

DOI:10.12025/j.issn.1008-6358.2018.20180203

孕28⁺¹周双胎妊娠罕见穿透性胎盘植入致子宫角破裂抢救成功1例报告

张广霞, 王东辉*, 蔡蕊

山东省聊城市东昌府区妇幼保健院产科, 聊城 252000

[关键词] 子宫破裂; 穿透性胎盘植入; 双胎妊娠; 瘢痕

[中图分类号] R 714.4 [文献标志码] B

Successful rescue of uterine horn rupture caused by rare penetrating placenta implantation in 28⁺¹ weeks twin pregnancy: case report

ZHANG Guang-xia, WANG Dong-hui*, CAI Rui

Department of Obstetrics, Obstetrics and Gynecology Hospital of Dongchangfu District Maternal and Child Health Care Hospital, Liaocheng 252000, Shandong, China

[Key Words] uterine rupture; penetrating placenta implantation; twin pregnancy; scar

1 病例资料

患者女, 29岁, 因“孕28⁺¹周, 持续性上腹痛12h余”于2018年2月1日12:47入院。G2P1, 2016年行剖宫产分娩1次, 初潮15岁, 月经5d/30d, 量中, 无痛经; LMP: 2017年7月18日, EDC: 2018年4月25日。孕56d行B超检查确诊双胎早孕(双绒毛膜双羊膜囊)且符合停经天数。孕6个月于我院行胎儿产前超声筛查, 胎儿未见明显异常, 胎盘位于宫底右前、右后壁、宫底部分胎盘局部增厚, 内回声不均, 内见不规则无回声区, 其后方肌层低回声带显示不清, 建议磁共振检查除外胎盘植入, 孕妇未行磁共振检查。2018年2月1日凌晨1:00孕妇无明显诱因出现持续性上腹部疼痛, 遂于我院急诊科就诊, 检查彩超、胎心无异常后回家观察。2018年2月1日上午11:00患者因上腹部仍疼痛再次来我院就诊, 门诊内科医师疑诊“消化道穿孔? 子宫破裂?”遂收入我院。12:51来到我院产科病房。查体: 急性痛苦面容, T 36.9℃, P 109次/min, R 16次/min, BP 125/80 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa), 心律齐, 各瓣膜听诊区未闻及杂音; 双肺呼吸音清, 未闻及干湿啰音; 肝脾未触及, 肝肾区无叩痛, 腹膨隆、张力大, 拒压, 全腹压痛反跳痛明显, 以脐下及右侧腹部压痛最明显, 移动性浊音阳性, 宫缩未触及; 胎心音140/153次/min, 腹围126 cm, 宫

高40 cm, 胎儿体重估计1 000 g/1 200 g。血常规示: WBC $14.49 \times 10^9/L$, 中性粒细胞78.8%, 血红蛋白117 g/L, 血小板计数 $217 \times 10^9/L$ 。产科彩超示: 双胎晚妊活胎。肝胆胰脾肾彩超提示: 腹腔内探及游离液性暗区, 右侧腹最深处约6.8 cm, 左侧腹最深处约3.7 cm, 右侧腹探及略强不均质回声包块, 范围约2.9 cm×1.0 cm, 形态不规则, 边界清, CDFI: 未见明显血流信号。入院诊断: (1) 腹腔积液原因待排(消化道穿孔? 子宫破裂?); (2) 28⁺¹周妊娠G2P1A0L1 LSA/RSA; (3) 瘢痕子宫; (4) 双胎妊娠。入院后立即予地塞米松6 mg肌注促胎肺成熟治疗。因有腹腔积液, 14:00请外科主任医师会诊, 在超声引导下行腹腔穿刺术, 取积液最低点进行穿刺, 穿刺成功, 抽出不凝血。立即组织全科病例讨论, 结论: 腹腔内出血诊断明确, 建议尽快行剖宫产+剖腹探查术。孕妇及家属要求抢救新生儿, 请儿科医师守台。15:26在硬腰联合麻醉下行手术治疗。术中见腹腔内积血及积血块约1 000 mL, 娩出两活男婴, Apgar评分均为1 min 8分, 5 min 9分, 体质量分别为1 120 g、1 110 g。手取胎盘, 胎盘胎膜娩出不全, 部分胎盘位于子宫右侧角部, 已穿透子宫浆膜层, 大小约8 cm×6 cm×5 cm, 如“火山口”状, 并见活动性出血, 大网膜粘连并披覆在破口处。立即用止血带扎于子宫颈处, 并用电刀切除右侧子宫角部及植入部分胎盘, 送病理检

[收稿日期] 2018-03-05

[接受日期] 2018-07-06

[作者简介] 张广霞, 硕士, 主治医师. E-mail: guangxiangzhang@163.com

*通信作者(Corresponding author). Tel: 0635-8469669; E-mail: xiaolu-1@163.com

查。并用1号可吸收线连续缝合子宫角部切口全层。子宫收缩欠佳,予卡前列素氨丁三醇 250 μg 宫体注射、卡贝缩宫素 100 μg 静滴,并行双侧子宫动脉下行支结扎术。效果可,放置腹腔引流管1根。术中出血约 2 000 mL,补液 1 800 mL,尿量 300 mL,静滴红细胞悬液 4 U、血浆 200 mL。术中诊断:(1)穿透性胎盘植入;(2)28⁺周妊娠分娩 G2P2A0L3 LSA/RSA;(3)子宫破裂;(4)瘢痕子宫;(5)双胎妊娠;(6)产后出血;(7)早产;(8)早产儿。术后患者生命体征平稳,复查血常规 103 g/L,术后第2天腹腔引流量约 22 mL,予以拔除引流管。术后病理诊断:(子宫壁+胎盘)考虑胎盘植入。术后复查彩超提示:符合子宫修补后子宫声像图表现。2018年2月8日患者一般情况好,生命体征平稳后出院。随访至今两名新生儿均存活,均已从新生儿科出院,母婴一般情况好。

2 讨论

胎盘植入致子宫破裂是产科严重的并发症,发生率低,一旦发生,母婴不良结局明显增加。胎盘植入分为胎盘粘连、胎盘植入及穿透性胎盘植入。穿透性胎盘植入指穿透子宫壁达子宫浆膜层、甚至侵入子宫毗邻器官,病情凶险,常导致产后出血、急诊子宫切除、孕产妇死亡等^[1],其治疗主要是控制出血和分离侵入组织。本例穿透性胎盘植入致子宫角破裂较罕见。既往行剖宫产、子宫肌瘤剔除术等手术的患者,子宫破裂的发生率显著上升^[2-3]。瘢痕子宫再次妊娠,子宫破裂的发生率为 0.3%~1%^[4]。子宫角部肌组织薄弱,子宫血管与卵巢动静脉血管吻合处,血运丰富,随孕周增长,子宫增大,子宫角肌层变薄,一旦肌层破裂,大出血,延误可能危及生命。

本例病患的病例特点:(1)有剖宫产史;(2)剖宫产术后再次妊娠的间隔时间短,小于6个月,剖宫产术后子宫平滑肌需要一段时间修复。有文献报道剖宫产术后6~12个月子宫切口的瘢痕仍未完全修复^[5]。如果此次妊娠距前次剖宫产间隔时间<6个月,将增加子宫破裂的发生风险;若间隔6~18个月,则不增加子宫破裂的发生风险;(3)双胎妊娠,子宫张力大;(4)孕6个月行彩超检查建议磁共振检查除外胎盘植入,但患者未遵医嘱检查。彩色多普勒超声是诊断胎盘植入的有效方法,彩超提示胎盘内多个大小不等的规则液性暗区,胎盘后间隙消失,局部血流丰富等,要高度怀疑胎盘植入,尤其合并危险因素的患者。我院彩超技术娴熟,能早期发现异常情况,但彩超对胎盘植入的诊断有局限性,判断植入深度及周围组织的侵蚀程度最终还要靠

核磁共振。(5)此患者系穿透性胎盘植入,因有大网膜粘连并披覆在活动性出血破口处,所以出血不是很凶猛,否则预后不良。胎盘植入的处理需由经验丰富的产科医师、麻醉科医师,以及新生儿科医师组成的救治团队进行,我院医资力量雄厚,能为母婴健康保驾护航。(6)该孕妇持续性上腹痛,首次就诊时医师未引起足够的重视,认为是一般的假宫缩,嘱孕妇暂观察,如有异常随时就诊。如果考虑到胎盘植入、胎盘早剥、子宫破裂等,及早收住院,可能母婴结局更好。子宫破裂的表现:胎心率异常、突然发生不明原因的腹痛、子宫收缩异常、阴道出血。胎心过缓或胎心减速后持续心动过缓需警惕先兆子宫破裂,要进行持续胎心监护^[6],不能只是听一次胎心正常就不再关注。(7)此患者再次就诊时引起了医师的注意,患者腹痛、腹腔内出血体征明显,经院内会诊、全科讨论考虑子宫破裂,并争分夺秒行剖宫产术结束分娩。子宫破裂有可能合并其他脏器的损伤,且疑胎盘植入,故我们选择腹部纵切口以便于检查盆腹腔情况。经过我们科室的共同努力,成功抢救了该例子宫破裂的患者,取得了良好的结局。

随着全面二胎政策的放开,瘢痕子宫再妊娠者数量增加,病情复杂多变、临床表现多样,要时刻警惕穿透性胎盘植入致子宫破裂,应尽量减少无指征剖宫产,降低瘢痕妊娠及胎盘植入的发生。选择合适的分娩时机,具体情况具体分析,早期识别、正确诊治穿透性胎盘植入致子宫破裂,改善母婴预后。

参考文献

- [1] KASSEM G A, ALZAHIRANI A K. Maternal and neonatal outcomes of placenta previa and placenta accreta: three years of experience with a two-consultant approach [J]. *Int J Womens Health*, 2013,5:803-810.
- [2] American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 560: Medically indicated late-preterm and early-term deliveries[J]. *Obstet Gynecol*, 2013,121(4):908-910.
- [3] GAMBACORTI-PASSERINI Z, GIMOVSKY A C, LOCATELLI A, et al. Trial of labor after myomectomy and uterine rupture: a systematic review[J]. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2016,95(7):724-734.
- [4] 周圣涛,张力. 瘢痕子宫妊娠阴道试产的研究进展[J]. *中华妇产科杂志*, 2015,50(4):305-308.
- [5] CUNNINGHAM G F, LEVENO K J, BLOOM S, et al. *Williams obstetrics*[M]. 23rd ed. New York: McGraw Hill, 2009:565-576.
- [6] RIDGEWAY J J, WEYRICH D L, BENEDETTI T J. Fetal heart rate changes associated with uterine rupture[J]. *Obstet Gynecol*, 2004,103(3):506-512.