

· 临床经验 ·

新生儿处女膜闭锁误诊原因分析

苏朋俊, 张树成, 王练英, 张志波, 高飞, 王维林

(中国医科大学附属第二医院小儿外科, 辽宁 沈阳 110004)

[中图分类号] R722 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2007)01-0067-02

处女膜闭锁是女性生殖道较常见的先天畸形,多在青春期后出现症状;而处女膜闭锁在围生期和新生儿期发病较罕见,本文对新生儿处女膜闭锁的临床诊治经过进行回顾性分析,探讨新生儿处女膜闭锁的误诊原因。

1 临床资料

对2001~2006年我院收治的4例新生儿处女膜闭锁的临床诊治经过进行回顾性分析,其中年龄最小6 d,最大21 d,平均体重3.0 kg;回顾内容包括:出生史,临床症状与体征,客观检查以及治疗方法。

例1,21 d,以腹胀、发热1 d入院。查体:全腹胀,质韧,中下腹部可触及一包块,张力较大,叩诊呈浊音,肠鸣音正常,肛诊肿物位于直肠前方。X线检查显示肠管向上移位,初步诊断为发热待查,腹腔肿物。入院后彩超提示腹部囊性包块伴双肾积水;CT提示中下腹部巨大囊性占位,双侧输尿管受压致肾积水;进一步行MRI检查提示腹盆腔占位,考虑起源于盆腔皮样囊肿,双侧肾盂肾盏扩张积水。请妇科会诊行生殖泌尿系查体,发现未见阴道口,考虑处女膜闭锁可能性大,行诊断性穿刺证实诊断,遂行处女膜切开术,治愈。

例2,12 d,以排尿困难60 h入院。查体:全腹胀,腹壁水肿,肠鸣音正常,左下肢颜色发暗、凉,足背动脉搏动减弱,直肠指诊未及异常,初步诊断为腹胀、排尿困难原因待查;入院后彩超提示骶尾部及盆腔腹膜后囊性肿物;MRI检查提示子宫内大量积液,请妇科会诊,诊断性穿刺证实诊断后行处女膜切开术,治愈。

例3,6 d,以呕吐腹胀2 d入院。查体:全腹胀,

腹壁水肿,肠鸣音活跃,肛诊未及异常,X线检查不全低位肠梗阻,初步诊断呕吐腹胀待查。入院后彩超提示中下腹部囊性包块,双肾积水;MRI提示中下腹部囊性占位,双侧输尿管受压致肾积水,诊断性穿刺证实后行处女膜切开术,治愈。

例4,20 d,以腹胀4 d、排尿困难20 h入院。查体:全腹稍胀,肠鸣音正常,中下腹部可触及一包块,初步诊断腹腔肿物。入院后彩超提示腹部囊性包块伴双肾积水;MRI检查提示腹盆腔囊性占位,子宫内大量积液,请妇科会诊行生殖泌尿系查体,未见阴道口,考虑处女膜闭锁可能性大,诊断性穿刺证实诊断,行处女膜切开术,治愈。

2 讨论

处女膜闭锁是女性生殖道较常见的先天畸形,以单纯性处女膜闭锁最为常见,发生率在0.014%~0.1%^[1~3],其病因至今尚不明确。处女膜闭锁主要在两个年龄段发现^[4],多在青春期开始后出现,即典型的处女膜闭锁,常常表现为第二性征发育情况与青春年龄相符而无月经初潮,有周期性下腹痛并逐渐加重,在阴道口膨出一触痛的球状肿块,被一层膜样组织覆盖,此为阴道内积聚的经血所致,呈紫蓝色,临床上比较容易辨别;另一年龄段则是在4岁前,无症状,多是在偶然的体格检查中发现。

处女膜闭锁在围生期和新生儿期发病极其罕见,仅约6/10万^[5,6],临床上容易误漏诊,究其原因大致可归纳为以下3点:

①新生儿处女膜闭锁发病率低,表现不典型,容易忽视。本组4例新生儿中,腹胀、腹部包块和排尿困难为主要的临床表现,且临床上腹胀、腹部包块和排尿困难等也常见于其他疾病,故临床医生易对新

[收稿日期]2006-07-30;[修回日期]2006-10-16

[作者简介]苏朋俊,男,硕士,医师。主攻方向:儿童普外。

[通讯作者]王维林,中国医科大学附属第二医院小儿外科,邮编:110004。

生儿处女膜闭锁缺乏警惕性。新生女婴虽然没有月经,但是个别患儿由于接受了来自母体的雌激素,刺激了子宫阴道黏膜的分泌,导致阴道积液和子宫阴道积液,积液通过输卵管伞入腹腔,因而可出现急腹症症状^[5];积液向前压迫膀胱出口部,可致尿路梗阻^[7~9];向后推压直肠,可致排便困难,肛门坠胀感^[10];有时还可压迫下腔静脉使其回流受阻,引起肢体水肿、瘀血等等。

②处女膜位置低,加以耻骨后方声影的遮挡,处女膜闭锁的直接征像经腹部检查难以显示;并且胎儿受母体雌激素刺激,子宫腺体分泌亢进,可延续至出生后数周,因其子宫、阴道所致的积液在盆腔中所占的比例相对较大,甚至伸延到腹腔,腹部肠管受压严重,肠管胀气明显,鉴别诊断相对困难,致使超声、CT及MRI诊断的准确率受到影响而致误漏诊^[11]。

③临床上易与以下疾病相混淆:a 隐匿型骶尾部畸胎瘤:以新生儿和婴儿期多见,分为囊性、实性和囊实混合性,囊性往往是多房的,可压迫直肠和膀胱尿道引起排便困难或尿潴留,X线可见畸胎瘤多偏于一侧,可有骨和钙化组织,AFP或HCG可为阳性,做直肠指诊时可发现骶骨前面肿物压迫直肠。b 卵巢囊肿:囊肿界限清楚,孤立存在,活动度好,与周围组织无明显黏连,B超检查单纯性囊肿一般多单侧发生,边界清楚,壁薄,直径较小,囊内为均匀液性暗区,而失去卵巢正常形态。c 肠系膜囊肿:以小肠系膜囊肿最多见,结肠系膜囊肿少见,很少降入盆腔,多无排尿困难及直肠压迫症状,腹部多可触及一个圆形或椭圆形包块,表面光滑,边界清楚,活动度大,超声可显示清晰呈单房或多房的囊肿影像。

新生儿处女膜闭锁误漏诊究其原因主要是由于缺乏对患儿病史的详细询问和体格检查,而不是诊断技术上的缺陷^[6],处女膜闭锁的患儿往往只需要详细的体格检查而不需要如上述昂贵的临床实验和影像学检查,即可做出明确的诊断,所以有必要将处女膜检查作为新生儿出生评估的重要指标和儿童健康发育常规检查项目,并定期复查评价处女膜正常

发育情况^[12]。

综上所述,处女膜闭锁在新生儿期发病较罕见,容易与肠系膜囊肿、畸胎瘤和卵巢囊肿相混淆,故对于临床上发现腹胀、腹部包块、排尿困难及便秘等症状的小儿,应考虑到新生儿处女膜闭锁的可能,外生殖器的体格检查即可确诊。

[参 考 文 献]

- [1] EI-Messidi A, Fleming NA. Congenital imperforate hymen and its life-threatening consequences in the neonatal period[J]. J Pediatr Adolesc Gynecol, 2006, 19(2):99-103.
- [2] Lim YH, Ng SP, Jamil MA. Imperforate hymen: report of an unusual familial occurrence [J]. J Obstet Gynecol Res, 2003, 29(6):399-401.
- [3] Messina M, Severi FM, Bocchi C, Ferrucci E, Di Maggio, Petraglia F. Voluminous perinatal pelvic mass: a case of congenital hydrometrocolpos[J]. Matern Fetal Neonatal Med, 2004, 15(2):135-137.
- [4] Posner JC, Spandorfer PR. Early detection of imperforate hymen prevents morbidity from delays in diagnosis[J]. Pediatrics, 2005, 115(4):1008-1012.
- [5] Messina M, Severi FM, Bocchi C, Ferrucci E, Di Maggio G, Petraglia F. Voluminous perinatal mass: a case of congenital hydrometrocolpos[J]. Matern Fetal Neonatal Med, 2004, 15(2):135.
- [6] Goto K, Yoshinari H, Tajima K, Kotsuji F. Microperforate hymen in a primigravida in active labor: a case report [J]. J Reprod Med, 2006, 51(7):584-586.
- [7] 杨雅梅,王培霞. 新生儿处女膜闭锁致子宫阴道积液1例[J]. 中国综合临床, 2005, 21(5):409.
- [8] Maffeo DA, Santagata P, Santagata M. Hematocolpos by imperforated hymen: case report[J]. Clin Exp Obstet Gynecol, 1999, 26(3-4):230-231.
- [9] Aygun C, Ozkaya O, Ayyildiz S, Gungor O, Mutlu B, Kucukoduk S. An unusual cause of acute renal failure in a newborn: hydrometrocolpos [J]. Pediatr Nephrol, 2006, 21(4):572-573.
- [10] Kitapci F, Avsar AG, Senses DA. A girl with constipation and acute urinary retention[J]. Eur J Pediatr, 1999, 158(4):337-338.
- [11] 黄安,茜许亮,包凌云,雷志锴,胡卫红,赵敏. 浅谈处女膜闭锁的超声诊断体会[J]. 浙江医学, 2005, 27(11):859-860.
- [12] Berenson AB, Grady J. A longitudinal study of hymenal development from 3 to 9 years of age[J]. Pediatrics, 2002, 140(5):600-607.

(本文编辑:吉耕中)