

- 断价值[J].中华超声影像学杂志,2002,11(12):750-752.
- [3] EriKCi VS,Hosgör M,Aksoy N,et al.Treatment of acute scrotum in children:5 year's experience[J].Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, 2013,19(4):333-336.
- [4] 郭国强,李泉水,李征毅,等.睾丸附件扭转的超声诊断[J].临床超声医学杂志,2013,15(7):500-502.
- [5] 王军,土继政,张翠明,等.彩色多普勒超声在儿童睾丸附件扭转和急性附睾炎诊断中的价值[J].中国药物与临床,2013,13(9):1158-1159.
- [6] 裴勖斌,岳瑾琢,葛文安,等.小儿睾丸附件扭转彩色多普勒超声诊断价值[J].中国临床医学影像杂志,2013,24(9):670-671.

(收稿日期:2017-01-01)

## · 病例报道 ·

## Ultrasonic diagnosis of acute incomplete postpartum uterine inversion and guided manipulative replacement: a case report

# 超声诊断急性不完全性产后子宫内翻并引导手法复位成功 1 例

谢 超 张文君 邓 阳

[中图法分类号]R714.25;R445.1

[文献标识码] B

患者女,31岁,孕3产1。孕40周<sup>3</sup>胎儿经顺产娩出后,胎盘不能完全自行娩出,行胎盘钳夹术,自觉下腹部持续性疼痛,伴阴道出血约600 ml。妇科检查宫底未触及,徒手经阴道探查子宫腔内肿物,质软,表面粗糙,可触及其下缘及两侧缘。行床旁彩色多普勒超声检查:子宫增大,宫底部形态失常,宫底向宫腔凹陷,呈“火山口”样,从宫颈内口向宫体及宫底自然延续的内膜线消

失,横断面见环状受推挤的高回声宫腔线,未返折肌层变薄,宫体肌壁向腔内返折,其内见丰富血流信号,原子宫底位于宫颈内口处,宫颈形态位置正常(图1,2)。超声诊断:急性不完全性产后子宫内翻。行超声实时监测下经阴道徒手复位子宫(图3),手术进行约2 min,过程顺利。术后再行超声检查:子宫增大,原凹陷处宫底恢复向外凸起的正常形态,可显示不规则内膜(图4)。

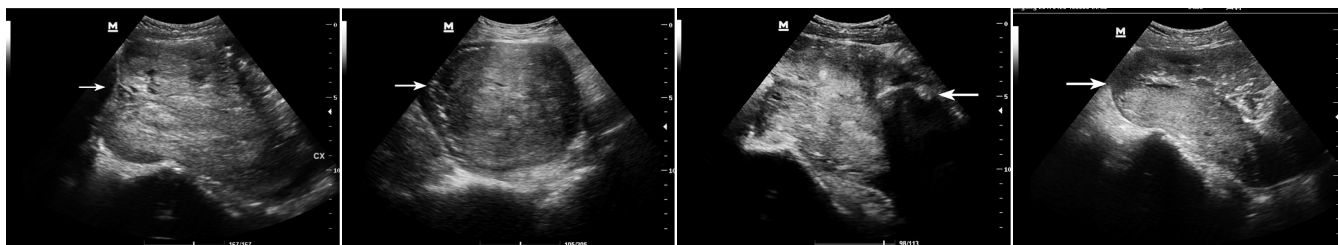


图1 子宫长轴示宫底部凹陷,宫底 图2 子宫宫腔线呈“环状”,未返折凹陷,呈“火山口”样,宫颈位置正常 肌层变薄(箭头示回声增强宫腔线)(CX:宫颈;箭头示凹陷宫底)

图3 徒手复位中(箭头示手指) 图4 徒手复位后宫底正常弧线恢复正常(箭头示宫底)

讨论:子宫内翻是指各种原因导致子宫底部向宫腔内陷,甚至自宫颈或阴道翻出的病变。急性子宫内翻是一种罕见而严重的产科并发症,发生率约万分之0.5,多数发生在第三产程,若处理不及时,产妇可能在较短时间内因大出血、剧烈疼痛引起休克等在短期内死亡,死亡率高达15%<sup>[1]</sup>。急性子宫内翻可能与第三产程操作不当,助产者用力压迫宫底或胎盘未及时剥离,过度牵拉脐带、胎盘粘连及药物等有关<sup>[2]</sup>。本例患者有2次人工流产病史,胎盘不能完全自然娩出,推测可能与胎盘粘连及钳夹操作不当有关。完全性子宫内翻和子宫内翻脱垂临床容易通过肉眼或借助器械诊断,不完全性子宫内翻需要与软产道水肿、子宫黏膜下肌瘤、胎盘残留及子宫畸形等鉴别,临床诊断尚困难,超声具有典型的声像图特征,即子宫底部形态失常,宫底向宫腔凹陷,达宫颈内口处,从宫颈内口向宫体及宫底自然延续的内膜线消

失,宫体横断面可见特征性环状受推挤的高回声宫腔线,宫颈位置正常,结合病史可以明确诊断。超声可实时观察内翻子宫形态、子宫底部位置。本例患者为急性不全性子宫内翻,在第三产程急性发病后,通过床旁超声实时观察内翻子宫的形态、子宫底部位置,从而正确诊断,并迅速实施超声引导下徒手子宫复位,避免了子宫大出血、休克等严重并发症,具有重要的临床价值。

## 参考文献

- [1] Mondal PC,Ghosh D,Santra D,et al.Role of Hayman technique and its modification in recurrent puerperal uterine inversion[J].J Obstet Gynaecol Res,2012,38(2):438-441.
- [2] Mirza FG,Gaddipati S.Obstetric emergencies[J].Semin Perinatol,2009,33(2):97-103.

(收稿日期:2017-03-25)