

妊娠中期子宫嵌顿致急性尿潴留、子宫脱垂1例并文献复习

段莹莹, 李美燕, 宋志双, 王福玲

青岛大学附属医院妇产科, 山东 青岛
Email: 1287216032@qq.com

收稿日期: 2021年2月16日; 录用日期: 2021年3月5日; 发布日期: 2021年3月18日

摘要

妊娠期子宫嵌顿在临床上罕见报道, 随着其病情的进展会引起多种母婴并发症, 危及母婴健康。本文对青岛大学附属医院于2020年7月收治的1例该病患者病例资料进行回顾, 结合国内外文献对该病的诊断及治疗方法进行讨论, 以期降低该病的漏诊及误诊率, 避免相应并发症, 改善母婴预后。

关键词

妊娠期, 子宫嵌顿, 尿潴留, 子宫脱垂, 病例报告

Urinary Retention, Uterine Prolapse Caused by Uterine Incarceration in the Second Trimester of Pregnancy: A Case Report and Literature Review

Yingying Duan, Meiyang Li, Zhishuang Song, Fuling Wang

Department of Obstetrics and Gynaecology, The Affiliated Hospital of Qingdao University, Qingdao Shandong
Email: 1287216032@qq.com

Received: Feb. 16th, 2021; accepted: Mar. 5th, 2021; published: Mar. 18th, 2021

Abstract

Uterine incarceration during pregnancy is rarely reported in clinic. With the progress of the dis-

ease, it will cause a variety of maternal and infant complications and endanger maternal and infant health. In order to reduce the rate of missed diagnosis and misdiagnosis, avoid the corresponding complications and improve the prognosis of mother and infant, a case of this disease admitted to the Affiliated Hospital of Qingdao University in July 2020 was reviewed in this paper.

Keywords

Pregnancy, Uterine Incarceration, Urinary Retention, Uterine Prolapsed, Case Report

Copyright © 2021 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 前言

妊娠期子宫嵌顿是一种罕见的产科并发症,其发病率为 1/3000~1/10,000 [1],主要表现为妊娠期增大的子宫嵌顿于骶岬和耻骨联合之间的盆腔中[2]。子宫嵌顿除可引起流产、早产、胎膜早破外,还会引起尿潴留、膀胱破裂、肾积水、肾衰竭、直肠坏疽、宫颈阴道瘘和血栓形成等[2] [3] [4]严重的母婴并发症。现将本院诊治的妊娠中期子宫嵌顿致尿潴留、子宫脱垂病例报导如下。

2. 病例资料

患者,女,22岁,因“停经 15 + 5 周,排尿困难 1 周加重半天。”于 2020 年 07 月 05 日入住青岛大学附属医院产科。患者既往无孕产史,末次月经为 2020 年 03 月 17 日,1 周前出现间断性排尿困难,伴尿频、尿不尽感,无尿急、尿痛。1 天前出现少量阴道血性分泌物,色暗红。半天前患者无法自解小便,尿意强烈,遂于我院急诊就诊,查体示:患者神志清,精神欠佳,表情痛苦,腹软,膀胱底部平脐,拒按。急诊给予留置导尿,间断导出淡黄色尿液 1750 ml,行腹部超声检查提示:泌尿系统未见明显异常,子宫明显后倾后屈,不除外子宫嵌顿可能。急诊以“妊娠期子宫嵌顿”收入院。入院后给予留置导尿、保胎治疗,拟排除禁忌症后给予子宫手法复位。2020-07-06 复查腹部超声示子宫前位,宫底位于腹腔。考虑子宫已恢复正常位置,无需再行手法复位,拔除导尿管后,患者自解小便顺畅。于 2020-07-07 患者用力大便后再次出现排尿困难,并自觉阴道口有肿物脱出,行阴道检查示:宫颈下垂至阴道外口水平,宫颈轻糜,触血阴性。消毒阴道及宫颈口予向上轻推宫颈,嘱患者再次尝试排尿,患者仍表示排尿困难。考虑患者子宫脱垂可能。给予留置导尿,嘱患者嘱卧床休息、抬高臀部,调整饮食,保持大便通畅。2020-07-09 行阴道检查示阴道畅,见阴道内多量乳白色分泌物,先露浮,宫颈居中,质中,容受 30%,宫颈外口位于坐骨棘上 2 cm。患者要求出院于家中卧床保胎治疗,再次告知患者病情及风险,患者及家属表示知情并愿意承担相应风险。患者出院后于当地医院定期产检,患者自述出院后 1 个月子宫及宫颈恢复至正常位置。于 2020-12-29 日于当地医院经阴分娩一男婴,体重 3200 g,产程顺利,产后行阴道检查未见明显异常。

3. 讨论

妊娠期子宫嵌顿根据子宫转向的不同可以分为前位子宫嵌顿和后位子宫嵌顿,根据国内外报道的百余例妊娠期子宫嵌顿病例,绝大部分为后位子宫嵌顿[5]。后位子宫嵌顿一般是由于妊娠期增大的子宫未能纠正后倾状态而嵌顿于骶岬和耻骨联合之间的盆腔中。早孕时期子宫后倾、骶凹较深伴骶岬突出、盆腔

支持组织松弛、子宫内膜异位症、盆腔炎、腹部或盆腔手术等所导致的盆腔或子宫粘连、卵巢囊肿、子宫肌瘤、多胎妊娠、子宫畸形、子宫脱垂和既往妊娠期子宫嵌顿病史等均会增加妊娠期子宫嵌顿发病风险[6] [7]。本例患者既往无孕产史，亦无腹部、盆腔手术史，子宫嵌顿解除后用力大便出现子宫脱垂，考虑为盆腔支持组织松弛所致。

妊娠期子宫嵌顿早期症状并不明显，妊娠 14~16 周症状较为典型，主要表现为骨盆不适或疼痛感，以及间歇性排尿困难，部分患者可表现为阴道流血。产科查体常表现为宫底低于正常孕周宫底高度，胎心率听诊困难；窥器无法暴露宫颈，宫颈前移或上移，位于耻骨联合后方或上方，双合诊后穹隆处可触及柔软、光滑包块。超声检查和核磁共振成像均有助于子宫嵌顿的诊断。核磁共振成像与超声检查相比能更清楚的显示出子宫的位置及与周围脏器的关系，因此对于怀疑子宫嵌顿的患者，应进一步行核磁共振成像检查[8]。本例患者入院后未及时行阴道检查，明确宫颈及子宫的位置，但根据患者病史及超声检查可以明确诊断。

早期诊断是成功治疗的关键，针对不同孕周采取不同的治疗措施可能会改善妊娠结局。目前治疗方法主要有：胸膝卧位、手法复位、结肠镜复位、腹腔镜复位和开腹手术。早孕期首选胸膝卧位。若复位失败可采取手法复位。手法复位应尽量于 20 周前采取，20 周后人工操作可能会引起更多并发症，例如早产[4]。随着孕周增加，手法复位的失败率亦会增加。对于手法复位失败或较大孕周的子宫嵌顿患者，可尝试行结肠镜辅助复位。一项病例研究报道了 4 例孕周为 15~25 周的子宫嵌顿患者行结肠镜辅助复位治疗，其中除孕 25 周子宫嵌顿患者复位未成功，其余 3 例均复位成功，且未出现相关并发症[9]，目前结肠镜辅助复位治疗在国内尚未见相关报道。以上操作若保守治疗失败，可行腹腔镜或开腹手术[10]。妊娠期子宫嵌顿在分娩过程中难产、子宫破裂的风险明显增加，对于持续至孕晚期的子宫嵌顿应行剖宫产终止妊娠，在手术过程中应充分暴露子宫及周围脏器的解剖结构，避免损伤。本例为妊娠中期子宫嵌顿，在治疗过程中子宫自行复位，未行手法复位，分娩前各项检查均未见明显异常，遂尝试阴道分娩，并顺利分娩 1 男婴。

该例患者在子宫嵌顿纠正后出现子宫脱垂，在目前国内外文献中罕见报道。子宫脱垂(uterine prolapsed)是指子宫从正常的位置沿阴道下降，宫颈外口达坐骨棘水平以下，甚至子宫全部脱出于阴道口以外，常合并阴道前壁和(或)后壁膨出。子宫脱垂与支持子宫各韧带松弛及骨盆底托力减弱有关，发病率为 1%~4%。妊娠期间子宫脱垂较为罕见，其在怀孕过程中可能已经存在或表现出来，发病率为 1/10,000~1/15,000 [11]。妊娠期子宫脱垂多见于妊娠中期及妊娠晚期，较少见于妊娠早期。孕前发生的子宫脱垂到妊娠中期可逐渐消退，并在分娩后复发。

子宫脱垂的原因包括 1) 先天性因素：解剖因素、胶原蛋白缺陷、遗传因素、种族因素；2) 产科相关因素：多产、产钳助产、初产年龄过小、巨大儿；3) 医源性因素：盆腔手术等；4) 腹腔内压升高；5) 其他：年龄、肥胖、雌激素缺乏等。其中阴道分娩，年龄和肥胖与子宫脱垂关系密切[12] [13] [14]。妊娠中脱垂的发生更有可能是由于妊娠中生理变化的加剧而导致骨盆器官支持能力减弱[15]。怀孕本身可能触发了脱垂：怀孕期间皮质醇和孕酮水平升高可能会导致子宫松弛；反复怀孕和分娩对泌尿生殖系统造成的损害是持久性有机污染物中最重要的诱因。本病例患者孕前查体均未见明显异常且患者既往无孕产史，于妊娠中期出现子宫嵌顿后出现子宫脱垂，考虑均为患者骨盆肌肉组织及结缔组织薄弱所致。孕期随着子宫增大，骨盆肌肉组织及结缔组织受到的牵引力逐渐增大进而出现子宫嵌顿，纠正后出现子宫脱垂。

怀孕期间子宫脱垂可导致宫颈感染、自然流产、早产、子宫嵌顿以及急性尿潴留[16]和尿路感染等。其中早产是导致新生儿死亡的重要因素，而感染是导致孕妇死亡的重要因素，随着医疗技术的发展，其发生率逐渐降低。本病例发生于妊娠中期，以急性尿潴留及子宫嵌闭为最主要的临床表现，待尿潴留及子宫嵌闭症状解除后表现为子宫脱垂。妊娠期妇女出现急性尿潴留若无阴道检查、肛门指诊禁忌症，应

行阴道检查或肛门指诊以排除其他盆腔病变所致的急性尿潴留。

对于妊娠期子宫脱垂应尽量卧床休息、抬高臀围,采取膝胸卧位法,尽量减轻宫颈水肿及子宫移位。若发生急性尿潴留可采用间断性或持续性导尿的方法进行保守治疗。应尽早采用子宫托以保护宫颈免受外伤及感染,选择阴道穹顶可以容纳的最大子宫托直至生产时将其移除[17]。若保守治疗失败,可选择腹腔镜手术治疗,即腹腔镜子宫悬吊术,现手术已不再是妊娠期绝对的禁忌症,随着腹腔镜手术的开展,越来越多的文献报道证明了其安全性,也被越来越多的孕妇所接受。

4. 结论

综上所述,作为产科医生对于妊娠期不明原因的尿潴留、腹痛等症状,应与子宫嵌顿相鉴别,完善查体及影像学检查,避免相应的并发症,改善母婴结局。对于出现子宫脱垂的患者,如孕期未纠正其在分娩过程中难产的风险明显增加,可能需要紧急干预才能分娩。经阴分娩过程中宫颈水肿会增加难产和宫颈裂伤风险。对于妊娠合并子宫脱垂,应根据经阴分娩与剖宫产相应的潜在风险来决定最终的分娩方式,可适当放宽剖宫产指征,在临产前行剖宫产终止妊娠。妊娠合并子宫脱垂较为罕见,作为产科大夫应尽早识别并给予正确的处理,减少相关并发症的发生,保障母婴健康。

声 明

该病例报道已经过患者家属同意,并符合伦理学要求。

参考文献

- [1] Yamamoto, M., Takami, M., Shindo, R., Kasai, M. and Aoki, S. (2017) Expectant Management Leading to Successful Vaginal Delivery Following Intrauterine Fetal Death in a Woman with an Incarcerated Uterus. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*, **2017**, Article ID: 2635275. <https://doi.org/10.1155/2017/2635275>
- [2] Lettieri, L., Rodis, J.F., McLean, D.A., Campbell, W.A. and Vintzileos, A.M. (1994) Incarceration of the Gravid Uterus. *Obstetrical & Gynecological Survey*, **49**, 640-646. <https://doi.org/10.1097/00006254-199409000-00026>
- [3] Van Winter, J.T., Ogburn Jr., P.L., Ney, J.A. and Hetzel, D.J. (1991) Uterine Incarceration during the Third Trimester: A Rare Complication of Pregnancy. *Mayo Clinic Proceedings*, **66**, 608-613. [https://doi.org/10.1016/S0025-6196\(12\)60520-5](https://doi.org/10.1016/S0025-6196(12)60520-5)
- [4] Jacobsson, B. and Wide-Swensson, D. (1999) Incarceration of the Retroverted Gravid Uterus—A Review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **78**, 665-668.
- [5] 童春, 王妍, 刘朝晖, 赵扬玉. 妊娠子宫嵌顿[J]. 中国妇产科临床杂志, 2019, 20(3): 278-280.
- [6] Kim, H.S., Park, J.E., Kim, S.Y., Kim, J.-E., Chae, S.-H., Sohn, I.-S., et al. (2018) Incarceration of Early Gravid Uterus with Adenomyosis and Myoma: Report of Two Patients Managed with Uterine Reduction. *Obstetrics & Gynecology Science*, **61**, 621-625. <https://doi.org/10.5468/ogs.2018.61.5.621>
- [7] Ouchi, N., Kuwabara, Y., Yonezawa, M., Kurashina, R., Ichikawa, T., Sawa, R., et al. (2019) Successful Management of Complicated Uterine Displacement Caused by Unilateral Incarceration of the Bicornuate Uterus. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*, **2019**, Article ID: 3205610. <https://doi.org/10.1155/2019/3205610>
- [8] Schwoppe, R.B., Ritter, J.L., Lisanti, C.J. and Reiter, M.J. (2016) Uterine Incarceration: Imaging Findings on Magnetic Resonance Imaging. *Journal of Emergency Medicine*, **51**, E49-E50. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2016.04.006>
- [9] Dierickx, I., Van Holsbeke, C., Mesens, T., Gevers, A., Meylaerts, L., Voets, W., et al. (2011) Colonoscopy-Assisted Reposition of the Incarcerated Uterus in Mid-Pregnancy: A Report of Four Cases and a Literature Review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, **158**, 153-158. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.05.024>
- [10] Inaba, F., Kawatu, T., Masaoka, K., Fukasawa, I., Watanabe, H. and Inaba, N. (2005) Incarceration of the Retroverted Gravid Uterus: The Key to Successful Treatment. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, **273**, 55-57. <https://doi.org/10.1007/s00404-004-0681-3>
- [11] Guariglia, L., Carducci, B., Botta, A., Ferrazzani, S. and Caruso, A. (2005) Uterine Prolapse in Pregnancy. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, **60**, 192-194. <https://doi.org/10.1159/000087069>
- [12] Tinelli, A., Malvasi, A., Rahimi, S., Negro, R., Vergara, D., Martignago, R., et al. (2010) Age-Related Pelvic Floor

- Modifications and Prolapse Risk Factors in Postmenopausal Women. *Menopause*, **17**, 204-212.
<https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181b0c2ae>
- [13] Jelovsek, J.E., Maher, C. and Barber, M.D. (2007) Pelvic Organ Prolapse. *Lancet*, **369**, 1027-1038.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60462-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60462-0)
- [14] DeLancey, J.O. (2005) The Hidden Epidemic of Pelvic Floor Dysfunction: Achievable Goals for Improved Prevention and Treatment. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, **192**, 1488-1495.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.02.028>
- [15] Eddib, A., Allaf, M.B. and Lele, A. (2010) Pregnancy in a Woman with Uterine Prolapse: A Case Report. *Journal of Reproductive Medicine*, **55**, 67-70.
- [16] Jha, S. and Sanderson, P. (2014) A Review of Pelvic Organ Prolapse during Pregnancy. *Current Women's Health Reviews*, **10**, 26-32. <https://doi.org/10.2174/157340481001141030091340>
- [17] Hill, P.S. (1984) Uterine Prolapse Complicating Pregnancy. A Case Report. *The Journal of Reproductive Medicine*, **29**, 631-633.