

· 短篇及病例报道 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.28.052

产后亚急性子宫内翻 1 例报道

孙晓雯, 钮彬

(解放军第四五六医院妇产科, 济南 250031)

[中图分类号] R714

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)28-4030-02

产后子宫内翻是指分娩后子宫底部向宫腔内陷甚至从宫颈翻出的病变, 常伴有下腹剧痛、阴道流血及休克, 严重者危及生命。按照发病时间, 可分为急性、亚急性和慢性子宫内翻。现将本院收治的 1 例产后亚急性子宫内翻病例报道如下。

1 临床资料

患者, 25 岁, G₃P₀, 因“停经 40⁺¹周”于 2016 年 2 月 3 日入本院, 2 月 4 日 5:43 自然分娩 1 男性活婴, 体质量 4 000 g, 6:10 胎盘胎膜未自然娩出, 用力按压宫底, 反复牵拉脐带仍未见胎盘剥离, 遂行手取胎盘术, 胎盘胎膜娩出完整, 阴道出现大量流血, 15 min 内出血量约 1 000 mL, 患者面色苍白, 神志清楚, 诉头晕、心慌, 测血压(BP)89/55 mm Hg, 心率(P)143 次/分, 腹部子宫轮廓触诊不清, 立即开放另外两条静脉通道, 持续按摩宫底, 检查软产道发现宫颈内口一直径约 3 cm 大小包块, 色暗红, 行 B 超检查提示盆腔内可见宫体, 考虑子宫黏膜下肌瘤、子宫收缩乏力、产后出血, 先后给予卡前列素氨丁三醇注射液 500 μg 肌肉注射, 舌下含化卡前列甲酯栓 1 mg, 催产素 20 U、止血芳酸 0.4 g 静脉滴注, 急配同型悬浮红细胞 4 U, 血浆 400 mL, 患者阴道流血量减少, 8:00 BP 回升为 104/66 mm Hg, 观察患者生命体征平稳 2 h 后送回病房。2 月 5 日 19:00 患者入厕时发现阴道口脱出一直径约 10 cm 大小的包块, 表面暗红色, 患者生命体征平稳, 测 BP 100/60 mm Hg, P 80 次/分, 行床旁 B 超检查提示子宫完全性内翻。遂在硬腰联合麻醉下行经阴道徒手内翻还纳术, 还纳成功后以一次性宫腔压迫球囊放置宫腔内 24 h 防止子宫再次内翻。住院期间每日给予患者抗菌药物抗感染治疗, 产后 6 d 出院, 随访 1 个月无异常。

2 讨论

产后子宫内翻在临床上非常罕见, 发生率大约在 0.01%, 内翻一旦发生, 如果不能及时的诊断和治疗, 死亡率可高达 15%^[1]。有研究发现, 一半以上的急性子宫内翻发生在产后 24 h 之内, 大多是由于第三产程用力压迫子宫底部, 过度牵拉脐带所致^[2], 亚急性和慢性子宫内翻分别发生在产后 24 h 至 30 d 以及在产后 30 d 以后^[3], 多为急性子宫内翻未能及时诊断而迁延时日者, 国内亦有产后 42 d 子宫内翻的报道^[4]。

本例患者有多次流产史, 导致此次妊娠发生胎盘粘连, 接产者在胎盘尚未完全剥离的情况下粗暴按压宫底并强力牵拉脐带, 诱发了子宫内翻的发生, 另外, 胎盘娩出后患者出现阴道大量流血, 接产者在患者腹部未扪及明显宫体, 凭借经验判断为子宫收缩乏力, 于腹部持续用力按摩子宫底部并大量使用宫

缩剂, 导致了病情的进一步发展。子宫内翻一旦发生, 可引起剧烈的下腹疼痛和神经性或者出血性休克, 双合诊能明确诊断子宫内翻并确定内翻程度, 超声检查可以协助诊断, 基层医师常因认识不足而导致误诊。此案例中, 当接产者发现宫颈内口一直径约 3 cm 大小包块时, 虽然及时申请了 B 超检查, 但因 B 超医师和妇产科医师均缺乏相应的临床经验, 在检查时没有注意子宫形态是否改变, 没有对疾病做出正确的判断, 且由于此时患者腹痛并不明显, 阴道流血量已经减少, 妇产科医师未行双合诊检查就诊断为“子宫黏膜下肌瘤”, 导致误诊。本病例加深了对子宫内翻的预防、诊断和救治的认识。首先, 子宫内翻重在预防。接产者应正确处理第三产程, 熟练掌握手取胎盘术, 切忌在胎盘尚未完全剥离时按揉、暴力下压宫底或牵拉脐带, 如果胎儿娩出 30 min 以后, 胎盘仍未娩出, 应注意排空膀胱, 再轻轻按压子宫并使用宫缩剂后仍不能使胎盘排出时, 再行手取胎盘术。其次, 加强对本病的认识有利于早期诊断和治疗。子宫内翻时, 盆腔空虚, 腹部扪不到宫体, 阴道内或阴道口外可发现红色球状物脱出, 双合诊可在耻骨联合上方扪及杯状凹陷。超声表现为宫底位置降低, 子宫底部肌层及浆膜层连续性中断, 向内凹陷^[5]。子宫内翻一旦发生, 抗休克的同时尽早行经阴道徒手还纳子宫术, 如患者剧痛可考虑使用阿托品、杜冷丁镇痛、松弛宫颈, 复位成功后, 可在宫腔内填塞纱布条压迫止血; 如果手法复位失败, 则要考虑开腹手术复位, 可用 Allis 钳挟持翻入的子宫壁向上牵引直至子宫完全复原^[6], 若此法不成功, 可考虑纵行切开内壁子宫翻转环, 近年来也有成功使用腹腔镜进行子宫复位的报道。本案例中作者选择在硬腰联合麻醉下行经阴道徒手内翻还纳术, 不仅减轻了患者的痛苦, 提高手法复位的成功率, 并且可以在手法复位失败的情况下能够迅速改为手术复位, 为患者赢得了抢救的时间; 另外, 作者在复位成功后使用了一次性宫腔压迫球囊, 与传统的宫腔内填塞纱布条相比较, 不仅能均匀压迫宫壁减少出血, 防止由于纱布条填塞不紧密造成的隐性出血, 更有利于观察病情, 同时能更有效地预防子宫内翻再次发生。

参考文献

- [1] Dwivedi S, Gupta N, Mishra A, et al. Uterine inversion: a shocking aftermath of mismanaged third stage of labour [J]. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol, 2013, 2(3): 292-295.
- [2] Leal RF, Luz RM, Almeida JP, et al. Total and acute uterine inversion after delivery: a case report [J]. J Med Case

Rep, 2014, 8(1): 347.

[3] Shirota K, Ota T, Tsujioka H, et al. Uterine inversion due to a leiomyoma on postpartum day 41: a case report[J]. J Obsteth Gynaecol Res, 2011, 37(7): 879-900.

[4] 张韶兰, 卫明荣. 产后 42 d 子宫内翻 1 例[J], 中华围产医学, 2003, 6(1): 16.

[5] 郑红雨, 邬华, 田矛, 等. 床边超声引导下子宫内翻经阴道

徒手复位的应用价值[J]. 中国超声医学杂志, 2013, 29(12): 1127-1128.

[6] 于娟娟. 产后子宫内翻 2 例报道[J]. 生殖医学杂志, 2015, 24(8): 674-675.

(收稿日期: 2017-04-03 修回日期: 2017-06-21)

• 短篇及病例报道 • doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2017.28.053

婴儿伊藤色素减少症并发癫痫 1 例报道

陈圣昌, 石胜良[△]

(广西医科大学第二附属医院神经内科, 南宁 530007)

[中图法分类号] R4

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)28-4031-02

伊藤色素减少症(hypomelanosis of Ito, HI)也叫做线状痣样色素减退、色素镶嵌症或无色素性色素失禁^[1]。HI可累及多重系统,包括中枢神经系统、骨骼、肌肉和眼等。当累及中枢神经系统时常表现为癫痫发作。该病为罕见病,本文对 1 例伊藤色素减少症并发癫痫的患儿进行综合剖析,为今后诊治的工作提供参考。

1 临床资料

患儿,女,10 个月 22 天,系第 1 胎第 1 产,足月顺产,新法接生。出生时躯干及四肢可见散在网状皮肤色素脱失斑,双下肢明显,沿布氏线(Blaschko 线)分布(图 1、2)。随年龄增长,皮损渐大。4 个月前患儿出现全身抽搐,表现为呼之不应,双眼向右凝视,口唇紫绀,持续数秒钟,可自行缓解。后反复出现抽搐,频率逐渐增多,5~6 d 抽搐 1 次。入院查体:全身皮肤未见皮疹、皮下出血,毛发分布正常。未见肌肉萎缩。肌张力正常,四肢肌力 5 级。生理反射正常,病理反射未引出。染色体核型分析:46,t(X,8),(p11.2;q24.1)。脑电图:清醒活动闭目时双侧额部及中央区以中高波幅 4~6c/s θ 节律为主,波形尚完整,两侧欠同步对称,以右侧为主;睡眠期各导联阵发性 2~3 H 活动及 4.5~6.0 HZ θ 活动。头颅 MRI:双侧额颞区脑外隙增宽,考虑先天性脑发育不良。心脏彩超:(1)卵圆孔未闭,房水平向右分流;(2)三尖瓣轻度反流(估测肺动脉收缩压 34 mm Hg);(3)左心室收缩功能测量值正常范围。骨密度测量:中度骨强度不足。发育商:粗大动作 36,精细动作 32,应物能,语言能 45,应人能 42。实验室检查如下,血常规:白细胞计数 $5.40 \times 10^9/L$,红细胞计数 $4.46 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 118.70 g/L,血小板计数 $267.70 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比 0.485,淋巴细胞百分比 0.363。全血血氨测定 1 mg/L,丙戊酸血药浓度 0.70 $\mu g/mL$ 。心肌酶、肾功能、电解质、空腹血糖、凝血 4 项+D-二聚体定量、血沉、乳酸、超敏 C 反应蛋白、大便常规等检查未见异常。患儿父母体健,非近亲婚配,无遗传性疾病病史,否认类似家族病史。诊断:伊藤色素减少症;癫痫;精神运动发育迟缓。予奥卡西平、丙戊酸钠抗癫痫治疗,现癫痫症状已得到控制。



图 1 患儿下肢线状色素脱失皮损



图 2 患儿臀部网状色素脱失皮损

2 讨论

HI 也叫做线状痣样色素减退、色素镶嵌症或无色素性色素失禁^[1]。伊藤最先在 1952 年描述这种疾病^[2],认为它是一种先天性色素失禁症的负像。HI 的皮损表现较为固定,通常为沿着布氏线的色素减退,男女均可发生 HI。该病在所有种