

道炎或宫颈炎分别为 0.8% (2/238) 和 1.7% (4/238)。

表 2 238 株酵母菌分离培养鉴定结果 例(%)

分离菌株	株数(%)	有症状者	无症状者
白色念珠菌	204(85.7%)	185	19
光滑念珠菌	17(7.2%)	13	4
近平滑念珠菌	11(4.7%)	9	2
热带念珠菌	2(0.8%)	2	0
土生念珠菌	1(0.4%)	1	0
无名念珠菌	1(0.4%)	1	0
清酒念珠菌	1(0.4%)	1	0
埃莫毕赤	1(0.4%)	1	0
合计	238(100%)	213	25

3 讨论

阴道分泌物异常的常见疾病有阴道念珠菌病、滴虫性阴道炎和细菌性阴道病, 这些阴道炎症可造成生殖器炎症和经性接触传播^[1]。本结果表明, 在性病高危人群中阴道分泌物的病原菌带菌率较国内报道偏高, 发现其带菌率分别为: 酵母

菌 31.9% (487/1525)、滴虫 15.9% (242/1525)、加特纳菌 15.4% (235/1525)、多形核白细胞 G⁻ 双球菌 2.1% (32/1525), 原因可能与这部分人群中普遍存在广泛使用抗生素和不洁性交, 引起阴道生态系统改变有关^[2~4]。因此, 应加强宣传教育和卫生管理, 普及卫生知识和改善卫生状况, 特别要防止不洁性交, 提倡洁身自爱。

通过分析高危人群中分离的 238 例酵母菌, 发现白色念珠菌仍为最常见的致病菌(占 85.7%, 204/238), 其次是光滑念珠菌(7.2%, 17/238)和近平滑念珠菌(4.7%, 11/238), 提示引起阴道念珠菌病的主要病原体是白色念珠菌。

参考文献

- [1] 舒明星, 余平, 姚孟辉, 等. 阴道炎病原学的研究[J]. 湖南医科大学学报, 1999, 24(1): 80.
- [2] 席丽艳, 吕桂霞, 郭宁如, 等. 295 例女性门诊病人阴道带菌情况调查[J]. 中华皮肤科杂志, 1995, 28(2): 99.
- [3] Hill G B. The microbiology of bacterial vaginosis[J]. Am J Obstet Gynecol, 1993, 169(2): 450.
- [4] 张正银, 张文兰, 汤秀兰. 阴道炎 1236 例病原体检查分析[J]. 蚌埠医学院学报, 1996, 21(5): 346.

(编辑 张恩健)

妊娠中晚期子宫浆膜下静脉自发破裂 2 例的诊治

张睿, 陈志辽, 刘颖琳, 张建平, 王蕴慧

(中山大学附属第二医院妇产科, 广东广州 510120)

摘要:【目的】探讨妊娠中晚期子宫浆膜下静脉自发破裂的临床特点、诊治方法。【方法】分析我院收治的 2 例该病患者的临床资料, 结合文献回顾。【结果】本病多表现急性或亚急性持续性腹痛加重, 有不同程度的腹膜刺激征; 本病易误诊为阑尾炎、先兆早产、胎盘早剥、胎儿窘迫、子宫破裂、急性胃肠炎、急性胰腺炎; 术中见子宫表面血管丛怒张、破裂出血; 缝扎血管止血或立即剖宫产后止血是本病主要治疗措施。【结论】加深对妊娠中晚期子宫浆膜下静脉自发破裂的认识, 提高诊疗水平是本病抢救成功的关键。

关键词: 妊娠并发症; 急腹症; 内出血

中图分类号: R714.5; R656.1

文献标识码: A

文章编号: 1000-257X(2002)5S-0064-03

妊娠中晚期子宫浆膜下静脉自发破裂临床少见, 但可引起孕妇腹腔内大出血、胎儿缺血缺氧, 危及孕妇及胎儿生命。本文分析我院收治的 2 例该病患者的临床资料, 对其发病机理、临床特点、诊治方法进行探讨。

1 临床资料

例 1: 37 岁, 因停经 32 周+4 天, 突发右中上腹剧痛于 1991 年 12 月 24 日急诊入院。孕期经过良好, 无外伤及近期性生活史。孕 1 产 0。查体: 体温 38.5℃, 脉搏 100 次/分, 血压 90/75 mmHg, 呼吸 35 次/分, 神清, 急性痛苦病容, 轻度贫血貌。听诊双肺正常, 心率 100 次/分, 律齐, 无杂音。腹膨隆, 腹肌紧张, 全腹胀痛, 以右中上腹明显, 反跳痛(+)。肝脾肋下未及, 移动性浊音(±), 肠鸣音减弱。产科情况: 宫高 31 cm, 子宫轮廓清, 稍敏感, 胎心 130 次/分。实验室检查: 白细胞 14.6×10⁹/L, 中性粒细胞 0.84, 淋巴细胞 0.16, 血红蛋白

108 g/L; 初步诊断: 妊娠期急腹症; 胎盘早剥? 阑尾炎? B 超检查示单胎, 头位, 未见胎盘早剥征象。经抗感染治疗无效, 行剖腹探查。术中脉搏 108~146 次/分, 血压最低时 90/43 mmHg, 呼吸 30~40 次/分, 腹腔内积血及血块约 3200 mL, 肝、脾、胰无异常, 子宫如孕月大, 右宫角后下方静脉窦扩张, 有一处破裂渗血, 予结扎缝合, 及明胶海绵压迫止血。术后诊断: 妊娠晚期子宫浆膜下静脉破裂, 失血性休克。术中、术后共输血 2400 mL。术后予硫酸镁抑制宫缩、地塞米松促胎肺成熟及抗感染治疗。术后 2 天并发呼吸窘迫综合征, 经治疗后缓解。第一次手术后 17 天剖宫产一活男婴, 母子平安出院。

例 2: 34 岁, 因 3 胎妊娠, 停经 30 周+5 天, 腹痛 10 小时于 1995 年 7 月 27 日急诊入院。孕 2 产 0 自然流产 1。孕 27~30 周因先兆早产住院安胎治疗, 本次发病前 3 天出院, 无外伤及性生活史。晨起时突发左上腹隐痛, 持续性, 向背部放

收稿日期: 2002-07-15

作者简介: 张睿(1968-), 女, 广州人, 主治医师。

射, 渐扩散致全腹, 呕吐胃内容物 2 次, 无头晕。门诊查有不规则宫缩, 胎心好, 拟诊先兆早产予硫酸镁治疗, 因症状无好转, 面色渐苍白, 血红蛋白下降收治。查体: 体温 37℃, 脉搏 98 次/分, 血压 95/60 mmHg, 神清, 中度贫血貌。听诊心肺正常。腹膨隆, 腹软, 全腹轻压痛, 以左上腹明显, 反跳痛可疑, 肠鸣音稍减弱。宫高 43 cm, 腹围 100 cm, 子宫轮廓清, 有不规则宫缩, 胎心率分别为 86 次/分、107 次/分、92 次/分。实验室检查: 白细胞 $14.9 \times 10^6/L$, 中性粒细胞 71%, 淋巴细胞 28.9%, 血红蛋白 74 g/L; B 超检查为 3 胎妊娠, 胎儿窘迫, 可疑胎盘早剥。即行剖腹探查, 见腹腔内积血及血块约 1500 mL, 子宫如孕足月大, 左宫角后壁有成束状怒张静脉, 有 2 条小静脉破裂渗血, 子宫张力大, 予缝合止血失败, 行子宫下段剖宫产术, 取出胎儿胎盘, 胎儿均在取出时已死亡。子宫收缩后再缝合止血。术后诊断: 妊娠晚期子宫浆膜下静脉破裂, 腹腔内出血, 失血性贫血, 3 胎妊娠。术中、术后输血 1 200 mL。术后恢复良好, 8 天出院。

2 讨论

妊娠中晚期子宫浆膜下静脉自发破裂是少见的产科并发症, 加上缺少典型的病史及体征, 诊断及治疗常被延误, 抢救不及时可引起严重腹腔内出血, 导致孕妇及胎儿死亡。自 1983 年郭逢春^[1]第一次报道该病以来, 国内文献陆续报道了 16 例该病患者, 其中孕妇死亡 1 例, 胎儿、新生儿死亡 7 例。因此值得临床医生高度重视。

2.1 病因

本病主要原因可能为: ①妊娠后子宫血流量增多, 静脉血流缓慢易致子宫静脉怒张、淤血; ②增大的子宫压迫下腔静脉致盆腔静脉血液回流受阻, 血管曲张, 静脉压升高, 加上子宫浆膜下静脉和宫旁静脉表浅, 壁薄无鞘, 易因腹压升高或外力撞击而破裂出血^[2-4]; ③在上述病变基础上如合并子宫静脉畸形或子宫内膜异位症、炎症, 则子宫浆膜下静脉和宫旁静脉更表浅, 曲张淤血甚至裸露, 易破裂出血^[4]; ④宫肌发育不良或人流造成子宫内层和肌层损伤, 胎盘绒毛植入子宫肌层甚至浆膜层也可能是原因之一。文献^[5]报道中就有 1 例胎盘植入至子宫浆膜层, 该处无肌层, 表面血管怒张破裂出血。上述因素也可能同时存在。

2.2 诊断要点

本病可突发也可缓慢发生, 表现多为持续性钝痛或胀痛, 渐加重, 腹痛部位不定, 伴随症状可有呕吐、恶心、头晕、晕厥、阴道流血、便意感等。有不同程度的压痛及反跳痛, 可能出现肌紧张及移动性浊音阳性; 由于症状体征不典型, 本组两例均在出现明显内出血时才进行手术, 这就增加了母儿抢救的难度。

产科医生多首先考虑常见的妊娠并发症, 如不注意其他临床表现则易误诊。发现腹腔内出血常先考虑子宫破裂。腹腔内出血引起的刺激性腹痛易与宫缩引起的阵痛相混淆或被掩盖而误诊为先兆早产。血腹引起的腹痛、腹部压痛、腹肌紧张、子宫敏感、胎儿窘迫易误为胎盘早剥。子宫供血虽在孕晚期增加 30%~45%, 但因子宫血流灌注缺乏自主调节能力, 一旦母体失血, 血压维持首先依靠子宫胎盘血流的减少及内脏血液重分布, 胎儿产生缺血缺氧比母体血压下降更早, 如不注意

其他临床表现易误诊为单纯胎儿窘迫。

由于病灶位置不定, 妊娠时子宫将腹壁牵伸扩张, 可能远离出血部位, 反应性降低, 腹膜刺激征变轻, 只有出血严重时才表现明显, 使急腹症不易早期诊断。妊娠期白细胞计数上升, 孕中晚期为 $(9 \sim 10) \times 10^9/L$, 分娩或应激状态时可达 $25 \times 10^9/L$, 血清碱性磷酸酶和淀粉酶也轻度上升, 急腹症评价这些指标时有一定困难^[6]。病灶部位在左宫角, 发病早期以左中上腹痛及呕吐为主要临床表现, 易误诊为急性胰腺炎或胃炎, 病灶在右侧则易误诊为急性阑尾炎。外周血流灌注量自孕早期开始即增加, 使母体对低血容量性休克原有的外周血管收缩反应减弱, 休克时可能无皮肤湿冷的表现^[6]。若不动态观察尿量、生命体征和血象, 常延误诊断。

因此, 在妊娠中晚期如果突然发生原因不明的持续性腹痛, 甚至出现全腹疼痛以及肌紧张, 腹膜炎体征, 尤其是有子宫畸形或引起盆腔静脉压突然上升的诱因时, 应考虑本病的可能。明确诊断的关键在于监测生命体征和血象, 及时 B 超检查(注意腹腔内积液情况), 必要时腹腔穿刺及剖腹探查。

2.3 治疗和并发症的预防

一旦确诊有腹腔内出血, 不管胎儿情况如何, 应立即剖腹探查治疗, 首先要保住母亲的生命和健康, 其次是保存活活的胎儿。手术方式文献报道^[7]多主张尽量找到出血点以细针细线缝合及凝血酶、热盐水纱布压迫止血。胎儿存活者, 术中应尽量减少对子宫的刺激, 以避免术后流产、早产或胎盘早剥。如果子宫张力过高, 组织脆, 无法止血或者胎儿存活且接近成熟, 有抢救早产儿的条件, 为免再次发病和减少母儿并发症, 则宜剖宫取胎使子宫血管张力下降后再缝扎止血。若仍不能止血, 或有明显子宫畸形应行子宫切除术。

低血容量性休克是患病孕妇最常见的后果, 胎儿窘迫发生早且重。在确诊有腹腔内出血后应及时补充母体血容量。治疗过程中, 孕妇尽量取左侧卧位, 避免仰卧时增大的子宫压迫下腔静脉导致回心血量减少, 血压进一步降低和胎盘灌注量减少, 以致母亲出现失血性休克和胎死宫内。术中大量输液, 输血不足, 可加重心负荷致急性左心衰, 重度休克, 增加治疗难度^[8]。有文献报道^[9]子宫胎盘血流灌注不足时间较长者, 在休克孕妇血压回升后可发生胎盘早剥, 应注意监测。

参考文献

- [1] 郭逢春. 子宫血管分布异常妊娠期自发破裂 1 例报告[J]. 中华妇产科杂志, 1983, 18(3): 195.
- [2] 马存丽. 中期妊娠子宫静脉破裂大出血 1 例[J]. 岭南急诊医学杂志, 1999, 4(4): 222.
- [3] 魏德娥, 王玉露, 田敬霞. 妊娠晚期子宫后壁浆膜下血管破裂 1 例[J]. 中华妇产科杂志, 1998, 33(8): 468.
- [4] 李锦玉, 符玉亭. 妊娠晚期子宫血管自发破裂四例[J]. 中华妇产科杂志, 1996, 31(1): 33.
- [5] 白美琪, 骆丽玉, 陈明安. 妊娠晚期胎盘植入子宫血管破裂 1 例[J]. 中华妇产科杂志, 1994, 29(4): 204.
- [6] 顾美皎. 妊娠合并外科急腹症的临床特点及相互影响[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 1999, 15(8): 463.
- [7] 吕学丹, 魏晓萍. 妊娠晚期子宫静脉破裂腹腔内出血 1 例报告[J]. 实用妇产科杂志, 1997, 13(1): 49.
- [8] 于希濂. 妊娠中期子宫壁静脉自发性破裂误诊 1 例[J]. 中华妇产

科杂志, 1999, 34(12): 750.

stet Gynecol, 1994, 37(3): 274.

[9] Randall S, Dwight P. Maternal trauma during pregnancy[J]. Clin Ob-

(编辑 张思健)

妊娠期及产褥期合并深静脉血栓 5 例报告

陈立斌, 张建平

(中山大学附属第二医院妇产科 广东 广州 510120)

摘要:【目的】探讨妊娠期和产褥期深静脉血栓的病因、高危因素、诊断和治疗。【方法】回顾性总结分析 10 年来我院收治的 5 例妊娠期和产褥期深静脉血栓患者的临床资料, 对其病因、临床表现、诊断治疗等进行分析。【结果】4 例发生在产褥期, 1 例发生在妊娠晚期; 症状以患肢肿痛乏力为主, 部分症状不明显, 经过治疗后, 4 例均预后良好。【结论】妊娠晚期及产褥期易发生深静脉血栓; 高龄、手术产是其高危因素; 一旦确诊, 应尽早治疗, 防止发生肺栓塞。

关键词: 妊娠; 产褥期; 血栓性静脉炎

中图分类号: R271.4

文献标识码: A

文章编号: 1000-257X(2002)5S-0066-02

在妊娠期及产褥期发生静脉血栓栓塞的孕产妇是少见的, 并且由于其临床症状不特异, 容易被忽视。静脉血栓栓塞能引起严重的并发症, 当栓子脱落后, 经肺循环进入肺动脉后能引起肺栓塞, 直接威胁孕产妇的生命安全, 病死率极高, 近年来已成为引起孕产妇的主要原因之一, 越来越受到关注^[1]。我院从 1992 年到 2001 年共收治了 5 例合并深静脉血栓的孕产妇, 现分析报道如下。

1 临床资料

1.1 一般情况

1992 年 1 月至 2001 年 12 月在我院收治了妊娠期及产褥期合并深静脉血栓患者共 5 例。其中 1 例发生在妊娠晚期, 4 例发生在产褥期, 均为初产妇。所有患者均无血栓家族史。5 例患者的发病年龄、产科并发症、分娩周数、分娩方式及血栓发现时间详见表 1。

表 1 5 例患者的一般情况及产科特征

年龄(岁)	并发症	分娩周数	分娩方式	血栓发现时间
24	无	38	顺产	产后第 7 天
32	无	39	剖宫产	妊娠 35 周
33	原发性宫缩乏力、潜伏期延长	38	剖宫产	术后第 5 天
31	习惯性流产	38	剖宫产	术后第 2 天
46	高龄初产、疤痕子宫	37	剖宫产	术后第 8 天

1.2 临床症状、体征及诊断治疗

5 例患者首发症状均为不同程度的下肢肿痛、乏力, 行走活动困难。有 2 例患者发病时有患肢压痛, 其中 1 例有下肢红肿; 有 1 例患者发病时伴发热, 其最高体温超过 38℃; 其余患者除患肢肿胀外, 无明显临床体征。5 例患者中有 4 例经多普勒彩色超声确诊, 其中左下肢血栓形成 2 例, 双下肢及右下肢血栓形成各 1 例。5 例患者中有 1 例以低分子右旋糖酐及

肝素治疗, 其余患者均以低分子右旋糖酐、复方丹参、阿司匹林、潘生丁、喜疗妥等治疗。治疗后, 所有患者的临床症状体征均消失, 无 1 例并发肺栓塞。

1.3 典型病例报告

病例 1: 24 岁, 孕 2 产 0, 孕 38 周在我院顺产一女婴, 总产程 5 小时 35 分, 无任何产科并发症。产后第 7 天出现双下肢酸痛乏力, 稍肿胀, 体温上升, 最高 38.5℃, 双下肢无压痛。行多普勒彩色超声发现双侧股静脉血栓形成(左侧阻塞 40.3%, 右侧 58.6%)。予加强抗炎、复方丹参, 并外用喜疗妥软膏治疗。7 天后症状好转。

病例 2: 46 岁, 孕 1 产 0, 孕 37 周因“高龄初产、疤痕子宫”在我院行剖宫产术。术后第 8 天出现双下肢及外阴肿胀, 无压痛, 拟“双下肢静脉血栓”予肝素治疗, 3 天后症状好转。

2 讨论

2.1 病因及相关的危险因素

孕产妇容易并发静脉血栓的原因目前是比较明确的。孕产妇血液的高凝状态、静脉血淤滞及血管壁损伤都是容易导致静脉血栓的因素。妊娠期增高的雌激素能刺激肝脏合成一系列的凝血因子, 并能降低纤溶系统的活性, 从而使血液趋向高凝状态。妊娠子宫对静脉系统的压迫使下腔静脉血流减慢, 血液淤滞在静脉内; 因为孕产妇在妊娠后期及产褥期(尤其是剖宫产后)活动减少, 卧床休息增多, 产后或剖宫产术后脱水或补水不足使血液浓缩, 也能使静脉血流减慢。加上分娩后, 胎盘的剥离造成了血管受损, 而剖宫产更能使血管内皮细胞受损更多, 所以该期更容易并发静脉血栓的因素。本文总结了 10 年来我院发生深静脉血栓的孕产妇共 5 例, 其中有 4 例发生在产褥期, 1 例发生在妊娠晚期。考虑到该种疾病的症状不明显, 容易造成漏诊或病人出院后发病再入住其他医院治疗, 其确切的发病率可能会更高。

与孕产妇深静脉血栓相关的危险因素是很多的, 除了上面说到的活动减少、卧床休息、手术创伤外, 遗传背景、年龄和以前的血栓病史也是其危险因素。而最近国外的研究^[2,3]发

收稿日期: 2002-07-25

作者简介: 陈立斌(1976), 男, 广东潮安人, 医师。