

文章编号 1006-8147(2023)04-0443-02

病例报告

取卵术后妊娠期肠梗阻 1 例并文献复习

张倩倩,李虹,刘荣,韩欣欣,胡蓉

(天津市第一中心医院妇产科,天津 301800)

关键词 妊娠期肠梗阻;B超引导下经后穹窿穿刺取卵术;取卵术并发症

中图分类号 R711

文献标志码 B

妊娠期肠梗阻很少见,主要由孕前腹部手术引起。妊娠期肠梗阻的诊断和处理至关重要,因为它与孕产妇和胎儿的死亡有关。笔者在此报道 1 例取卵术后妊娠期肠梗阻的病例,此患者术前未能确诊妊娠期肠梗阻,但因为手术及时,避免了严重并发症。妊娠期肠梗阻需要及时诊断和积极干预,以最大程度的减少妊娠并发症相关的发病率和死亡率。

1 临床资料

患者于 2022 年 3 月就诊于天津市第一中心医院,女性,35 岁,以“孕 3 产 0 孕 36+2 周,上腹痛 3 h”入院。患者疼痛呈放射状,持续不缓解,进行性加重,无恶心、呕吐。发病前排气、排便正常,无下腹痛及阴道出血。查体:生命体征平稳,腹部膨隆如孕周,未见胃肠型。腹软,无压痛、反跳痛及肌紧张。子宫张力不大,无阴道流液,胎心正常。腹部超声提示:轻度脂肪肝。血常规、胰淀粉酶、脂肪酶等化验未见异常,急诊在硬膜外麻醉下行剖宫产手术,术中分娩两女活婴。缝合子宫后探查腹腔,见长约 8 cm 空肠呈紫红色、充血,纤维条索将部分空肠呈 U 型套扎,未见坏死(图 1)。切断黏连带,空肠恢复正常颜色。探查其余部分肠管,可见多处黏连带黏连肠管,肠管多处狭窄(图 2)。请外科医生术中会诊,术中分离黏连组织,恢复肠管正常解剖结构。另见胃大弯下方至前腹壁长约 25 cm 纤维条索带(图 3),直径约 2 mm,切除纤维条索,结扎黏连带根部。术后予禁食水,患者术后 2 d 排气,术后 4 d 排便,顺利出院。

患者此次为体外受精胚胎移植术后、双胞胎妊娠。患者因原发性不孕,先后于我院及外院行 3 次 B 超引导下经后穹窿穿刺取卵术。患者既往无痛经史,无慢性盆腔痛病史,考虑此次肠梗阻是因为多次穿刺取卵造成的盆腔黏连形成。患者曾因“先兆早产”于孕 30+周住院保胎治疗,入院后偶及宫

缩,常规予保胎治疗好转后出院。考虑前次住院即有不全肠梗阻表现。此次患者饱腹后上腹部疼痛剧烈、持续不缓解,且胎儿近足月,未及宫缩。考虑为急腹症,患者拒绝进一步行磁共振或者 CT 等检查,遂行急诊剖宫产手术。手术顺利,两早产儿 1 分钟 Apgar 评分均为 10 分,且患者肠管未坏死,解除梗阻后肠管恢复正常血运,诊断“绞窄性肠梗阻、肠黏连”。



图 1 肠管呈 U 型套扎

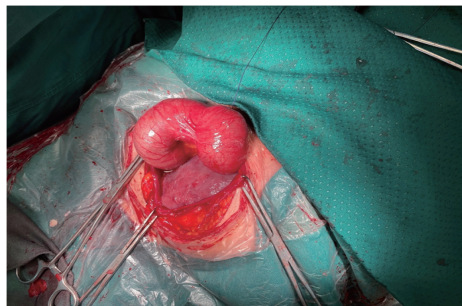


图 2 局部狭窄的肠管



图 3 腹腔纤维条索带

作者简介 张倩倩(1989-),女,住院医师,硕士,研究方向:妇产科;
E-mail:691102127@qq.com。

2 讨论

妊娠合并急腹症是产科临床急症,每500~635例孕妇就有1例合并急腹症^[1]。妊娠期肠梗阻相对少见,多数有腹部手术史,Sharp^[2]报道的发病率为1:3 500~1:2 500。怀孕期间有3个时间段与肠梗阻的可能性增加有关,分别为孕16~20周、孕36周和产褥期^[3]。Perdue等^[4]报道妊娠合并肠梗阻的病死率为6%,胎儿丢失率为26%,肠切除率为23%。妊娠期肠梗阻往往症状不典型,导致早期发现及诊断困难,延迟诊断、误诊常导致孕产妇不良结局和胎儿流产、早产、新生儿死亡,因此对与宫缩无关的腹痛应重视。随着对疾病认识及诊疗手段的提高,母婴死亡率逐步降低。Webster等^[5]研究显示,妊娠合并肠梗阻的病死率为2%,胎儿丢失率为14%。对于出现严重并发症的患者,需要进行紧急手术。妊娠28周前,应尽量在维持妊娠的同时解决肠梗阻。妊娠28~32周,应根据胎儿发育情况和孕妇的情况决定是否终止妊娠。妊娠32周后,必须在紧急剖宫产同时进行外科手术。

本例患者前次住院早产症状不典型,不排除误诊为先兆早产。妊娠期增大的子宫可能影响了腹部查体的准确性。此患者虽无腹部手术史,但多次取卵,导致了盆腹腔炎性粘连,妊娠期增大的子宫导致肠祥移位,致使诊断困难。超声检查对于肠管扩张有很大的帮助。核磁共振检查可帮助诊断,且无辐射,相对安全可靠,但是因核磁共振检查需要时间较长,部分患者无法配合。CT检查速度较快,因其有辐射,在临床上限制了使用。一些研究表明,胎儿辐射剂量超过100 mGy,可显著增加中枢神经系统损伤、畸形和肿瘤的风险。然而,X射线和CT的辐射剂量通常小于100 mGy。腹部X射线对于肠梗阻的诊断阳性率高达82%,一次照射的胎儿辐射吸收量仅为0.001 Gy。研究表明,<0.05 Gy不会导致胎儿畸形及流产^[3]。本例患者妊娠已近足月,双胎妊娠,胎儿珍贵,充分向患者及家属交代病情后,决定急症行剖宫产手术。对于临床上高度可疑的患者,尽快手术能避免严重并发症。一旦发生肠缺血、坏死,会危及母亲和胎儿的生命。因此,对这些患者的

快速诊断和治疗尤为重要。由于患者既往无其他腹部手术史,导致术前未能充分考虑到肠梗阻的诊断。迄今为止,尚未见取卵术后妊娠期肠梗阻相关报道。文献报道取卵术后常见并发症多为阴道出血、卵巢过度刺激综合征、膀胱损伤、盆腔感染、迷走神经反射,其中盆腔感染相对少见。Aragona等^[6]提出在7 098个取卵周期中发生2例盆腔脓肿(0.03%),1例是在移植胚胎术后1周出现发热和盆腔疼痛的症状,其中1例在取卵术后10 d发生上述症状,2例均接受手术治疗。B超引导下经后穹窿穿刺取卵术并发感染主要有盆腔炎、附件脓肿、腹膜炎、术后不明原因发热等,引起这些疾病可能的因素是穿刺时将阴道的病原菌带入盆腔,细菌直接在盆腹腔种植感染,也或者是曾有慢性盆腔炎病史。检索相关文献,关于取卵术后感染的病例相对较少。患者术中仅发现纤维条索,子宫及双附件未见感染迹象。此病例亦在提醒临床医生,随着辅助生殖技术的提高,取卵率也在提高,取卵过程中应严格消毒,尽量减少取卵次数,避免多次穿刺阴道壁,避免同时穿刺内膜囊肿,对于既往子宫内膜异位症、盆腔炎、盆腔手术史的患者,可预防性应用抗生素,以减少盆腔感染的发生。

参考文献:

- [1] UNAL A, SAYHARMAN S E, OZEL L, et al. Acute abdomen in pregnancy requiring surgical management: a 20-case series[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2011, 159(1): 87-90.
- [2] SHARP H T. The acute abdomen during pregnancy[J]. Clin Obstet Gynecol, 2002, 45(2): 405-413.
- [3] ZACHARIAH S K, FENN M G. Acute intestinal obstruction complicating pregnancy: diagnosis and surgical management[J]. BMJ Case Rep, 2014, 2014: bcr2013203235.
- [4] PERDUE P W, JOHNSON Jr H W, STAFFORD P W. Intestinal obstruction complicating pregnancy[J]. Am J Surg, 1992, 164(4): 384-388.
- [5] WEBSTER P J, BAILEY M A, WILSON J, et al. Small bowel obstruction in pregnancy is a complex surgical problem with a high risk of fetal loss[J]. Ann R Coll Surg Engl, 2015, 97(5): 339-344.
- [6] ARAGONA C, MOHAMED M A, ESPINOLA M S, et al. Clinical complications after transvaginal oocyte retrieval in 7 098 IVF cycles[J]. Fertil Steril, 2011, 95(1): 293-294.

(2022-09-21 收稿)