

## 剖宫产术后自发性膀胱破裂 1 例报道

李白鸾, 祁文瑾

(昆明医学院第一附属医院, 云南昆明 650032)

[关键词] 剖宫产; 自发性; 膀胱破裂

[中图分类号] R713.4+1 [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706 (2012) 01-0128-02

### 1 病例报告

患者 35 岁, 住院号 652526。因剖宫产术后 7 d, 突发腹痛 2 h 余, 于 2008 年 10 月 19 日 10 时 20 分到昆明医学院第一附属医院就诊。患者因 G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>39<sup>+1</sup> 周头位无指征坚决要求剖宫产, 于 2008 年 10 月 12 日在腰硬联合麻醉下行剖宫产术, 手术顺利, 失血约 200 mL, 子宫和双附件无充血、水肿等异常情况。术后留置尿管 24 h, 尿量 2 100 mL, 尿色淡黄, 拔除尿管 3 小时后患者自行排尿, 此后每日排尿 4~5 次。术后第 5 天于 2008 年 10 月 17 日出院, 出院时体温正常, 血象正常, 腹部伤口愈合良好, 大小便“正常”。2008 年 10 月 19 日 8 时进食过饱, 在翻身时突感上腹剧痛, 伴恶心、呕吐, 即到昆明医学院第一附属医院就诊。一般检查: 急性痛苦病容, 体温 37.2 ℃, 脉搏 112 次/min, 血压 136/78 mmHg, 心肺未见异常, 腹部膨隆, 手术伤口愈合良好, 全腹压痛、反跳痛, 移动性浊音阳性, 肝脾触诊不满意, 未触及包块。妇科检查: 外阴无异常, 阴道少许淡血性恶露, 无异味, 宫颈无举痛, 子宫大于正常, 无压痛, 双附件未触及包块。腹部 B 超提示: (1) 右肾窦区稍分离。(2) 大量腹水。腹部立位平片未见肠管扩张及游离气体。血常规: Hb 144 g/L, Plt 347 × 10<sup>9</sup>/L, WBC 16.4 × 10<sup>9</sup>/L, N 85.4%。血生化: BUN 20.93 mmol/L, Cr 545 μmol/L, Glu 8.3 mmol/L。血淀粉酶正常。腹部穿刺抽出淡血性腹水。初步考虑: 剖宫产术后 7 d 腹痛原因待查; 大量腹水性质不明; 肾前性肾衰。请胃肠外科和泌尿外科会诊均未明确诊断。暂给予对症处理和抗生素治疗。至 15 时患者还未解小便做尿常规检查, 追问病史患者方诉自剖宫产术后一直排尿不畅, 突发腹痛后便无法排尿, 故立即放置尿管, 流出淡血

性尿液约 5 000 mL, 患者随即感腹痛明显减轻。尿常规: WBC++, RBC+, Pro+。22 时复查 B 超提示: 盆腔少许积液; 膀胱欠充盈。再次请泌尿外科会诊, 诊断: 剖宫产术后慢性尿潴留致膀胱破裂, 尿性腹膜炎。治疗: 留置尿管持续开放, 次日行膀胱造影。2008 年 10 月 20 日复查肾功: BUN 12.63 mmol/L, Cr 166 μmol/L。血常规: WBC 9.95 × 10<sup>9</sup>/L, N 83.1%。膀胱造影未见明显破口。考虑为线状小破口已自行关闭。患者腹痛已消失无压痛及反跳痛, 移动性浊音阴性。故继续开放尿管持续一周改为定时开放, 同时给抗生素预防感染, 拔除尿管后患者正常排尿, 肾功、血尿常规均正常于 2008 年 10 月 28 日出院。

### 2 讨论

自发性膀胱破裂多为腹膜内型 (占 93%), 因膀胱底部及两侧受到骨盆及肌肉保护, 不易破裂, 而腹膜覆盖的顶部最为薄弱, 当充满尿液时, 在原有膀胱病变的基础上, 常在该处发生破裂, 致使尿液进入腹腔而引起急性腹膜炎的症状和体征<sup>[1]</sup>。自发性膀胱破裂若延误治疗预后极差, 延误 24 h 或更长所致相关死亡率高达 25%<sup>[2]</sup>。

女性自发性膀胱破裂的病因有: (1) 膀胱出口以下部位梗阻引起膀胱过度膨胀: 如尿道狭窄、恶性肿瘤等; (2) 膀胱壁本身病变: 如结核、肿瘤、长期炎症、膀胱憩室等; (3) 神经源性膀胱: 如脑血管病后遗症、急性脊髓炎、外伤性截瘫患者等; (4) 醉酒、妊娠分娩等特殊原因。妊娠时因增大的子宫压迫尿道造成排尿困难, 使膀胱过度充盈, 膀胱壁变薄, 在产程延长, 加大腹压分娩时即可出现膀胱破裂; 产后膀胱肌张力降低, 对膀胱内压的敏感性降低, 容易形成急性或慢性尿潴留, 如未及时发现和处理可致自发性膀胱破裂。

[作者简介] 李白鸾 (1963~), 女, 傣族, 云南潞西市人, 医学学士, 教授, 主要从事妇产科临床及教学工作。

膀胱破裂.

自发性膀胱破裂的诊断: 因自发性膀胱破裂缺乏特殊症状, 详细询问病史及全面系统的体格检查是诊断自发性膀胱破裂并减少误诊的最主要方法. 患者常以突发下腹痛为主要症状, 伴排尿困难, 少尿或仅排出少量血尿, 无法解释的腹水是高度怀疑此病的依据之一. 实验室检查常可见血象升高; 由于尿性腹水在腹腔内重吸收, 引起血 BUN、Cr 异常升高, 造成假性肾衰, 是诊断腹膜内型膀胱破裂的重要指标<sup>[3]</sup>; B 超能发现大部分膀胱破裂的直接征象及间接征象, 并常可区分腹膜内外型膀胱破裂<sup>[4]</sup>; 膀胱造影是诊断膀胱破裂最直观、最重要、最可靠的检查方法, 多角度摄片可多角度摄片显示膀胱形态, 裂口的大小及部位; 膀胱注水试验也常用于诊断膀胱破裂, 但常有一定的假阴性及假阳性, 一般需注水 200~300 mL.

治疗: 对于诊断明确的患者原则上需急诊行膀胱修补术, 患者一般情况允许可同时进行病因处理, 如肿瘤切除, 尿道狭窄扩张及切开等, 同时给抗生素防治感染, 保持尿管引流通畅. 下列情况适合非手术治疗 (即仅行尿管引流)<sup>[5]</sup>: (1) 无其他并发损伤需行外科探查者; (2) 无与膀胱破裂相关的重症感染、败血症; (3) < 1 cm 的线状裂口; (4) 能严密观察尿管引流状况, 充分控制尿外渗和出血者; (5) 位于膀胱前壁、腹膜外型破

裂者, 且无引起膀胱破裂的基础疾病如尿道狭窄、肿瘤等.

本例患者为剖宫产后慢性尿潴留, 因未及时发现和处理最终导致自发性膀胱破裂, 考虑裂口为线状且较小, 放置尿管 10 余小时后已闭合, 故膀胱造影未见破口. 该病例警示医生: (1) 对产后患者每日查房均应认真检查膀胱排空情况, 及时发现和处理尿潴留方可避免此类病案再发生. (2) 对急腹症患者应全面详细地询问病史, 特别是饮食及大小便等基本情况, 以便尽早做出诊断.

#### [参考文献]

- [1] 韩振藩. 泌尿外科手术并发症[M]. 北京:人民卫生出版社,1993:208.
- [2] PATEL R I,HASS C,SPRINAK J P, et al. Spontaneous extraperitoneal bladder rupture[J].J Urol,1998,159:2 089 - 2 090.
- [3] ITOH N,KOUNAMU T. Spontaneous rupture of abladder diverticulum ultrasonographic diagnosis [J]. Jurolog, 1994,152:1 206 - 1 207.
- [4] 李文玉, 赵莉莉, 王爱秋. B超诊断膀胱破裂的价值[J]. 中国超声诊断杂志,2003,4(8):619 - 620.
- [5] 李泽良,王毅,刘同才,等. 自发性膀胱破裂[J]. 中华泌尿外科杂志,2000,11(21):670.

(2011 - 10 - 1 收稿)

(上接第 127 页)

之而来. 对围产儿来说, 剖宫产并不是绝对安全的分娩方式. 促进自然分娩, 中国在行动, 我们也在行动. 胎头位置异常导致的头位难产增加了剖宫产率, 处理不当对母婴危害极大. 因此, 纠正持续性枕横位和持续性枕后位为枕前位已成为防治难产的重要课题. 在枕先露的分娩机制中, 子宫间歇性的收缩, 胎头的衔接、俯屈、内旋转使胎儿的下降动作贯穿于分娩全过程. 因此, 对活跃期仍处于持续性枕横位、枕后位的产妇可以采取同侧俯卧位, 综合胎儿重力、子宫收缩力、及羊水浮力三者的合力作用, 将之转为枕前位, 从而降低难产的发生率及剖宫产率.

综上所述, 纠正胎方位异常是预防头位难产最主要的措施. 在产程活跃期对持续性枕横位和枕后位实施卧位指导, 采取同侧俯卧位是有效的. 证明

了决定分娩的因素, 产力、产道、胎儿及精神因素可在产妇特殊卧位条件下相互适应, 促使分娩顺利进行, 进而提高自然分娩率.

#### [参考文献]

- [1] 韩爱卿, 张志伟, 侯艳梅. 及时处理持续性枕横位枕后位可降低头位难产 [J]. 中国妇幼保健杂志, 2005,20(22):3 037 - 3 038.
- [2] 刘向莲, 高丹凤, 南延荣. 44例持续性枕横位及枕后位手法转位的临床观察 [J]. 护理研究杂志,2002,16(2):84 - 85.
- [3] 徐燕. 对侧侧俯卧位纠正持续性枕后位和枕横位70例分析[J]. 青海医药杂志,1998,28(10):25 - 26.

(2011 - 11 - 17 收稿)