

- mulation; diagnosis and treatment [J]. J Mov Disord, 2015, 8(1): 1-13.
- [3] THOMAS M, HAYFLICK S J, JANKOVIC J. Clinical heterogeneity of neurodegeneration with brain iron accumulation (Hallervorden-Spatz syndrome) and pantothenate Kinase-associated neurodegeneration [J]. Mov Disord, 2004, 19(1): 36-42.
- [4] CAMPANELLA A, PRIVITERA D, GUARALDO M, et al. Skin fibroblasts from pantothenate kinase-associated neurodegeneration patients show altered cellular oxidative status and have defective ironhandling properties [J]. Hum Mol Genet, 2012, 21(18): 4049-4059.
- [5] CHEN H, CHAN D C. Mitochondrial dynamics: fusion, fission, movement, and mitophagy in neurodegenerative diseases [J]. Hum Mol Genet, 2009, 18(R2): 169-176.
- [6] HAYFLICK S J. Pantothenate kinase-associated neurodegeneration (formerly Hallervorden-Spatz syndrome) [J]. J Neurol Sci, 2003, 207(1): 106-107.
- [7] LEONI V, STRITTMATTER L, ZORZI G, et al. metabolic consequences of mitochondrial coenzyme A deficiency in patients with PANK2 mutations [J]. Mol Genet Metab, 2012, 105(3): 463-471.
- [8] 张玉虎, 唐北沙, 郭纪锋, 等. Hallervorden-Spatz 综合征 PANK2 基因的突变 [J]. 中华医学遗传学杂志, 2005, 22(2): 189-191.
- [9] 黄啸君, 曹立. 脑组织铁沉积性神经变性病遗传学研究进展 [J]. 中国现代神经疾病杂志, 2017, 17(7): 490-499.
- [10] RACETTE B A, PERRY A, D'AVOSSA G, et al. Late-onset neurodegeneration with brain iron accumulation type 1: expanding the clinical spectrum [J]. Mov Disord, 2001, 16(6): 1148-1152.
- [11] HARTIG M B, PROKISCH H, MEITINGER T, et al. Pantothenate kinase-associated neurodegeneration [J]. Curr Drug Targets, 2012, 13(9): 1182-1189.
- [12] DI MEO L, TIRANTI V. Classification and molecular pathogenesis of NBIA syndromes [J]. Eur J Paediatr Neurol, 2018, 22(2): 272-284.
- (收稿日期: 2020-12-17 修回日期: 2021-05-09)
- 案例分析 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2021.15.051

剖宫产术后经血逆流致急腹症 1 例报道

李小利, 彭 灵[△]

重庆市公共卫生医疗救治中心妇产科, 重庆 400030

关键词: 经血逆流; 急腹症; 宫颈粘连

中图法分类号: R711.32

文献标志码: C

文章编号: 1672-9455(2021)15-2303-02

经血逆流在临床上常见, 一般倒流量少、无明显症状, 主要表现为经期腹痛, 形成卵巢巧克力囊肿^[1]、盆腔炎性疾病等, 但是经血逆流致输卵管断端破裂出血的急腹症罕见。笔者在临床上遇见剖宫产同时行双侧输卵管结扎术后 8 个月经血逆流致输卵管断端破裂、出血的急腹症, 行腹腔镜探查术 1 例。此类病例罕见, 与急性阑尾炎、异位妊娠破裂出血、卵巢黄体囊肿破裂出血、卵巢囊肿蒂扭转等表现相似, 给临床上初步诊断带来困扰, 易误诊, 且增加了手术风险, 对临床有一定的警示作用, 故报道如下。

1 病例资料

患者, 女, 39 岁, 因“剖宫产术后 8⁺ 月, 剧烈下腹痛 2 h”入院。患者入院前 2⁺ h 不明原因出现下腹剧烈疼痛, 呈刀绞样, 伴恶心无呕吐, 持续肛门坠胀感, 阵发性加重; 里急后重感明显, 无腹泻; 无肩背牵扯样痛, 否认胸部压榨感及胸闷不适, 否认头痛及腰背酸痛不适; 否认院外剧烈活动史, 否认外伤、跌倒史; 3 d 前有同房史。急来本院就诊, 门诊送检尿液查人绒毛膜促性腺激素 (HCG) 阴性; 阴道超声提示: 左侧卵巢周边见絮状等回声飘动; 盆腔内探及片状无回声影,

较大, 前后径约 15 mm, 内透声差; 后穹窿穿刺抽出 3 mL 暗红色不凝血。遂以“腹腔内出血”急诊行腹腔镜探查术, 术中血 HCG 结果回示: 0.19 IU/L, 故排除异位妊娠。术中见: 盆腹腔暗红色积血约 300 mL, 子宫形态饱满呈球形, 表面可见少许絮状增生物, 大网膜与左前壁腹膜束状粘连, 子宫左前壁与左盆壁及前腹膜致密粘连, 乙状结肠与左侧盆壁致密粘连; 左侧输卵管结扎术后改变, 近子宫端残留输卵管峡部增粗约 3 cm×3 cm×2 cm, 瘢痕处轻度水肿并被膜性包裹粘连于左侧盆壁, 其上见一裂口, 可见暗红色血液流出, 无鲜红色出血, 局部呈绛红色, 组织较脆, 结扎远端输卵管及伞端未见明显异常, 右侧输卵管结扎术后改变, 外观未见明显异常, 双侧卵巢外观未见明显异常。考虑为术后月经复潮经血逆流可能。分离上述粘连带, 充分暴露左侧输卵管峡部残端破口处。转阴道, 未见经血流出, 考虑宫颈粘连致经血不能流出。用探针探宫颈, 在宫颈内口处有明显阻力, 用力后有落空感并进入宫腔, 探宫腔深 8 cm, 用扩宫棒依次扩张至 7.5 号, 突然从宫腔涌出约 50 mL 暗红色液体, 考虑为经血。结合病史及术中所见, 分析为剖宫产术

[△] 通信作者, E-mail: 531879887@qq.com。

本文引用格式: 李小利, 彭灵. 剖宫产术后经血逆流致急腹症 1 例报道 [J]. 检验医学与临床, 2021, 18(15): 2303-2304.

后月经来潮,宫颈粘连致经血不能自宫颈口流出,经血积聚致宫腔压力增大,同时左侧输卵管峡部残端处伴炎症、组织脆弱,故经血逆流冲破输卵管残端薄弱处,导致急腹症。钳夹破口处部分组织送病检,并用双极电凝左侧输卵管残端破口处,彻底止血,反复冲洗盆腹腔无活动性出血,术毕。

既往史:8⁺月前,患者因“瘢痕子宫”在本院行经腹子宫下段二次剖宫产术+宫腔粘连分离术+双侧输卵管结扎术,术中发现子宫后壁下段至子宫前壁宫颈峡部处有一肌性粘连带,该粘连带呈“吊床状”将宫颈口完全封闭隔离,经阴道在扩宫棒引导下切除该粘连带并缝扎。

术后病检结果:左侧输卵管峡部近端少许纤维组织显示慢性炎症伴增生,出血、坏死。患者术后恢复良好,3 d 后出院。出院随访:术后 30 d 正常月经来潮,术后 4 个月(至 2020 年 10 月),月经周期及量正常,无腹痛、腹胀等不适,彩超随访无明显盆腔积液。

2 讨论

在临床上,常见的急腹症有急性阑尾炎、胆囊炎、胃穿孔、胃溃疡及妇科的异位妊娠破裂出血、黄体破裂、卵巢囊肿蒂扭转、急性盆腔炎、子宫肌瘤红色变性等^[2]。据统计,70%~90%女性有经血逆流^[1],发生于月经期,每月反复发生,临床症状以经期下腹胀痛为主,主要见于卵巢巧克力囊肿、腹膜炎等,既往有相关经血倒流的病例报道^[3-5],都是缓慢进展,类似本病例中的大量出血致急腹症罕见。如果在接诊患者时,能第一时间明确急腹症原因,可避免手术,减轻患者痛苦及负担。如通过尿 HCG 定性、血 HCG 定量排除异位妊娠,通过彩超,尤其是腹部彩超联合阴道彩超,可提高妇科急腹症的诊断准确率^[6],可以给临床提供一种思路。

本病例的经血逆流原因是经血流出受阻。经血流出受阻原因有先天性阴道横膈、先天性宫颈闭锁或宫颈狭窄等^[7],以及后天的原因,如本病例。宫颈粘连形成的原因有很多,主要是手术创伤及炎症引起的,如人工流产后形成的宫颈粘连最常见,子宫颈锥切术导致宫颈粘连的也有,曾有子宫颈环形电切除术(LEEP)后形成的宫颈粘连^[8]报道。宫颈粘连形成后会导致经血排出受阻,宫腔积血增加,宫腔压力增高而经血不能排出时可突破性流向输卵管,从输卵管伞端流出至盆腔形成子宫内膜异位症或者盆腔炎^[9]。也有完全性宫颈粘连致宫腔积脓的病例。本病例是剖宫产+宫腔粘连分离术后月经复潮,因宫颈粘连经血排出受阻,宫腔内经血积聚,压力过高,经血通过输卵管逆流,导致合并炎症的左侧输卵管残端破裂,致腹腔内出血的急腹症。在本病例中,分离宫颈粘连,打开并扩张了经血流出的通道,故术后恢复快,术后月经正常,彩超随访无明显盆腔积液。如何预防宫颈粘连是临床关注重点,如物理支撑:扩宫棒、尿管;创

面覆盖防粘连材料:明胶海绵、防粘连膜;药物治疗:阴道局部使用雌激素、口服雌激素等多种方法。熊娜群等^[10]研究结果显示,使用黑格氏扩张棒分别在术后 4、6、9、13 周进行宫颈扩张的预防宫颈粘连效果较好,但是该研究样本量较少,有待进行更大样本量的研究。

本例患者剖宫产术后月经未复潮,故未考虑子宫方面因素,未在第一时间检查宫颈口通畅与否。临床上的一种固性思维,导致首先考虑卵巢黄体囊肿破裂出血,行腹腔镜探查术+宫颈粘连分离术。临床上,短时间内大量经血逆流导致急腹症罕见,故未考虑这方面,若临床上能第一时间考虑为经血倒流所致腹痛,也许可仅行粘连分离术,及时扩张通道引流经血通畅,同时严密观察腹痛情况及生命体征,彩超随访盆腔积液量,评估是否继续活动性出血,若腹痛未加重,生命体征稳定,盆腔积血未增加,可以采取保守治疗,进而避免此次腹腔镜探查,减轻患者痛苦。

作为临床医生,以后遇到类似病例,应该提高警惕,不能只是考虑异位妊娠、黄体破裂等常见的妇科急腹症,联合 HCG 结果、彩超等措施,在第一时间准确诊断,提出更合理的治疗方案,避免不必要的手术,为患者减轻痛苦。

参考文献

- [1] 谢幸,孔北华,段涛.妇产科学[M].9版.北京:人民卫生出版社,2018:262-263.
- [2] FECTEAU G, DESROCHERS A, FRANCOZ D, et al. Diagnostic approach to the acute abdomen[J]. Vet Clin North Am Food Anim Pract, 2018, 34(1):19-33.
- [3] 易显富,杨贤义,郭清皓,等.经血倒流腹腔致急腹症误诊 1 例[J]. 邵阳医学院学报, 2008, 27(6):546.
- [4] 邹敏,张秀果.经血倒流腹腔致急腹症病例临床分析[J]. 中华现代妇产科学杂志, 2004, 1(1):74-76.
- [5] 李亚冬,盛莉,张黎,等.宫腔粘连致经血倒流误诊为卵巢囊肿[J]. 临床误诊误治, 2014, 27(7):67-68.
- [6] 李玲.探讨联合应用经阴道彩超和经腹彩超诊断妇产科急腹症的临床价值[J]. 影像研究与医学应用, 2018, 2(6):122-123.
- [7] 张鸿慧,何玉宁,刘乔平,等.31 卷 2 期疑难病案讨论选登[J]. 实用妇产科杂志, 2015, 31(6):479-480.
- [8] 熊娜群,严力锋,郑仙芬,等.绝经后宫颈 LEEP 术后宫颈粘连的影响因素分析[J]. 现代实用医学, 2020, 32(4):455-456.
- [9] BUGG C W, TAIRA T, ZAUROVA M. Pelvic inflammatory disease: diagnosis and treatment in the emergency department[J]. Emerg Med Pract, 2016, 18(12 Suppl Points & Pearls):S1-S2.
- [10] 熊娜群,徐维才,严力锋,等.绝经后宫颈环形电切术后预防宫颈粘连三种措施探讨[J]. 浙江实用医学, 2020, 25(3):193-194.