

## 重度肥胖产妇膀胱阴道瘘自愈一例

王沛靓

(新疆医科大学第五附属医院妇产科,新疆 乌鲁木齐 830011)

【关键词】 膀胱阴道瘘;剖宫产;重度肥胖

【中图分类号】 R714.258 【文献标识码】 D 【文章编号】 1003-6350(2018)13-1911-02

膀胱阴道瘘是膀胱与阴道之间的异常通道,是分娩并发症之一,国内外多为手术修补治疗,我科一例自然分娩失败,转为剖宫产致膀胱阴道瘘重度肥胖产妇,经保守观察自动愈合,现报道如下:

### 1 病例简介

孕妇,22岁,2016年11月5日以“停经34<sup>+</sup>3周,阴道流水2h”入院。停经30d时尿尿hCG(+),停经5个月时出现双下肢凹陷性水肿,休息后可减轻。入院当日出现阴道流水,伴阴道少量流血及下腹阵痛。孕期体重增加37kg。既往在13岁时因颈椎脊髓空洞症行手术治疗,手术后出现右侧肢体活动受限。入院查体:身高160cm,体质量102kg,体温36.9℃,脉率84次/min,呼吸23次/min,血压110/70mmHg(1mmHg=0.133kPa)。心肺听诊未闻及异常,腹部膨隆,可触及胎体,双下肢水

肿(+++)。产科检查:宫高36cm,腹围119cm,估计胎儿体质量2800g,胎位左枕前胎位(LOA),胎心143次/min,宫缩15~20s/7~8min。骨盆外测量:25-27-19-9cm。肛门指检:宫颈100%容受,宫口未开。先露头,S-3,胎膜已破,可见羊水流出,色清。坐骨棘间径 $\geq$ 10cm,骶棘韧带>二指,骶骨凹中弧、骶尾关节活动好,尾骨不翘。入院当日B超示胎头双顶径(BPD)88mm,股骨长(FL)67mm,胎盘位于前壁,胎盘功能Ⅲ级,羊水指数57mm。彩色多普勒(CDFI)未见脐带绕颈,S/D:2.7。胎方位右枕前位(ROA),晚孕,宫内单活胎,头位。入院诊断:(1)G1P0孕34<sup>+</sup>3周LOA未临产;(2)胎膜早破。入院后孕妇及家属坚持要求剖宫产。推入手术室,因孕妇太胖,无法行硬膜外麻醉。此时孕妇宫缩较前频繁,肛诊:宫口开10cm,先露头,S-1。经

通讯作者:王沛靓。E-mail:wpl123456@126.com

(3)测量胸廓前后径/横径比值 $\leq$ 0.33<sup>[4-6]</sup>。目前核磁共振技术在直背综合征中的诊断标准仍在研究中<sup>[7-8]</sup>。

本例患者为青年女性,因呼吸困难为首发症状,多家医院均诊断为“心脏神经官能症”,导致患者多次漏诊。查体可见漏斗胸,胸片提示前后径/横径比值为0.24,直背综合征诊断明确。此类患者预后较好,不会引起严重的心血管疾病,但必须加强认识,避免漏诊、误诊。但本例患者肺功能提示重度阻塞性为主的混合性通气功能障碍。原因之一为严重直背综合征致胸廓畸形导致限制性通气障碍;原因之二为患者长期吸烟导致阻塞性通气障碍,从而导致患者出现呼吸困难症状,甚至将来可能应用呼吸机治疗<sup>[9]</sup>。

直背综合征为临床少见疾病,临床医师对本病缺乏认识,查体时易忽略对胸廓和脊柱的检查。同时此类患者临床症状缺乏特异性,相对于年轻人,往往想到病毒性心肌炎、先天性心脏病、心肌梗死等常见病,从而导致误诊、漏诊<sup>[10]</sup>。临床应加强此类疾病的认识,仔细查体及对侧位X胸片,从而降低此类疾病的误诊及漏诊率,为患者的下一步治疗提供更好的时间。

### 参考文献

[1] Wright CD. Straight back syndrome [J]. Thorac Surg Clin, 2017, 27

(2): 133-137.

- [2] 那开宪. “假性心脏病”-直背综合征[J]. 首都食品与医药, 2017, 24(17): 56-57.
- [3] Pei YH, Chen J, Gong JB, et al. Straight back syndrome with pathological Q wave misdiagnosed as established myocardial infarction [J]. Br J Hosp Med (Lond), 2016, 77(5): 306-307.
- [4] 刘伟东, 王希荣, 张振敏. 直背综合征的临床X线诊断[J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(11): 2130-2131.
- [5] 王宝华. 直背综合征1例[J]. 实用放射学杂志, 2017, 33(10): 1650-1651.
- [6] 张二箭, 田福利, 张宾, 等. 直背综合征研究近况[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2015, 13(13): 1511-1513.
- [7] Suto M, Mori S, Nishii T, et al. Reversed Rivero-Carvallo's sign confirmed by blood flow analysis using cardiac magnetic resonance imaging in a patient with straight back syndrome [J]. Echocardiography, 2017, 34(11): 1721-1724.
- [8] 陈蕾, 马晓海, 赵蕾, 等. 心脏磁共振成像对直背综合征与特发性心律失常关系的初步探讨[J]. 中华心血管病杂志, 2017, 45(11): 948-953.
- [9] 张婷, 傅静. 一例直背综合征并发急性呼吸衰竭患者的护理[J]. 中国实用护理杂志, 2015, 29: 2221-2223.
- [10] Hasegawa K, Takaya T, Mori S, et al. Compression of the right ventricular outflow tract due to straight back syndrome clarified by low-dose dual-source computed tomography [J]. Intern Med, 2016, 55(22): 3279-3283.

(收稿日期:2017-10-22)

与家属沟通,遂行阴道试产。约 1 h 后,孕妇出现胎头下降停滞,阴道试产失败,家属同意后遂在全麻下行剖宫产术。娩出一活女婴后,宫体肌注缩宫素,胎盘娩出后子宫收缩欠佳,出血较多,发现子宫下段 6 点处向下延裂约 5 cm,给予间断缝合,静滴缩宫素,宫体肌注前列素氨丁三醇,出血停止。盆腔检查时发现膀胱后壁约 4 cm 长不规则裂口,即请泌尿外科大夫会诊,给予缝合,目测检查未发现其他损伤后逐层关腹,留置尿管。术中出血约 2 000 mL,急查动脉血气提示血红蛋白 78 g/L,给予输悬浮红细胞 2 U,补液总量约 4 400 mL。术后生命体征平稳,给予头孢哌酮钠舒巴坦钠预防感染。术后 6 h,因右侧肢体活动受限及肥胖,不能自己翻身,故给予协助翻身。术后第 4 天,腹部切口无红肿,可见液体流出,淡黄色,考虑脂肪液化,给予盐水纱布引流。术后第 5 天,复查血常规血红蛋白 67.2 g/L,给予输悬浮红细胞 2 U。术后第 7 天,病情平稳停用头孢哌酮钠舒巴坦钠。术后第 9 天,产妇诉平卧后胸闷,胸片提示心衰和右下肺炎,经呼吸科和临床药师会诊,给予莫西沙星抗感染,同时给予利尿,一周后好转停用相关药物。术后第 14 天,尿管自行脱落,隔天出现“小便失禁症状”,每天无意识溢尿约 100 mL,行美蓝试验膀胱内注入亚甲蓝液,阴道内有蓝色液体流出,泌尿系超声检查未发现其他尿路异常,确诊膀胱阴道瘘。请外院泌尿外科专家会诊,建议留置尿管观察,若不能自愈则于 3 个月后行修补术,重新留置尿管后未再出现无意识溢尿。因尿化验提示尿路感染,嘱出院后口服头孢拉定,随访时发现患者依从性差,共间断口服 7 d。出院后每 4 d 去患者家中换药,术后第 30 天腹部切口愈合。每两周换尿管,术后 3 个月时停止留置导尿,未再出现漏尿,生活恢复正常。

## 2 讨论

膀胱阴道瘘是膀胱与阴道之间的异常通道,是分娩并发症之一,多并发于难产,此外剖宫产也是十余种原因之一,居于女性泌尿生殖道瘘之首,其的治疗在国内外几乎全是手术修补,有的甚至行多次手术<sup>[1-2]</sup>,保守治疗愈合的很少有报道。查国内文献仅见周戎等<sup>[3]</sup>报道 2 例瘘孔直径约 0.5 cm 的患者,保守治疗 2 个月后自行闭合。国外较早倒有报道剖宫产引起膀胱子宫瘘可能自动愈合,自愈率约为 5%<sup>[4]</sup>。

从理论上说,泌尿生殖瘘位于膀胱尿道结合处以上,瘘道直径较小且周围组织健康柔软的有可能自愈,我科此例自然分娩失败转为剖宫产致膀胱阴道瘘产妇最后自愈,也进一步验证了这种可能。回顾病史,对自愈结果有如下考虑:(1)本例产妇术中已发现膀胱损伤并及时做了缝合处理,目测检查其他部位未发现损伤,说明假使当时已有膀胱阴道瘘发生,瘘口

也较小;不足之处是因当时未做美蓝试验等进一步检查,不能完全排除术中无瘘损伤而术后发生这一并发症可能,使这一并发症确切发生时间没能确定。(2)组织学上因发生时间不长,不存在瘘道壁已纤维化的问题,相对容易愈合。(3)留置尿管并延长留置时间也是很重要的术后处理措施,可避免膀胱充盈,改善局部血运,促进瘘愈合,同时还可以改善患者生活质量,也利于创面愈合。至于留置时间,未见统一标准,膀胱阴道瘘手术治疗后尿管多留置 2~4 周,是否可考虑试留 4 周?有学者认为膀胱阴道瘘若持续导尿超过 4 周,瘘管仍未闭合,则不可能闭合。本例患者家属对这一并发症极度不满,因此在观察的 3 个月期间没有拔除尿管观察是否愈合。(4)术后抗生素积极应用也很重要,此例产妇有重度肥胖;右侧肢体活动受限,不能自己翻身,术后缺乏功能锻炼;加之术后中度贫血;这些都是术后感染的危险因素,所以抗生素宜积极应用,对瘘的愈合也有益。

从此病例中应汲取的教训是:(1)对于重度肥胖孕妇,要充分进行产前评估,选择分娩方式,肥胖者随着体重的增加产程会显著延长,特别是初产妇<sup>[5]</sup>,产程延长即是泌尿生殖道瘘的原因之一。尤其是此类孕妇由自然分娩失败转为剖宫产时,手术时更应小心谨慎,动作轻柔,因为此时局部组织由于产程延长而长时间受挤压,易出现缺血、水肿,较脆弱,更容易发生手术损伤,导致泌尿生殖道瘘。此外术后要加强围产期护理,重度肥胖本就是术后切口或损伤感染的高危因素<sup>[6]</sup>,一旦感染创面无法愈合,瘘更易形成且形成不能愈合。(2)若剖宫产手术过程中发现有损伤,应进一步进行完整检查以明确有无其他部位损伤,以便同时及时处理。

最后还要提及一点,膀胱阴道瘘依实际病情可以考虑保守观察,但大部分最终还是需要手术治疗解决问题。

## 参考文献

- [1] 吴建辉,杨世强,徐勇,等. 妇产科手术致泌尿生殖道瘘的临床分析[J]. 中华泌尿外科杂志, 2014, 35(9): 686-690.
- [2] Reisenauer C. Vesicovaginal fistulas: a gynecological experience in 41 cases at a German pelvic floor center [J]. Arch Gynecol Obstet, 2015, 292(2): 245-253.
- [3] 周戎,王鸿康,吴海成. 膀胱阴道瘘的诊断与治疗[J]. 临床泌尿外科杂志, 2008, 23(8): 625-626.
- [4] Porcaro AB, Zicari M, Antonioli SZ, et al. Vesicouterine fistulas following cesarean section: report on a case, review and update of the literature [J]. Int Urol Nephrol, 2002, 34(3): 335-344.
- [5] Carlhäll S, Källén K, Blomberg M. Maternal body mass index and duration of labor [J]. Eur J Obstet Gyn R B, 2013, 171(1): 49-53.
- [6] 陈小辉,史素娥. 肥胖对剖宫产术后伤口感染及泌尿系统感染的相关性研究[J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(27): 4613-4614.

(收稿日期:2017-12-19)