

· 临床研究 ·

早孕期终止瘢痕子宫患者意外妊娠的临床分析

刘小艳, 杨合荣, 王江, 常青[△]

(第三军医大学西南医院妇产科, 重庆 400038)

摘要:目的 分析瘢痕子宫意外妊娠患者行人工流产的特点及结局。方法 回顾性分析该院 2010 年 1 月年至 2011 年 3 月收治的 599 例剖宫产术后意外妊娠行人工流产患者的临床资料, 将其中 588 例瘢痕子宫妊娠患者根据流产方式分为两组: 人工流产组($n=274$)及药物流产后清宫组($n=314$), 同期收治的 600 例非瘢痕子宫意外妊娠行人工流产患者(其中, 采用无痛人流手术 300 例, 药物流产后清宫 300 例)的临床资料作为对照。结果 599 例患者中, 11 例因子宫切口妊娠住院行腹腔镜手术治疗。588 例瘢痕子宫妊娠患者中, 人工流产组及药物流产后清宫组患者手术成功率的差异无统计学意义($P>0.05$), 但均低于非瘢痕子宫组($P<0.05$); 瘢痕子宫与非瘢痕子宫比较, 患者术后阴道流血时间、血人绒毛膜促性腺激素(hCG)恢复至正常时间, 差异无统计学意义($P>0.05$); 妊娠距前次剖宫产时间在 1 年内的人工流产的成功率显著低于 1 年后($P<0.05$)。结论 剖宫产术后意外妊娠行人工流产手术难度大, 风险高, 非切口妊娠患者应选择合理的流产方式以降低手术风险。

关键词:妊娠, 意外; 流产, 人工; 剖宫产; 瘢痕

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.08.012

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2012)08-0759-03

Clinical analysis of unplanned pregnancy termination in patients with scarred uterus during early pregnancy

Liu Xiaoyan, Yang Herong, Wang Jiang, Chang Qing[△]

(Department of Obstetrics and Gynecology, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract: Objective To analyze the characteristics and ending of induced abortion conducted in unplannedly pregnant women with scarred uterus. **Methods** Clinical data of 599 patients admitted to hospital with unplanned pregnancy after cesarean section who had been subjected to induced abortion from January 2010 to March 2011 were retrospectively analyzed. Among them, 588 pregnant women with scarred uterus were divided into 2 groups according to the abortion methods which were induced abortion group ($n=274$) and curettage after medical abortion group ($n=314$). The clinical data of 600 unplannedly pregnant women without scarred uterus (300 cases of painless induced abortion and 300 cases of curettage after medical abortion) in the same period served as control. **Results** Among 599 patients, 11 patients hospitalized due to uterine incision pregnancy and treated with laparoscopic surgery. In 588 pregnant women with scarred uterus, the success rates of surgery of patients in induced abortion group and curettage after medical abortion group showed no significantly difference ($P>0.05$), however, they were both markedly lower than those of patients without scarred uterus ($P<0.05$). Compared the patients with scar uterus and the patients without scar uterus, the duration of postoperative vaginal bleeding and blood human chorionic gonadotrophin (hCG) returning to normal value demonstrated no significantly difference ($P>0.05$). The success rate of induced abortion accepted at the time within a year from previous cesarean section was obviously lower than that of induced abortion accepted after a year ($P<0.05$). **Conclusion** Induced abortion after cesarean section due to unplanned pregnancy is difficult and risky, and reasonable abortion method should be conducted in the patients without uterine incision pregnancy to reduce the surgical risk.

Key words: pregnancy, unplanned; abortion, induced; cesarean section; cicatrix

WHO 数据显示: 中国已经成为全世界剖宫产率最高的国家^[1]。剖宫产所致的子宫瘢痕形成、血管和神经损伤、周围粘连等导致子宫结构与功能发生改变。近年来, 剖宫产术后非意愿妊娠而接受人工流产手术的患者出现子宫穿孔、术中出血和流产不全等并发症的概率明显增加^[2], 如何有效、安全地终止剖宫产术后意外妊娠已成为临床医师关注的问题^[3-4]。本文回顾性分析本院 2010 年 1 月至 2011 年 3 月收治的 599 例剖宫产术后非意愿妊娠而于早孕期要求终止妊娠患者的临床资料, 将其与同期 600 例非瘢痕子宫人工流产患者的临床资料对比分析, 探讨安全、有效终止剖宫产术后妊娠的合理诊疗措施。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 1 月至 2011 年 3 月本院计划生育门诊接诊的剖宫产术后非意愿妊娠于早孕期要求终止妊娠的患者 599 例, 年龄 21~41 岁, 平均(28.6±2.1)岁; 孕次 2~7

次, 平均(3.12±0.41)次; 产次 2~3 次, 平均(1.63±0.36)次; 距前次剖宫产手术时间为 4 个月至 8 年, 平均(2.94±0.82)年, 其中剖宫产术后 1 年以内再次妊娠 110 例, >1~3 年再次妊娠 275 例, >3 年再次妊娠 214 例; 有 2 次以上剖宫产史者 12 例; 能明确前次剖宫产手术方式为子宫下段横切口者 524 例, 余 75 例患者无法提供详细的子宫切口资料。选择 600 例同期非瘢痕子宫意外妊娠患者(其中, 采用无痛人流手术 300 例, 药物流产后清宫 300 例)的临床资料进行对比分析, 年龄 20~38 岁, 平均(26.2±1.5)岁; 孕次 2~5 次, 平均(4.57±0.72)次; 产次 1~3 次, 平均(1.12±0.52)次。所有患者均无合并内、外科疾病, 无终止妊娠的绝对禁忌证。

1.2 手术评估 剖宫产术后意外妊娠患者于早孕期终止妊娠风险高, 因此患者在术前需进行全面评估。在确诊宫内妊娠后, 详细询问患者前次剖宫产手术情况, 了解子宫切口类型及

[△] 通讯作者, Tel: (023) 68765399; E-mail: cqli99@yahoo.com.cn.

愈合情况。在膀胱充盈(明显显示膀胱角)的条件下,彩色多普勒超声检查判定胚囊与原子宫切口的关系以明确是否为子宫切口妊娠^[5]。子宫切口妊娠出现大出血的风险明显高于其他瘢痕子宫妊娠^[6-7]。

1.3 手术方式 599 例患者中子宫切口妊娠 11 例,接受住院治疗;其余 588 例瘢痕子宫非切口妊娠患者根据流产方式分为两组:人工流产组($n=274$)及药物流产后清宫组($n=314$)。人工流产组患者直接采用无痛人流手术治疗,手术适应证为患者要求直接行人工流产术;妊娠时间距前次剖宫产 1 年以上;停经 50 d 内;孕囊直径小于 30 mm,后者可行直接人工流产术。手术时注意沿子宫后壁轻轻放置操作器械,减少器械在子宫前壁瘢痕处的反复搔刮及吸引。药物流产后清宫组患者均先口服米非司酮 75 mg,1 次/d,共 2 d,然后口服米索前列醇 600 μ g,再行清宫术治疗,手术适应证为停经 7 周以上;孕囊直径大于 30 mm 或孕囊位置距离子宫切口不足 10 mm;此次妊娠距前次剖宫产时间在 1 年以内。两组患者均在流产后 1 周常规复查彩色多普勒超声,每周复查血人绒毛膜促性腺激素(human chorionic gonadotrophin, hCG);出血多于月经量时,随时复查彩色多普勒超声及血 hCG 定量,并予以药物促宫缩治疗。

1.4 观察指标 分析两组患者的手术成功率、术中出血量、术

后阴道流血时间及术后血 hCG 降至正常时间等。患者术中出血量采用容量法加目测法估算,术后出血量根据称量患者所用卫生巾质量计算。

1.5 统计学处理 采用 SPSS10.0 软件进行统计学处理,计量数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,以 $\alpha=0.05$ (双尾)为检验水准,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 子宫切口妊娠的流产结局 11 例患者均经阴道彩色多普勒超声诊断,并在腹腔镜下得到证实,其中,10 例直接行腹腔镜探查术,5 例术中发现子宫浆膜层完整无突起,颜色正常,立即行宫腔镜探查,发现子宫切口瘢痕处明显凹陷,胚囊组织着床于此。在腹腔镜直视下行清除术,手术过程中注意勿穿透子宫原切口瘢痕,清宫后再次以宫腔镜检查;5 例术中发现子宫下段切口处明显隆起,浆膜颜色变蓝,考虑胚囊已经植入瘢痕,切开子宫切口瘢痕清除病灶并间断缝合创面。此 10 例患者术后均恢复满意,见表 1。另 1 例患者血 hCG 为 1 428 mIU/L,彩色多普勒超声提示子宫切口部位无明显血流信号,考虑滋养细胞活性较低,故行药物保守治疗,治疗过程中患者因出血性休克行急诊腹腔镜探查术(术前、术中共输血 1 200 mL),术中发现子宫下段瘢痕破裂,腹腔内积血达 1 600 mL,行病灶清除术后成功保留子宫。

表 1 子宫切口妊娠流产结局

手术方式	n	手术成功率 (%)	术中出血量 (mL)	术后阴道流血时间(d)	血 hCG 降至正常时间(d)	住院时间 (d)	住院费用 (元)
腹腔镜直视下清宫术	5	100	50.7 \pm 15.4	9.4 \pm 1.3	<28	3.4 \pm 0.5	6785.4 \pm 143.6
腹腔镜下病灶清除术	5	100	100.5 \pm 10.8*	8.2 \pm 2.1#	<21*	4.1 \pm 0.6#	8158.6 \pm 107.4*

*: $P<0.05$,与腹腔镜下清宫术比较;#: $P>0.05$,与腹腔镜下清宫术比较。

表 2 子宫瘢痕对流产结局的影响

组别	n	手术成功率 (%)	术中出血量(mL)	术后阴道流血时间(d)	血 hCG 降至正常时间(d)
人工流产组					
瘢痕子宫	274	97.81	68.3 \pm 17.1	10.6 \pm 1.2	<21
非瘢痕子宫	300	99.00*	35.4 \pm 14.6*	9.4 \pm 1.3#	<21#
药物流产后清宫组					
瘢痕子宫	314	98.73	95.8 \pm 20.0	9.3 \pm 1.6	<21
非瘢痕子宫	300	99.60*	45.9 \pm 15.4*	8.2 \pm 1.2#	<21#

*: $P<0.05$,与同组瘢痕子宫比较;#: $P>0.05$,与同组瘢痕子宫比较。

表 3 流产方式对瘢痕子宫妊娠流产结局的影响

组别	n	手术成功率 (%)	术中出血量(mL)	术后阴道流血时间(d)	血 hCG 降至正常时间(d)
人工流产组	274	97.81	68.3 \pm 17.1	10.6 \pm 1.2	<21
药物流产后清宫组	314	98.73#	95.8 \pm 20.0*	9.3 \pm 1.6#	<21#

#: $P>0.05$,与人工流产组比较;*: $P<0.05$,与人工流产组比较。

表 4 妊娠距前次剖宫产术时间对药物流产后清宫术治疗结局的影响

距前次剖宫产术时间	n	手术失败病例 [n(%)]	术中出血量 (mL)	术后阴道流血 时间(d)	子宫穿孔[n(%)]	血 hCG 降至 正常时间(d)
≤ 1 年	110	3(2.73)	105.5 \pm 17.3	10.1 \pm 1.7	2(1.85)	<21
>1~3 年	104	1(0.96)	85.2 \pm 21.5*	9.2 \pm 1.3#	0(0.00)*	<21#
>3 年	100	0(0.00)	77.4 \pm 11.0*	9.0 \pm 0.6#	0(0.00)*	<21#

*: $P<0.05$,与不超过 1 年组比较;#: $P>0.05$,与不超过 1 年组比较。

2.2 流产结局的分析

2.2.1 子宫瘢痕对流产结局的影响 人工流产组中 6 例患者因子宫位置异常(前屈伴子宫固定 4 例,后屈伴宫颈内口狭窄 2 例),人工流产不全,术后给予患者生化汤及益母草治疗,未行二次清宫术,瘢痕子宫患者的手术成功率与非瘢痕子宫患者比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),术中出血量明显多于非瘢痕子宫患者($P < 0.05$)。药物流产后清宫组中 4 例患者服药并行清宫术后,血 hCG 下降不满意,复查彩色多普勒超声提示宫腔内少许组织存留,采用生化汤及缩宫药物治疗 1 周后未行二次清宫术,瘢痕子宫患者的手术成功率与非瘢痕子宫患者比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);术中出血量明显多于非瘢痕子宫患者($P < 0.05$)。各组患者瘢痕子宫与非瘢痕子宫比较,术后阴道流血时间、血 hCG 降至正常时间差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

2.2.2 流产方式对瘢痕子宫妊娠流产结局的影响 除外人工流产组阴道流血量少于药物流产组外($P < 0.05$),两组手术成功率、术后阴道流血时间及术后血 hCG 的变化差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 3。

2.2.3 妊娠距前次剖宫产术时间对药物流产后清宫术治疗结局的影响 瘢痕子宫在采取药物流产并行即时清宫术的 314 例患者中,距前次剖宫产 1 年内有 3 例手术失败,1~3 年有 1 例手术失败,>3 年者均手术成功,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);3 组患者术中出血量、术后阴道流血时间、子宫穿孔及血 hCG 降至正常所需时间的比较见表 4。

3 讨论

子宫切口瘢痕妊娠是指孕囊种植于前次剖宫产切口瘢痕处的罕见异位妊娠,可导致子宫破裂、大出血甚至危及患者生命,是瘢痕子宫妊娠最危险的类型^[8]。及早准确诊断是避免子宫破裂等并发症发生的关键,目前广泛采用经阴道彩色多普勒超声诊断子宫切口妊娠,其诊断准确率达 84.16%^[8]。本研究中 11 例患者均经阴道彩色多普勒超声诊断,并在腹腔镜下得到证实,准确性达 100%,这与医务人员经验丰富和高度重视相关。子宫切口妊娠的治疗目前尚未达成一致意见^[9],但近年来腹腔镜下手术治疗逐渐引起学者们的关注^[10-11]。本研究显示尽管采用腹腔镜治疗切口妊娠出血量多,费用高,但与保守治疗比较,其安全性和成功率却得以保证。

目前,中国已成为全球高剖宫产率的国家之一^[1],选择剖宫产的初产妇比例较以往也有很大的增加,使瘢痕子宫意外妊娠发生率明显增加。剖宫产术后,子宫切口瘢痕纤维组织薄弱,同时宫腔及盆腔存在的炎症粘连可造成子宫形态及位置的改变,这些因素均显著增加了流产的难度和风险,尤其是剖宫产术后 1 年内子宫切口瘢痕尚未完成肌化^[12],其稳固性差,手术操作风险加大。本组资料显示瘢痕子宫患者的流产术成功率低于非瘢痕子宫患者,其手术出血量多于后者,这提示瘢痕子宫患者流产手术的难度和风险均较高。研究还发现剖宫产术后时间越短,流产手术时阴道出血量越多,发生子宫穿孔的风险也越高,提示在制订瘢痕子宫意外妊娠人工流产的诊疗措施时应对患者进行充分评估。

人工流产和药物流产各有其适应证和风险性,一般认为非瘢痕子宫妊娠,孕 7 周内可选择药物流产,手术成功率达 90% 以上;而 6~12 周的宫内妊娠可采用人工流产(钳刮或吸宫)终止妊娠^[13]。但是,剖宫产术后子宫解剖结构可能发生变化,在选择流产方式时与非瘢痕子宫不尽相同。作者参考相关资料^[2]并结合本科室临床经验进行适当调整,根据妊娠距前次剖宫产术时间,胚囊的位置及大小选择不同的流产方式。本组研

究显示,终止瘢痕子宫意外妊娠与终止非瘢痕子宫意外妊娠比较,人工流产与药物流产后清宫这两种流产方式的手术成功率和阴道出血量均存在显著差异,而术后患者恢复无显著差异,因此,作者建议瘢痕子宫合并意外妊娠,采用药物流产后清宫术作为首选流产方式,对剖宫产术后短时间妊娠的患者尤为适用。瘢痕子宫的结构异常常导致人工流产不全,因此建议所有患者术后 1 周进行超声复查,便于及早发现不全流产,合理治疗^[14],降低再次手术风险,有效避免医疗投诉,提高服务质量。

总之,由于终止剖宫产术后意外妊娠的风险大,术前应制订合理的诊疗方案,鉴别子宫切口妊娠;对于非子宫切口妊娠,根据患者此次妊娠距前次剖宫产时间,胚囊所在的位置及大小选择人工流产方式。降低剖宫产率,避免意外妊娠是降低瘢痕子宫妊娠早孕流产风险的根本措施。

参考文献:

- [1] Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu AM, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia; the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08[J]. *Lancet*, 2010, 375(9713):490-499.
- [2] 刘兴会. 剖宫产后再次妊娠人工流产的方式及其注意事项[J]. *实用妇产科杂志*, 2004, 20(5):262-264.
- [3] Weimar CH, Lim AC, Bots ML, et al. Risk factors for uterine rupture during a vaginal birth after one previous caesarean section: a case-control study[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2010, 151(1):41-45.
- [4] Al-Zirqi I, Stray-Pedersen B, Forsén L, et al. Uterine rupture after previous caesarean section[J]. *BJOG*, 2010, 117(7):809-820.
- [5] 帅文, 洪向丽, 鲍时华, 等. 剖宫产术后子宫切口瘢痕妊娠不同治疗方法的研究[J]. *生殖与避孕*, 2010, 30(7):463-468.
- [6] 邵华江, 马建婷, 徐丽萍, 等. 剖宫产瘢痕妊娠并发大出血处理方法探讨[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2010, 26(5):390-391.
- [7] 刘福阳, 刘文静. 药物流产与吸宫术流产的比较[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2000, 16(10):18-19.
- [8] 杨小芸, 刘兴会. 剖宫产切口瘢痕妊娠临床特点及治疗进展[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2010, 26(8):584-586.
- [9] 付棟, 郭冠荣. 瘢痕子宫妊娠处理现状[J]. *医学综述*, 2011, 17(1):119-122.
- [10] 韩肖燕, 向阳, 冯凤芝, 等. 腹腔镜治疗剖宫产瘢痕妊娠 4 例临床分析[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2009, 25(3):239-240.
- [11] 曹映华, 牛洁, 黄蓉霞. 宫腹腔镜联合治疗剖宫产瘢痕妊娠 7 例临床分析[J]. *昆明医学院学报*, 2010(3):140-141.
- [12] Cheung VY. Sonographic measurement of the lower uterine segment thickness in women with previous caesarean section[J]. *J Obstet Gynaecol Can*, 2005, 27(7):674-681.
- [13] 魏莉. 流产的常用方法及合理选择[J]. *中国临床医生*, 2010, 38(4):14-16.
- [14] 林莉, 王燕, 刘文惠, 等. B 超在药物流产中的监测作用[J]. *中华妇产科杂志*, 2006, 41(1):62-63.