12-27 编辑: 向晓莉)

(上接第 87 页)④ 术后 24 h 复查 B 超再次确认减除胎儿死亡,并了解保留胎儿宫内情况。减胎成功后继续产科随访,观察胎心率及胎动,注意腹痛、阴道流血及阴道分泌物,定期复查凝血功能及血常规,早期发现和预防弥散性血管内凝血。此外,对于有早产迹象的患者,经阴道超声测量宫颈管长度对于早产具有良好的预测性,当宫颈管长度 < 25 mm 时应高度警惕,尽早保胎治疗并定期复查。

综上,对于双胎妊娠的孕妇应加强产前检查,尽早发现胎儿异常,双绒毛膜双羊膜囊双胎妊娠一胎畸形的孕妇孕中晚期 B 超引导下经腹选择性药物减胎术安全可行,对于降低出生缺陷,减轻家庭及社会负担,减少母儿并发症有重要意义。

【参考文献】

- [1] ACOG Committee opinion. 553: multifetal pregnancy reduction [J]. Obstetrics and Gynecology, 2013, 121(2pt1): 405-410.
- [2] Sunderam S, Kissin D M, Crawford S B, et al. Assisted reproductive technology surveillance-United States, 2013 [J]. Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries (Washington, D. C. : 2002), 2015, 64(11): 1-25.
- [3] Martin J A, Hamilton B E, Osterman M J, et al. Births: final data for 2017 [J]. National Vital Statistics Reports: From the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System, 2018, 67(8): 1-50.
- [4] Haas J, Barzilay E, Hourvitz A, et al. Outcome of early versus late multifetal pregnancy reduction [J]. Reproductive BioMedicine Online, 2016, 33(5): 629-634.
- [5] 胡琳莉, 黄国宁, 孙海翔, 等. 多胎妊娠减胎术操作规范 (2016) [J]. 生殖医学杂志, 2017, 26(3): 193-198.

- [6] Glinianaia S, Owysekera MA, Sturgiss S. Stillbirth and neonatal mortality in monochorionic and dichorionic twins: a population-based study [J]. Hum Reprod, 2011, 26: 2549-2557.
- [7] Lewi L, Devlieger R, De Catte L, et al. Growth discordance [J]. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2014, 28(2): 295-303.
- [8] 钟世林, 方群, 韩振艳, 等. 双胎妊娠胎儿畸形的分布及相关因素分析 [J]. 中国产前诊断杂志(电子版), 2012, 4(3): 6-10.
- [9] Bhandari S, Ganguly I, Agrawal P, et al. Comparative analysis of perinatal outcome of spontaneous pregnancy reduction and multifetal pregnancy reduction in triplet pregnancies conceived after assisted reproductive technique [J]. Journal of Human Reproductive Sciences, 2016, 9(3): 173-178.
- [10] 麦明琴, 朱娟, 熊盈, 等. 60 例产前诊断双胎之一异常的减胎术分析 [J]. 中国产前诊断杂志(电子版), 2017, 9(2): 26-29.
- [11] Mi S K, Eun D N, Sukho K, et al. Transabdominal selective feticide in dichorionic twins: Ten years' experience at a single center [J]. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 2019, 45(2): 299-305.
- [12] Dural O, Yasa C, Kalelioglu I H, et al. Comparison of perinatal outcomes of selective termination in dichorionic twin pregnancies performed at different gestational ages [J]. The Journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine, 2017, 30(12): 1388-1392.
- [13] Van De Mheen L, Everwijn S, Knapen M, et al. Pregnancy outcome after fetal reduction in women with a dichorionic twin pregnancy [J]. Human Reproduction, 2015, 30(8): 1807-1812.
- [14] Alvarado E A, Fernández Ricardo Pérez Pacheco, Alderete F G, et al. Selective termination in dichorionic twins discordant for congenital defect [J]. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2012, 161(1): 8-11.

(收稿日期: 2020-03-19 编辑: 吕永胜)