

产后膀胱前筋膜外血肿 1 例

王 瑛(陕西省西安市第五医院 710082)

【关键词】 产后; 膀胱前筋膜; 血肿

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.17.073 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)17-2495-01

女性生殖系统与泌尿系统的解剖关系十分紧密,剖宫产术致膀胱损伤出血的病例时有报道^[1-3]。然而,自然分娩过程中,在无外力作用、骨折等情况下,出现膀胱损伤出血的报道甚少^[4]。

1 病例报告

女性患者,37 岁,以“停经 41⁺2 周,腹渐隆”为主诉,于 2012 年 12 月 17 日 11 时 30 分入院,入院诊断:G₇P₂ 孕 41⁺2 周,右头位(ROA),待产。患者曾行人工流产术 3 次,自然分娩 2 次,均未出现异常。患者自述本次妊娠过程中无特殊不适,整个孕期末按时接受产前检查;既往体健,否认急、慢性传染病史;月经规律,末次月经时间为 2012 年 3 月 1 日。入院体格检查:体温 36.4℃,脉搏 84 次/分,呼吸 20 次/分,血压 120/80 mm Hg,心、肺听诊无异常,肝、肾肋下未触及,双下肢Ⅱ°水肿,其余无异常。专科检查:子宫高 38 cm,腹围 117 cm,胎方位 ROA,胎心率 140 次/分。肛门指诊:宫口容受。骨盆测量:经产妇,胎儿大小约 3.9 kg。辅助检查:B 超示单胎,头位,双顶径 9.7 cm,股骨长 7.6 cm,羊水指数 10.5 cm,胎盘Ⅱ级。血常规检查:血红蛋白 131 g/L,红细胞 4.14×10¹⁰/L,白细胞 8.7×10⁹/L,中性粒细胞 0.72,淋巴细胞 0.28,出血时间 2 min,凝血时间 2 min,血型 B 型。尿常规检查未见异常。胎心监护呈有反应型。

入院后给予催产素引产,产程进展顺利。于 20:05 经阴道自然分娩女性婴儿,体质量 4.0 kg。胎盘娩出完整。宫底脐上 1 指,阴道出血不多。21:50 时,患者自述胸闷、恶心。体格检查:心率 92 次/分,呼吸 20 次/分,血压 85/50 mm Hg。在建立静脉通路及心电监护下,行妇科检查,可见软产道无裂伤,子宫收缩好,轮廓清,宫底脐上 1 指,阴道出血不多,下腹有轻压痛,于耻骨联合上方触及 1 枚包块,大小为 4.0 cm×5.0 cm,活动欠佳,边界不清。患者有明显尿意,不能自解小便,考虑包块可能与尿潴留有关,遂行导尿术,导出清亮尿液 300 mL。患者胸闷、气促等症状逐渐加重。22:05 时,体格检查:血压 70/42 mm Hg,心率 112 次/分,呼吸 22 次/分。下腹包块增大至 7.0 cm×8.0 cm,位于膀胱前壁偏上,遂在包块处进行穿刺,抽出暗红色不凝血液 5 mL。考虑腹腔内出血引起失血性休克,立即行剖腹探查术。输注红细胞悬液 2 U 及同型全血 6 U,双路静脉输液,纠正休克。22:45 开始手术,血压 90/52 mm Hg。

手术中发现子宫收缩良好,形态规则,双侧输卵管无异常,腹膜外下腹壁与膀胱之间可见 1 枚暗红色包块,大小 8 cm×10 cm,打开后清理出鲜红色血液及血凝块,约 2 000 mL。在膀胱前筋膜可见活动性出血,遂给予结扎缝合,膀胱周围组织有渗血,将明胶海绵置于渗血处,检查无异常后缝合腹部。患者术中生命体征平稳,液体输注量共计约 2 500 mL,术后心率 120 次/分,呼吸 23 次/分,血压 120/77 mm Hg,血氧饱和度 98%,尿量 500 mL,呈淡黄色、清亮。术后给予抗感染、促宫缩等治疗。复查血常规、尿常规和骨盆 X 线片检查,未见异常。患

者于术后第 6 天出院。出院诊断:(1)G₇P₃ 孕 41⁺2 周,ROA,自然分娩;(2)膀胱前筋膜外血肿;(3)失血性休克;(4)巨大儿。

2 讨 论

在无外力作用、骨折等情况下,自然分娩出现膀胱周围血肿是非常少见的。出现膀胱前筋膜外血肿时,应考虑以下因素:女性膀胱解剖位置偏前、偏下,妊娠期特殊生理状态,孕期、产时膀胱受压造成损伤。(1)膀胱周围血液循环丰富,损伤后常发生活动性出血。妊娠导致整个盆腔充血,膀胱血流更为丰富。(2)妊娠期孕激素和松弛素的分泌,对膀胱逼尿肌有一定的抑制作用。在分娩过程中,膀胱受压导致黏膜水肿、充血,肌张力降低引起膀胱内压敏感性下降,出现尿潴留。充盈的膀胱体积增大,肌壁变薄,高出耻骨联合而成为腹部器官,在外力作用下易受损。(3)多次妊娠与分娩后,膀胱可能存在多个、已自然愈合的小挫伤。膀胱存在既有病变(如炎症、憩室等),腹压增大可能导致损伤^[5-6]。

该例孕妇本次妊娠的胎儿过大,在发生尿潴留的情况下,胎儿通过耻骨联合时导致膀胱壁受压而缺血、缺氧,造成增生血管(或异位血管)出血,引起膀胱前筋膜外血肿和膀胱周围渗血。血肿突出膀胱表面时给予及时处理,故出血未透过膀胱肌层和黏膜层,也未造成明显的血尿。

由此可见,自然分娩过程中,及时排空膀胱有利于产程进展,也减少了膀胱损伤的可能。必要时可行导尿术,避免尿潴留。产时及产后应严密监测患者生命体征。出现失血性休克,但出血量与休克程度不呈正比时,在排除宫腔积血后,应考虑内出血的可能。尤其是在抗休克治疗效果不佳,或休克症状出现反复时,应尽快明确诊断,及时剖腹探查,以免造成严重后果。

参考文献

- [1] 魏继文. 剖宫产术致膀胱前筋膜后巨大血肿[J]. 实用妇产科杂志,2000,16(6):324.
- [2] 田孝坤,刘之姣. 实用妇产科手术损伤防治学[M]. 北京:科学出版社,2000:514.
- [3] 黄醒华. 剖宫产的现状与展望[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2000,16(5):259.
- [4] 魏继文. 剖宫产术致膀胱前筋膜后巨大血肿[J]. 实用妇产科杂志,2000,16(6):324.
- [5] 任一良. 剖宫产致膀胱损伤 5 例[J]. 航空航天医学杂志,2011,22(12):1459-1460.
- [6] Brande S, Coburn M, Armenakas N, et al. Diagnosis and management of ureteric injury: an evidence-based analysis [J]. BJU Int, 2004, 94(3): 277-289.