

# 妊娠晚期消化道出血误诊 1 例

韦琼,王丹

(湖北省武汉市第三医院光谷院区妇产科,湖北 武汉 430074)

中图分类号:R714.14+6

文献标识码:B

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2018.16.062

文章编号:1006-1959(2018)16-0191-02

## 1 临床资料

患者,女,32岁,因“停经 35<sup>+</sup>周,腹痛 3 小时”于 2017 年 7 月 12 日中午 12 时入住产科。既往:2013 年孕足月剖宫分娩一活婴;有消化性溃疡史(入院时未告知),无消化道出血史。孕期顺利,产检未发现异常,3 h 前出现下腹痛,伴阴道见红,无阴道流血,急诊收入院。入院时查体:T 36.9℃,P 107 次/min,R 21 次/min,BP 105/72 mmHg;神志清,一般情况可,未见贫血貌,全身浅表淋巴结未扪及。腹隆软,上腹部轻压痛,无反跳痛,肝脾肋下未及,双肾区无叩击痛。产检:宫高 33 cm,腹围 98 cm,未及宫缩,胎心 151 次/min,胎儿常规彩超示:①单活胎头位;②胎儿体重估测 2538 g;③胎儿脐血流指数正常;④子宫下段前壁肌层厚度 2.3 mm。

入院后 4 h 出现腹部胀痛,腹部未及明显宫缩;起病 2 h 腹痛无缓解,出现恶心,并呕吐 2 次,呕吐物为胆汁样胃内容物,伴少许黑便一次,腹部可及微弱宫缩;起病 3 h 呕吐物为咖啡色胃内容物,共计量 300 ml,上腹部压痛弱阳性,有不规则宫缩,间隔 7~8 min,胎心 145 次/min;考虑消化道出血,立即开放静脉通道,行西咪替丁抑酸护胃治疗;急查血常规血红蛋白由入院时 115 g/L 降至 90 g/L,结合目前情况需终止妊娠,在准备手术过程中患者再次呕吐,一次量达 900 ml,立即予以西咪替丁治疗并输血,1 h 后呕吐缓解,立即急诊剖宫产分娩一足月活婴,Apgar 评分:8~9 分,术中出血 400 ml,手术顺利;术中及术后患者未呕吐。术中再次查血常规血红蛋白 76 g/L;术后使用奥克及巴曲亭治疗,病情稳定后转入消化科处理。

## 2 讨论

妊娠期由于膨大的子宫使腹腔内脏移位,影响了妊娠期间的腹部体征评估。例如上腹部疼痛和压痛可能是急性阑尾炎,这是由于增大的子宫使阑尾向上和向侧面移位所致。妊娠期间腹肌紧张及反跳痛是腹膜炎的体征,但在妊娠晚期腹壁松弛可能掩

盖典型的腹膜炎症状。妊娠期间由孕酮诱发尿道平滑肌松弛和胎头机械性压迫输尿管等可以促发肾积水和输尿管扩张。因此妊娠晚期腹痛的病因有很多,经常会发生误诊。通过文献总结归纳为以下几类:①产科疾病:胎盘早剥、早产、前置胎盘、子宫破裂、妊娠期高血压、妊娠期急性脂肪肝、HELLP、ICP 等;②妇科疾病:卵巢囊肿扭转/破裂、输卵管-卵巢脓肿、盆腔炎症性疾病、子宫肌瘤变性等;③外科疾病:急性阑尾炎、胃食管反流和消化性溃疡、肠梗阻、膈疝、肠易激综合征、急性胰腺炎、胆石症和胆囊炎、尿石症、膀胱炎、各种肝病等;④其他系统疾病:血管疾病和血液病、内分泌疾病、感染性疾病等。

国外大样本统计显示<sup>[1]</sup>,妊娠期阑尾炎发病率为 0.2%,穿孔率为 14.9%,尤其是妊娠晚期可达到 26.1%。妊娠期合并有持续性卵巢肿瘤的比例是 4.1%,且以良性囊肿居多,对于有手术指征的妊娠期卵巢肿瘤,如妊娠期持续存在、增大的囊肿或为复杂性的囊肿、囊肿伴急腹症等,若仅期待治疗,孕期发生扭转、破裂、感染的风险较未妊娠者明显升高<sup>[2]</sup>。孕中、晚期外周血白细胞升高,血清淀粉酶可轻度增高,亦增加了妊娠期急腹症的诊断难度<sup>[3]</sup>。在诊断时应该注意做血、尿淀粉酶、上腹部 B 超检查,以排除胰腺炎、胆囊炎等引起上腹痛的疾病存在的可能;为了避免电离辐射,妊娠期间采取 MRI 比 CT 扫描要合适。快速 MRI 比常规 MRI 更适宜,因为前者暴露时间短。胃镜检查对于妊娠期妇女并不属于禁忌证,但是内镜检查有可能致胎盘早剥,内镜检查插管期间致胎儿创伤、心律失常、全身性低血压或高血压和短暂性缺氧等并发症,必要时可酌情使用。

本例中患者既往有消化道溃疡病史,但入院时未告知医护人员,起病 2 h 内主要以腹部胀痛为主,认为宫缩导致,误诊为先兆早产,反复询问病史后获悉有消化道溃疡史。而妊娠并发有症状的消化性溃疡(PUD)不多见,之前患 PUD 常在妊娠期间往往得到改善,因此该患者以腹痛为首发症状发病后未能首先考虑消化道出血,因病情发展迅速,呕吐量急骤增加,方考虑为消化道出血。消化道出血的治疗原

作者简介:韦琼(1982.6-),女,湖北十堰人,硕士,主治医师,研究方向:母胎医学

则:①采用抗休克和支持疗法:补充血容量,输全血、血浆或平衡液以维持重要脏器的有效灌注;②经胃管灌注药物止血:冰盐水 100 ml+去甲肾上腺素 8mg,给药 3~4 h/次;③选用止血药、质子泵抑制剂。考虑有关药物的致胎儿畸形危险,新的抑制胃酸药应慎用或者不用。并发 PUD 的孕妇应避免饮酒和 NSAID 摄入,对乙酰基酚也应慎用。制酸剂对胎儿是安全的,但接近分娩时应避免服用含镁制剂,以避免延迟分娩和可能造成的新生儿神经抑郁。

因此,本例中立即给予抗组织胺  $H_2$  受体拮抗剂,输新鲜血等内科、产科综合治疗;同时针对产科并发症,及时终止妊娠,取得有效的治疗,预后良好。

妊娠期腹痛复杂多变,对于胎儿的危险不在疾病本身,而是由于延误诊断、延误手术引起的并发症。妊娠不是手术的禁忌症,手术也不一定引起早产或流产。妊娠期急性阑尾炎起病缓慢且病情较轻的可予抗生素保守治疗,治疗过程中需密切观察病情的变化。病情重、起病急或疑有穿孔者应积极采用手术治疗,不可延误治疗,以免病情恶化,导致阑尾穿孔和腹膜炎,威胁母婴安全。妊娠合并急性阑尾炎患者进行腹腔镜阑尾切除和开放手术一样安全有效。妊娠合并卵巢肿瘤蒂扭转一经确诊应立即手术。手术操作应轻柔,以免刺激子宫,引起流产或早产。

妊娠合并急性胰腺炎时,轻型患者可保守治疗,禁食、胃肠减压、补充液体、热量、维持电解质平衡;重型患者则需手术治疗。妊娠合并胆道系统疾病,症状轻、无结石和胆囊功能完好的可保守治疗,如伴有结石或保守治疗后症状不能缓解的,则选择手术治疗。单纯性的不完全性肠梗阻可保守治疗,应用胃肠减压以减轻腹胀,同时纠正水及电解质紊乱,应用抗生素预防感染,如肠梗阻症状、体征未能缓解,甚至出现绞窄性肠梗阻时,则应及时手术治疗。治疗妊娠期急腹痛的关键是在早期诊断的基础上及时恰当地治疗,改善预后及母婴状况。由于妊娠期家属的顾虑比较大,我们应耐心细致的做好解释工作,只有尽早解除病灶,才是治疗的最佳选择,对母婴才最有利的。

#### 参考文献:

- [1]Ueberrueck T,Koch A,Meyer L,et al.Ninety-four Appendectomies for Suspected Acute Appendicitis during Pregnancy[J]. World Journal of Surgery,2004,28(5):508-511.
- [2]马聪,徐礼江,何逾祥,等.腹腔镜手术治疗妊娠期卵巢良性肿瘤有效性和安全性分析[J].中国实用妇科与产科杂志,2013(8):638-641.
- [3]莫祖聪,黄鹏,陆政,等.小剂量血浆置换联合血浆灌流治疗妊娠期急性脂肪肝的疗效观察[J].右江医学,2015,43(6):691-693.

收稿日期:2018-4-23;修回日期:2018-5-4

编辑/李桦