

妊娠期完全性子宫破裂 11 例病例分析

陆文睿, 凌利, 张莹

(皖南医学院第一附属医院, 安徽 芜湖 241000)

摘要:目的 分析探究完全性子宫破裂的发生原因、临床表现、防治措施。方法 对2011年4月—2019年4月皖南医学院第一附属医院收治的11例完全性子宫破裂病例资料进行回顾性分析。结果 11例子宫破裂的患者中, 瘢痕子宫7例, 5例发生在孕足月, 2例发生在孕中期(孕16~26周)。非瘢痕子宫4例, 1例发生于暴力臀位阴道助产术后, 2例中孕引产胎盘植入清宫后, 1例孕13周残余角子宫妊娠破裂。2例行子宫切除术, 1例行残余角子宫切除术, 其余采用子宫修补术, 无孕产妇死亡。结论 瘢痕子宫、胎盘植入、不适当和粗暴的阴道助产术是子宫破裂高危因素, 准确诊断, 及早手术为救治关键。

关键词: 子宫破裂; 瘢痕子宫; 胎盘植入

中图分类号: R711.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1001-5817(2020)02-0216-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2020.02.018

Analysis of 11 cases of complete uterine rupture during pregnancy

Lu Wenrui, Ling Li, Zhang Ying

(The First Affiliated Hospital of Wannan Medical College, Wuhu 241000, Anhui, China)

Abstract: **Objective** To analyze and explore the causes, clinical manifestations and prevention and treatment measures of complete uterine rupture. **Methods** Data of 11 cases of complete uterine rupture admitted to The First Affiliated Hospital of Wannan Medical College from April 2011 to April 2019 were retrospectively analyzed. **Results** Of the 11 patients with uterine rupture, 7 had scar uterus, 5 out of them occurred in full term pregnancy and 2 in the second trimester (16 to 26 weeks of gestation). There were 4 patients with complete uterine rupture of non-scar uterus, 1 case occurred after violent vaginal breech midwifery, 2 cases occurred after curettage for placenta implantation in midtrimester induction of labor, and 1 case occurred after gestation rupture caused by rudimentary horn of uterus in 13 weeks of gestation. Two patients underwent hysterectomy, 1 patient underwent surgical resection of rudimentary horn of uterus, and the rest were treated with uterine repair. No pregnant woman died. **Conclusion** Scar uterus, placenta implantation, improper and rough vaginal midwifery are the high risk factors of uterine rupture, and the key emergency treatments are accurate diagnosis and early operation.

Key words: uterine rupture; scar uterus; placenta implantation

子宫破裂是产科一种比较严重的并发症,若未及时恰当地对其进行处理,可危及产妇及胎儿的生命^[1]。能否正确识别、抢救是否及时合理,是治疗成功的关键。本研究对某院2011年4月—2019年4月收治的11例完全性子宫破裂的病历资料进行回顾性分析,探

讨其发病原因、临床症状及预防等,以期对临床有所借鉴。

1 资料与方法

1.1 研究对象 选取于2011年4月—2019年4月在皖南医学院第一附属医院救治的完全性子宫破裂

第一作者简介:陆文睿(1987—),女,硕士,住院医师,研究方向:妇产科临床工作,E-mail:419547928@qq.com

通讯作者简介:凌利(1972—),女,硕士,副主任医师,研究方向:产科危重症与产前诊断,E-mail:1274035445@qq.com

11例患者,均经手术确诊。完全性子宫破裂是指子宫全层(包括子宫内膜、肌层、浆膜层)和羊膜层与腹膜腔之间相通,伴或不伴胎儿排入腹腔,甚至破裂口向膀胱或阔韧带等宫旁组织延伸^[2]。

1.2 研究方法 回顾分析病例资料,记录患者年龄、孕周、孕产次、临床特点、子宫破裂特点、诊治情况。

2 结果

2.1 一般情况 患者年龄22~42岁,初产妇3例,经产妇8例,子宫破裂孕周13~40⁺⁵周。

2.2 子宫破裂的高危因素 7例瘢痕子宫均有子宫下段剖宫产史。2例中孕引产合并胎盘植入患者曾有多次清宫史。1例晚孕引产暴力臀牵引致后穹窿裂伤延撕至子宫下段。1例初次妊娠为残角子宫。

2.3 子宫破裂病史特点及诊断 5例孕足月瘢痕子宫破裂,病例1产后半小时出现阴道持续大量出血;病例2、病例3瘢痕子宫经阴道试产过程中持续性下腹痛伴胎心变化;病例4、病例5瘢痕子宫临产前发生子宫下段刺痛。病例6孕16周双胎妊娠瘢痕子宫外院予米非司酮+米索前列醇药物引产,后因不全流产清宫后出现持续性下腹痛3d加重半天,B超提示宫外

见10cm包块,类似胎儿组织。病例7孕26周瘢痕子宫因腹痛伴恶心呕吐3h,B超提示腹盆腔大量积液,子宫轮廓不清,胎心消失。病例8中孕引产后胎盘不能自娩行钳夹+清宫术后2h出现下腹痛伴腹膜刺激症状,B超提示腹盆腔积液,腹腔穿刺抽出不凝血考虑子宫破裂。病例9为中孕引产后,胎盘残留清宫术后下腹痛伴阴道出血1周,B超提示宫底部8cm混杂回声团块。病例10为孕32周引产臀牵引后阴道出现大量鲜红色血,产道检查发现后穹窿裂伤延撕至子宫下段。病例11为孕13周突发下腹痛伴休克症状,B超提示宫外11cm处有不均质团块。

2.4 治疗及结局 5例孕足月瘢痕子宫破裂病例中,病例1行子宫次全切除,余4例行子宫下段剖宫产术+子宫破裂修补。病例6、病例7行子宫破裂口胎儿及妊娠物取出+子宫修补术。病例8行次全子宫切除术。病例9行胎盘清除术+子宫修补术。病例10行子宫修补术。病例11行残角子宫切除术。11例患者经及时手术治疗,均恢复良好,顺利出院。1例新生儿重度窒息(病例3)。1例胎死宫内(病例7)。

表1 11例完全性子宫破裂患者临床资料

病例	年龄/岁	孕周	生育史	既往手术时间	术前检查	术中探查
1	42	40	1-0-1-1	2012年剖宫产	腹痛伴血红蛋白下降	子宫下段瘢痕处长约4cm破口,边缘不整,活动性出血
2	33	40 ⁺⁵	1-0-2-1	2011年剖宫产	B超提示瘢痕处极薄,胎心变化	子宫下段瘢痕处右侧长约1.5cm破口,见羊膜囊
3	35	39 ⁺⁴	2-0-0-2	1999年、2004年剖宫产	NST示变异减速	子宫下段瘢痕处横形3cm×1.5cm裂口,见胎盘组织,渗血明显
4	28	38	1-0-3-1	2005年剖宫产	子宫下段压痛,胎心变化	子宫下段见长约1.5cm裂口
5	31	38 ⁺²	1-0-2-1	2007年剖宫产	子宫下段压痛,胎心变化	膀胱与子宫下段前壁粘连,分离粘连,见瘢痕处长约3cm×1cm裂口,表面仅有膜性粘连层
6	28	16 ⁺³	1-0-4-1	2012年剖宫产	B超示宫外见10cm包块,类似胎儿组织	右侧阔韧带内血肿自宫旁向盆壁延伸,其内包裹成形胚胎及胎盘组织,子宫下段右前缘长约3cm纵行裂口,下达剖宫产瘢痕右侧角
7	38	26	1-0-1-1	2004年剖宫产	B超提示腹盆腔大量积液,子宫轮廓不清,胎心消失	胎盘及胎儿漂浮于腹腔中,右侧宫角见长约15cm破口
8	37	22 ⁺²	0-1-4-0	多次清宫史	B超提示腹盆腔积液,腹腔穿刺抽出不凝血	胎盘穿透宫底部肌层,宫底见3cm×4cm破口,胎盘自破口膨出
9	32	20 ⁺⁵	1-0-3-1	多次清宫史	B超提示一侧宫角8cm混杂回声团块,血红蛋白进行性下降	右侧宫角直径约8cm血凝块包裹,清除后见宫角处2cm×2cm破口,渗血,宫角处少量胎盘植入
10	29	32	0-0-1-0	无	软产道检查	后穹窿至子宫后壁下段长约7cm裂伤
11	22	13	0-0-0-0	无	B超提示宫外11cm不均质团块	残角子宫肌层破裂口约2cm×1cm

3 讨论

子宫破裂具有发病急、病情严重的特点,一旦出现,极易危及产妇及胎儿的生命。导致子宫破裂的原因包括瘢痕子宫、胎盘植入、助产方式、引产药物使用不当等^[3]。

近年来随着剖宫产率增高,瘢痕子宫的发生率也随之升高,瘢痕子宫是导致子宫破裂最主要的原因。流行病学研究显示,近90%的子宫破裂发生于瘢痕子宫再次妊娠的孕妇中^[4]。本组病例中(63.64%)7例为

瘢痕子宫。瘢痕子宫妊娠破裂的症状及体征多数不典型。最常见的症状是持续性下腹痛疼痛、胎心监护异常。Kawabe等^[5]认为腹痛伴胎动异常可作为早期诊断子宫破裂的临床表现之一。文献报告^[6],在妊娠期子宫破裂者胎心异常可见于90%的妇女,因此连续性胎心率监测对所有子宫破裂的高危妇女尤其重要,特别是之前有剖宫产史的病例。本研究中有9例有腹痛症状,有6例出现胎心异常。本文孕足月瘢痕子宫产前发生子宫破裂早期准确诊断得益于重视症状、体征

及胎心的监测。剖宫产术后子宫破裂与前次剖宫产切口术式、时机,子宫切口缝合方式,有无影响切口愈合因素如低蛋白血症、感染等有关。提醒临床医生必须详细了解患者前次剖宫产手术史,筛查出子宫破裂高危患者。

近年来,随着剖宫产率上升、宫腔操作增多、人工流产、药物流产人数增加、辅助生殖技术广泛开展,胎盘植入的发生呈上升趋势^[7]。穿透性胎盘植入导致子宫破裂风险增加。常伴有严重产后出血、失血性休克、DIC、感染,若诊治不及时可危及产妇及胎儿生命。本文中2例孕引产病例发生子宫破裂均由于胎盘穿透性植入子宫肌层,导致胎盘不能自娩,清宫及钳夹胎盘后出现子宫破裂,导致腹腔内出血,病例8严重失血性休克,且胎盘穿透性植入面积大,最终行次全子宫切除术。回顾病史,两例患者均有多次清宫史,但引产前B超检查未提示胎盘植入。文献报道^[8],孕10~15周可通过超声诊断胎盘植入,胎盘与子宫界限不清、胎盘后血流信号丰富及肌层变薄等是孕早中期胎盘植入二维声像图的主要特点,但确诊率仅有60%。随着孕周增加,超声诊断率增高,对于有多项胎盘植入高危因素的患者,在超声不能检出时,尤其胎盘位于子宫后壁者,增加磁共振检查,可提高检出率^[9-10]。对于有胎盘植入高危因素患者不能盲目钳夹胎盘,若阴道出血不多,可暂缓处理,待明确诊断后制定合理处理方案。

软产道由子宫下段、子宫颈、阴道、盆底及会阴等软组织组成弯曲通道。经阴道分娩时软产道是最容易发生撕裂的部位,严重累及子宫下段,致子宫破裂、阔韧带血肿,损伤宫旁重要器官如膀胱、直肠等。病例10在臀位助产时,未充分堵臀,导致软产道及宫口未充分扩张,暴力臀牵引导致阴道后穹窿至子宫后壁下段撕裂,产后出血多达1200 ml。目前在很多设备完善的医院,足月臀先露已成为择期剖宫产的一项指征,臀位阴道助产技术得不到广泛开展,很多年轻的产科医生及助产士缺失臀位助产技能。此例病例警醒我们产科医生在临床工作中要严格掌握臀位助产手术指征和禁忌证,根据臀位分类不同选择不同助产方法^[11]。

挪威研究发现^[12],2000年后子宫破裂的发病率较前明显增加,主要危险因素包括催产素使用、剖宫产后瘢痕子宫及前列腺素类药物联合催产素引产。较多研究证实前列腺素是瘢痕子宫破裂的危险因素^[13]。本文病例6孕16周双胎瘢痕子宫药物引产过程中,不规范使用米索前列醇药物引产致子宫破裂,提醒我们严格

掌握引产指征,规范使用引产药物,尤其对于有子宫破裂高危因素病例。

综上所述,妊娠期子宫破裂是产科严重并发症,对于瘢痕子宫再次妊娠孕妇孕期加强管理,对于多次宫腔操作患者警惕胎盘植入可能,提高阴道助产水平,制定规范合理引产方案,最大程度降低子宫破裂发生。准确诊断,及时抢救从而提高母儿生存率。

参考文献:

- [1] Al-Zirqi I, Daltveit AK, Forsén L, et al. Risk factors for complete uterine rupture[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2017, 216(2):165, e1-e8.
- [2] Al-Zirqi I, Daltveit AK, Vangen S. Maternal outcome after complete uterine rupture[J]. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2019, 98(8):1024-1031.
- [3] 华克勤, 丰有吉. 实用妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 62
- [4] Zwart JJ, Richters JM, Ory F, et al. Uterine rupture in the Netherlands: A nationwide population-based cohort study [J]. *BJOG*, 2009, 116(8):1069-1078.
- [5] Kawabe A, Wang L, Kikugawa A, et al. Severe abdominal pain exacerbated by fetal movement is an early sign of the onset of uterine rupture[J]. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2016, 55(5):721-723.
- [6] Sayed Ahmed WA, Habash YH, Hamdy MA, et al. Rupture of the pregnant uterus—a 20-year review[J]. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2017, 30(12):1488-1493.
- [7] 贺芳, 陈敦金. 胎盘植入的诊治面临的挑战与策略[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2016, 32(4):315-318.
- [8] 王莉, 吴青青. 超声诊断孕早中期胎盘植入[J]. *中国介入影像与治疗学*, 2014, 11(7):431-433.
- [9] 韩鹏慧, 江魁明. 超声及MRI在胎盘植入中的诊断价值[J]. *中国临床医学影像杂志*, 2016, 27(3):194-197.
- [10] 罗丹梅. 超声、MRI在胎盘植入中的诊断价值对比[J]. *影像研究与医学应用*, 2018, 2(6):41-42.
- [11] 刘兴会, 徐先明, 段涛, 等. 实用产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 53.
- [12] Al-Zirqi I, Stray-Pedersen B, Forsen L, et al. Uterine rupture: trends over 40 years[J]. *BJOG*, 2016, 123(5):780-787.
- [13] El-Agwany AS, Fawzy A. Silent uterine rupture associated with the use of misoprostol during second trimester pregnancy termination in primigravida [J]. *Arch Perin Med*, 2015, 21(1):57-59.

收稿日期:2019-12-04;修回日期:2019-12-27