

Successful reduction of the incarcerated gravid uterus under ultrasound guidance: a case report

超声引导下成功复位妊娠子宫嵌顿 1 例

邬 霞 陈 佳

[中图法分类号]R445.1

[文献标识码]B

孕妇 39 岁,孕 3 产 1,3 周前因尿痛、尿不尽于外院就诊,产科超声检查未见异常,临床以“泌尿系感染”口服抗生素治疗,效果不佳。现来我院就诊。产科专科检查:腹部稍膨隆,耻骨联合上方扪及充盈膀胱;子宫增大约孕 10 周大小,后倾后屈,后穹隆饱满,宫底未触及,宫颈外口不可见且宫颈未触及。产科超声检查:子宫呈极度后倾后屈位,宫体位于宫颈后方,宫底平宫颈外口水平(图 1,2),宫颈管细长,宫腔内见狭长孕囊,大小约 58.0 mm×20.0 mm×47.0 mm,见卵黄囊及一长约 31.4 mm 的胚芽组织,可见心管搏动。超声提示:妊娠子宫嵌顿(incarcerated gravid

uterus, IGU),宫内早孕。泌尿系超声检查:膀胱极度充盈,排尿前膀胱容积 650 ml,排尿后残余尿量 359 ml。超声提示:膀胱尿潴留;双肾、双侧输尿管未见明显异常。患者遂于超声引导下手法复位,排空膀胱后取截石位,严格消毒外阴及阴道,右手两指置于阴道后穹隆触及子宫底并上推宫底,左手置于下腹部探及宫底协助右手,超声引导下见手指推送时宫底稍上抬,松退时宫底复下降,反复推送数次,患者自诉腹痛增加,遂停止。第一次手法复位失败,继续留置导尿,2 d 后再次手法复位成功。1 周后复查超声显示子宫位置恢复正常(图 3),膀胱残余尿 5 ml。

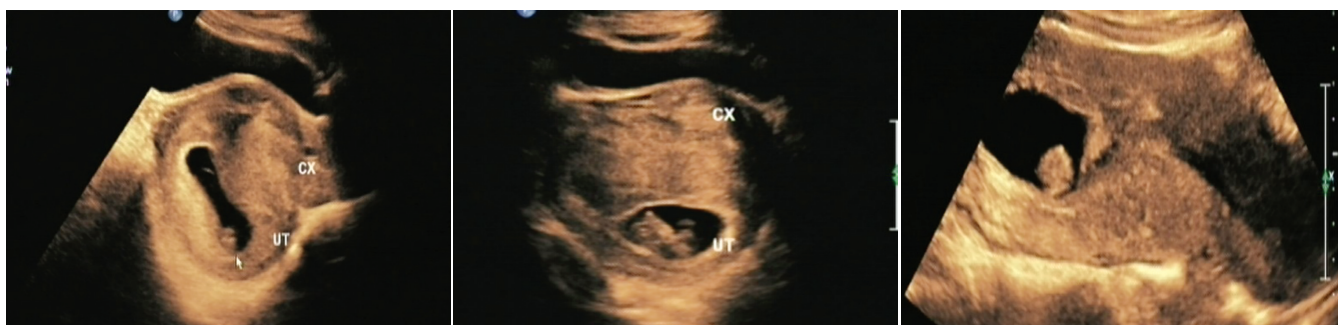


图 1 子宫长轴切面声像图示宫底平宫颈外口 图 2 子宫横断面声像图示宫底位于宫颈后方。图 3 子宫长轴切面声像图示宫底位置恢复正常水平(箭头示宫底位置)。CX:宫颈;UT:子宫 CX:宫颈;UT:子宫

讨论:IGU 是指逐渐增大的子宫在孕 12~14 周后未能从盆腔上升至腹腔,宫底向孕妇背侧或腹侧生长,导致子宫被局限在子宫直肠陷窝或子宫膀胱陷窝,是一种罕见的产科并发症。其高危因素包括子宫畸形、骨性骨盆异常(骶岬过度前突)、盆腔粘连、子宫脱垂、子宫肌瘤、子宫嵌顿病史等^[1]。本例患者孕前超声检查示子宫呈轻度后位,无其他高危因素,孕 18 周盆底超声 Valsalva 状态下提示膀胱明显膨出,推测 IGU 发生与高龄、盆底支持结构松弛有关。IGU 临床表现多样,主要包括尿潴留、尿频、尿急、排尿困难、肾盂积水甚至肾衰竭、腹痛、便秘、阴道流血、盆腔痛等;但也可无任何症状。IGU 临床处理包括膝胸卧位期待疗法、手法复位、子宫托、结肠镜辅助、硬膜外麻醉,以及腹腔镜、开腹手术等。超声检查是发现及诊断 IGU 的重要手段,主要表现为^[1]:①宫颈极度伸长变细且向前移位或宫颈完全无法显示;②宫体极度后屈,宫底位于骶骨陷凹深处,宫底与宫颈外口处于同一水平;③膀胱过度充盈且拉长。IGU 是自然分娩的禁忌症,孕晚期仅能行剖宫产分娩, Ouchi 等^[2]报道

1 例双角子宫妊娠孕妇左侧子宫角嵌顿合并子宫扭转倾斜,采用术中超声将探头直接放置于子宫壁,避开胎盘实质确定切口,分娩一健康女婴且成功复位子宫。本例孕妇为孕早期 IGU,产前超声诊断明确,排空膀胱取膝胸卧位后,在超声引导下予以手法复位成功,妊娠足月可自然分娩。由此可见,超声对于 IGU 的诊断,以及在手法复位或确定子宫切口位置时具有重要临床指导价值。

参考文献

- [1] 童春,王妍,刘朝晖,等.妊娠子宫嵌顿[J].中国妇产科临床杂志,2019,20(3):278-280.
- [2] Ouchi N, Kuwabara Y, Yonezawa M, et al. Successful management of complicated uterine displacement caused by unilateral incarceration of the bicornuate uterus[J]. Case Rep Obstet Gynecol, 2019, 7(3): 3205610.

(收稿日期:2020-04-14)