

故需和干燥综合征和类风湿关节炎鉴别,本病例ANA/ENA谱阴性,无口干、眼干症状,虽有多关节疼痛,但无血清学阳性和对称性小关节肿痛和晨僵,诸上疾病不予考虑。治疗上因结节病60%~70%患者可自发缓解,故需结合临床表现、病程预后及药物的干预综合考虑,迄今还未有达成共识的治疗方案,但糖皮质激素仍是治疗结节病的首选^[10],报道激素治疗经过24个月可使肺部病灶影像吸收,而对激素抵抗或激素减量复发的患者加用甲氨蝶呤或硫唑嘌呤、环磷酰胺是首选的二线药物^[3]。有研究^[3]认为泼尼松初始剂量为20~40 mg/d,6个月内减量为<20 mg/d,5~10 mg/d维持12个月或以上。本病例给予泼尼松30 mg口服,联合羟氯喹改善病情,症状好转。随访中。

综上,结节病是一种异质性多系统肉芽肿性疾病,因结节病与风湿性疾病颇有相似之处被越来越多地报道。本案例提示结节病侵犯骨关节系统酷似风湿性疾病表现,对于累及大关节游走性疼痛起病的患者若伴有低热咳痰时需警惕结节病,避免误诊漏诊的发生。

[参 考 文 献]

- [1] TORRALBA KD, QUISMORIO FP JR. Sarcoidosis and the rheumatologist[J]. *Curr Opin Rheumatol*,2009,21(1):62.
- [2] Statement on sarcoidosis. Joint Statement of the American Thoracic Society (ATS), the European Respiratory Society (ERS) and the

World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders (WASOG) adopted by the ATS Board of Directors and by the ERS Executive Committee, February 1999[J]. *Am J Respir Crit Care Med*,1999,160(2):736.

- [3] VALEYRE D, PRASSE A, NUNES H, *et al.* Sarcoidosis [J]. *Lancet*,2014,383(9923):1155.
- [4] SWEISS NJ, PATTERSON K, SAWAQED R, *et al.* Rheumatologic manifestations of sarcoidosis [J]. *Semin Respir Crit Care Med*, 2010,31(4):463.
- [5] THELIER N, ASSOUS N, JOB-DESLANDRE C, *et al.* Osteoarticular involvement in a series of 100 patients with sarcoidosis referred to rheumatology departments [J]. *J Rheumatol*,2008,35(8):1622.
- [6] AWADA H, ABI-KARAM G, FAYAD F. Musculoskeletal and other extrapulmonary disorders in sarcoidosis [J]. *Best Pract Res Clin Rheumatol*,2003,17(6):971.
- [7] ERB N, CUSHLEY MJ, KASSIMOS DG, *et al.* An assessment of back pain and the prevalence of sacroiliitis in sarcoidosis [J]. *Chest*,2005,127(1):192.
- [8] KOBAK S, SEVER F, INCE O, *et al.* The prevalence of sacroiliitis and spondyloarthritis in patients with sarcoidosis [J]. *Intern J Rheumatol*,2014,2014:289454.
- [9] HAMDI W, NEJI O, GHANNOUCHI MM, *et al.* Rheumatologic manifestations of sarcoidosis [J]. *Tunis Med*,2010,88(11):773.
- [10] PARAMOTHAYAN S, JONES PW. Corticosteroid therapy in pulmonary sarcoidosis: a systematic review [J]. *JAMA*,2002,287(10):1301.

(本文编辑 刘璐)

[文章编号] 1000-2200(2017)01-0094-03

· 临床医学 ·

妊娠晚期自发性子宫体部破裂2例

储 斌,黄大雁,孟祥莲,陈红波

[关键词] 妊娠;子宫破裂;产科并发症

[中图分类号] R 714.46

[文献标志码] B

DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2017.01.029

子宫破裂是严重的产科并发症之一,危及产科医疗安全^[1]。既往子宫破裂多发生于梗阻性难产及不恰当的引产,近年由于剖宫产率的增加,导致瘢痕子宫再次妊娠后子宫破裂发生率有增加趋势。因此安全避免首次剖宫产、瘢痕子宫的孕期管理、剖宫

产后经阴道分娩成为产科关注的问题^[2]。本文对本院抢救的2例瘢痕子宫妊娠晚期子宫体部自发性破裂病例进行报道。

1 临床资料

例1,28岁,幼时患“脑炎”,有轻度认知障碍。1997年剖宫产分娩一女婴(2岁夭亡)。2006年1月“孕足月、胎死宫内”经阴道分娩一男死婴。末次月经日期(LMP):2006年7月12日。2007年2月9日14:00出现下腹阵痛,2月10日1:00腹痛加剧伴阴道流血量多于月经量,于6:45入住我院。体格检

[收稿日期] 2015-04-30

[作者单位] 安徽医科大学妇幼保健临床学院,安徽省妇幼保健院妇产科,安徽合肥230001

[作者简介] 储 斌(1980-),男,主治医师。

[通信作者] 陈红波,硕士研究生导师,副主任医师。E-mail:chb12@sina.com

查: 血压(BP)110/80 mmHg, 心率(HR)90 次/分, 呼吸 20 次/分。下腹压痛(±), 子宫轮廓不清, 腹部触及胎儿肢体, 未闻及胎心。超声示: “胎儿双顶径 90 mm, 无胎心搏动。腹腔气体多, 胎头在腹腔, 未见宫壁回声; 可见宫颈回声, 内见胎儿肢体; 腹腔后方见 124 mm × 91 mm 宫体回声, 子宫峡部前壁见 73 mm × 55 mm 高回声穿孔区; 肝肾隐窝积液深 56 mm, 脾肾隐窝积液深 44 mm”。血常规示血红蛋白(Hb)95 g/L, 血小板、凝血四项无特殊。急诊在局部区域阻滞同时气管插管麻醉下剖腹探查, 孕妇转入手术室时 HR 145 次/分, 血压 110/70 mmHg, 表情淡漠。手术于 9:05 开始, 术中见胎盘及胎儿游离在腹腔中; 助娩一男死婴, 体质量 1.8 kg; 子宫裂口呈纵形, 下端达宫颈内口, 上端达左侧子宫角, 裂口组织新鲜; 予行子宫裂伤修补术 + 绝育术。术中出血 200 mL, 腹腔积血 800 mL, 予抗休克治疗, 术后共输注红细胞 5U, 血压维持在 110 ~ 120/60 ~ 70 mmHg, 脉搏维持在 130 ~ 145 次/分。术后诊断: 孕 30⁺²周, 孕 3 产 3, 胎方位骶左前, 胎死宫内, 瘢痕子宫, 完全性子宫破裂(体部), 失血性休克, 失血性贫血。2 月 11 日血常规示 Hb 61 g/L, 术后 6 d 出院。

例 2, 23 岁, 2011 年 12 月剖宫产分娩一女婴健在。末次月经日期: 2013 年 11 月 12 日。2014 年 5 月 31 日 6:00 AM 出现下腹阵痛, 无阴道流血、流水, 当地县医院超声检查示子宫前壁下段厚 2.6 mm, 余未见异常。辗转当地市医院未收治, 于

1:50 PM 转至我院急诊科。体格检查: T 36.5 °C, 脉搏 136 次/分, 呼吸 19 次/分, BP 76/46 mmHg。产检: 宫高 29 cm, 腹围 104 cm, 胎方位枕左前, 胎心: 110 次/分, 宫缩: 不规则。超声示: 胎位枕右前, 头围 282 mm, 腹围 283 mm, 股骨长 52 mm, 胎盘附着于子宫前壁, 胎盘厚度 29 mm。脐动脉收缩期峰值和舒张末期流速比值 4.0, 胎心搏动 112 次/分; 子宫下段前壁宫内口上方见 49 mm 的回声失落; 肝脏周围见 77 mm 宽液性暗区, 子宫右侧见 67 mm 液性暗区, 子宫左侧见液性暗区约 70 mm (见图 1)。血常规: 白细胞 23.60 × 10⁹/L, 中心粒细胞比值 92.34%, 红细胞 3.20 × 10¹²/L, Hb 100 g/L, 红细胞比容 0.28, 血小板 307 × 10⁹/L。凝血五项无异常。予抗休克治疗并急诊在局部区域阻滞同时气管插管麻醉下行剖腹探查; 见腹膜呈紫蓝色, 子宫前壁有一纵行裂口, 胎盘部分突出子宫; 自破口处进入宫腔助娩一活男活婴, 体质量 1.44 kg, Apgar 评分 1 ~ 8 分; 子宫裂口上缘接近宫底, 下缘达子宫下段, 膀胱无撕裂, 裂口右侧与腹膜粘连 (见图 2)。予行子宫裂伤修补术, 孕妇家属拒绝行绝育术; 术中出血 200 mL, 腹腔积血块约 1 500 mL, 术中共输红细胞悬液 3.5 U, 术毕 BP 105/63 mmHg, HR 90 次/分。术后诊断: 孕 28⁺⁴周, 孕 3 产 2, 胎方位枕左前, 早产, 瘢痕子宫, 完全性子宫破裂(体部), 胎儿窘迫, 新生儿重度窒息, 失血性休克, 失血性贫血。术后 3 d 复查 Hb 91 g/L, 术后 5 d 出院。新生儿住院 63 d 后体质量增至 2.105 kg, 顺利出院。



图1 超声见肝周液性暗区(1A)、子宫下段前壁回声失落(1B) 图2 术中所见

2 讨论

一般认为, 瘢痕子宫者再次妊娠时子宫破裂的发生率为 1.03%^[3], 其主要与前次手术时的子宫切口位置有关, 如宫体部剖宫产或子宫下段横切口向两侧撕裂, 文献^[4]报道宫体部剖宫产再次妊娠阴道试产时子宫破裂发生率为 16%。所以严格掌握首次剖宫产指征、规范剖宫产术中操作非常重要, 除非

前置胎盘或胎盘植入孕妇需避开胎盘附着部位, 应选择子宫下段中上 1/3 处的横切口^[5]。本文 2 例均为宫体部纵行裂开, 推测首次剖宫产时可能为子宫体部或下段直切口延撕至宫体部。产科医生应吸取教训, 在严格剖宫产指征、规范剖宫产操作的同时, 对于手术中的切口情况应如实记录, 有利于对孕妇再次妊娠时进行孕期指导。

本文 2 例发生于孕 28 周和孕 30 周, 无明显外

伤史,临床表现初始均与临产症状相似,表现为腹痛伴或不伴阴道流血,随病情进展表现为休克、胎儿窘迫或宫内死亡。提示对于瘢痕子宫再次妊娠孕妇,尤其既往手术情况不明者,有临产症状者应及时就诊。子宫破裂的典型临床表现可有胎儿窘迫、子宫张力下降、宫缩突然停止、剧烈腹痛、胎先露退回或消失、阴道出血或血尿、休克等^[3];但这些症状和体征缺乏特异性,且继发于瘢痕子宫的子宫破裂常没有先兆子宫破裂阶段,临床可无任何先兆而仅表现为腹痛,易误诊为内外科急腹症或临产,从而延误诊治导致严重母婴不良结局^[6]。

超声对于诊断子宫破裂有重要价值,瘢痕子宫再次妊娠时孕晚期要定期超声检查子宫切口、胎盘情况,一旦出现腹痛等症状立即住院治疗监测胎心及复查超声。胎儿窘迫有时是首发的异常症状,超声检查发现子宫肌层完全中断或分离是诊断本病的直接征象^[7];如发现胎儿或胎盘全部或部分移至腹腔内,子宫收缩偏于盆腔一侧,则可明确诊断。但当胎盘附着于破裂口附近,而胎盘与胎儿未进入腹腔时与胎盘早剥不易鉴别^[8]。本文2例超声间接征象均有大量腹腔积液,例1胎儿已经游离于腹腔中,例2可见子宫壁回声失落,胎儿尚位于宫腔内。对于胎盘附着部位子宫肌层破裂、胎儿胎盘尚未进入腹腔的诊断尚需结合临床明确。例2孕晚期出现腹痛后当地医院就诊,超声未提示异常,且未收治住院。辗转2家医院后经6h转入我院,入院时已有休克及胎儿窘迫症状,延误了诊治时间,值得吸取教训。

一般认为有阴道分娩史尤其有剖宫产后成功的经阴道分娩史,再次妊娠时阴道分娩成功率高。而例1虽然有一次成功的剖宫产后阴道分娩史,此次妊娠时仍然发生了子宫破裂,临床少见报道。推测可能有两种情况,一是上次经阴道分娩后已经出现潜在的子宫裂伤而未发现;二是子宫切口愈合处有缺损,与上次妊娠间隔时间较短。所以剖宫产后阴道试产者分娩后应仔细探查子宫有无裂伤,并必要

时超声检查。

子宫破裂后的外科处理须考虑个体化原则,快速有效的处理至关重要^[3],可为抢救争取时间,改善母婴预后。本文例1入院时生命体征尚属平稳,转入手术室后HR从入院时的90次/分升至145次/分并出现表情淡漠。虽然术中出血及腹腔积血估计共1000mL,但抢救过程中共输注红细胞5U后血Hb仍从术前的95g/L降至61g/L。分析其原因有孕妇入院前有多于月经量的阴道流血未准确估计并纳入失血量统计、术中腹腔积血量的估计不足。同时工作中如能进一步优化急诊手术流程、加强院前急救水平有助于缩短抢救时间,减轻子宫破裂对孕妇的损害。一旦确诊子宫破裂,不论胎儿是否存活都应在抗休克的同时尽快手术,酌情行子宫裂伤修补术或子宫切除术,原则上一般同时行绝育术。本文2例均为宫体部纵行裂开,但切口尚整齐,故予行子宫裂伤修补术,但例2拒行绝育术,需交代术后注意严格避孕。

[参 考 文 献]

- [1] MUKASA PK, KABAKYENGA J, SENKUNGU JK, *et al.* Uterine rupture in a teaching hospital in Mbarara, western Uganda, unmatched casecontrol study[J]. *Reprod Health*, 2013, 10:29.
- [2] 孟祥莲, 陈红波. 安徽省妇幼保健院剖宫产指征变化的分析及对策[J]. *现代妇产科进展*, 2014, 23(3):238.
- [3] 曹泽毅. 中华妇产科学临床版[M]. 北京:人民卫生出版社, 2010:268.
- [4] 陈诚. 子宫体部手术后不良瘢痕形成的预防措施研究进展[J]. *重庆医学*, 2013, 42(12):1419.
- [5] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 剖宫产手术的专家共识(2014)[J]. *中华妇产科杂志*, 2014, 49(10):721.
- [6] 胡乘霞. 子宫破裂误诊4例[J]. *实用妇产科杂志*, 2013, 29(10):755.
- [7] BUJOLD E, JASTROW N, SIMONEAU J, *et al.* Prediction of complete uterine rupture by sonographic evaluation of the lower uterine segment[J]. *Am Obstet Gynecol*, 2009, 201(3):320.
- [8] 梁莉萍, 杨爱华, 李春荣, 等. 子宫破裂误诊胎盘早剥1例分析[J]. *重庆医学*, 2005, 34(4):639.

(本 文 编 辑 刘 畅)