

明显增大, 宫体无明显增大。B超检查: 8例宫颈管见孕囊提示宫颈妊娠, 7例见宫颈光团提示宫颈妊娠, 考虑为不全流产。尿HCG为312~5000 IU/L。

### 1.3 治疗方法

15例病人全部住院治疗, 2例因阴道大出血行腹式全子宫切除术, 6例全身用甲氨蝶呤(MTX)治疗, 1例人工流产时出现阴道大出血, 经输血、宫颈塞纱, 宫颈注射MTX后阴道流血减少, MTX用量为20 mg/d共5 d。7例B超提示宫颈妊娠不全流产的病例在手术室宫腔镜下行钳刮术, 清除胚胎组织。

## 2 结果

本组中13例保守治疗病例均成功, 但单纯用MTX治疗的阴道流血时间长, 持续7~30 d。7例在宫腔镜下行钳刮术, 镜下清楚见到胚胎组织种植部位, 清除胚胎组织, 对胚胎种植于宫颈侧壁, 应注意避免损伤子宫动脉, 宫颈创面出血我们采用电凝止血, 术后流血3~7 d, 术后病理检查为宫颈妊娠。2例因阴道大出血行腹式全子宫切除术均手术成功。

## 3 讨论

### 3.1 发病原因

宫颈妊娠发病原因可能与下列因素有关: ①受精卵运行过快或子宫内膜与孕卵发育不同步, 影响孕卵正常着床; ②子宫发育不良、畸形, 内分泌失调, 或子宫肌瘤造成宫腔变形; ③多次刮宫使子宫内膜缺损或形成瘢痕, 孕卵运行延缓至宫颈着床<sup>[1]</sup>。本研究组中9例有多次人工流产史, 提示人工流产造成宫腔内损伤是导致宫颈妊娠的重要因素。

### 3.2 诊断

由于宫颈妊娠发生率低, 宫颈妊娠容易误诊, 本组宫颈妊娠占异位妊娠1.9%, 国外报道为1%, 国内报道为2%<sup>[2~4]</sup>。本组中9例诊断为宫内妊娠, 其中3例误诊为早孕行人工流产出现大出血。分析了该病例误诊的原因主要是对宫颈妊娠认识不够, 双合诊检查不准确。并将宫颈妊娠

与最易误诊的宫体妊娠流产做了鉴别诊断, 主要从以下4个方面鉴别: ①阴道流血是否伴腹痛; ②宫颈与宫体的比例; ③宫颈内口是否扩张; ④妊娠物附着的位置。我们认为减少误诊的措施是提高临床医生的业务素质, 将B超作为人流术前的常规检查。近几年由于B超的普及, 凡是有人工流产、分娩、及剖宫产史的育龄期妇女, 停经伴有不规则阴道出血者, 应常规做B超检查<sup>[2]</sup>。宫颈妊娠应注意与流产、宫颈肌瘤、宫颈恶性肿瘤进行鉴别。

### 3.3 治疗

宫颈组织主要为纤维结缔组织成分, 平滑肌纤维仅占15%左右, 宫颈内膜孕激素反应差, 孕卵着床种植在宫颈内膜, 绒毛常植入宫颈壁层。妊娠12周以前, 滋养细胞侵入宫颈壁不深, 保守治疗常获成功<sup>[3]</sup>。因此早期诊断十分重要, 对宫颈妊娠确诊后以尽早终止妊娠为原则。常见治疗方法: ①经腹全子宫切除术, 此法不能保留人生育功能, 近几年由于保守治疗成功, 在有条件医院已较少采用; ②化学药物治疗, 关键在于早诊断早治疗, MTX是一种抗代谢类抗肿瘤药物, 能抑制二氢叶酸还原酶, 干扰DNA合成, 滋养细胞对其敏感, 抑制细胞内胸腺嘧啶核苷酸核嘌呤核苷酸合成, 致使滋养细胞死亡, 本组中采用此药效果好, 但流血时间较长; ③近几年由于宫腔镜手术水平上升, 本组中7例在宫腔镜下行钳刮术, 效果好, 出血少及出血时间短, 提示宫腔镜下行钳刮清除胚胎组织可能是治疗宫颈妊娠的一种新方法, 但术中应避免损伤子宫动脉, 同时应做好全宫切除准备。

### 参考文献:

- [1] 邱湘伊, 罗钰铭, 朱关珍. 子宫颈妊娠 10 例临床分析[J]. 中华妇产科杂志, 2001, 36(7): 435.
- [2] 王大刚, 杨菁, 白骏. 子宫颈妊娠 4 例临床分析[J]. 中华妇产科杂志, 1994, 29(6): 363.
- [3] 龙菱, 刘芬哲, 姜萍, 等. 甲氨蝶呤甲酰四氢叶酸个体减量方案治疗异位妊娠 20 例报告[J]. 中华妇产科杂志, 1993, 28(7): 402.
- [4] 姚玉兰, 邵敬玲. 宫颈妊娠的诊治[J]. 实用妇产科杂志, 1996, 12(4): 173.

(编辑 张恩健)

## 子宫畸形的晚期妊娠 29 例临床分析

刘玉昆, 张建平, 邝健全, 陈立斌, 谭剑平

(中山大学附属第二医院妇产科, 广东 广州 510120)

**摘要:** 【目的】了解妊娠期子宫畸形的诊治情况及主要并发症。【方法】回顾性分析我院 1980~2000 年我院收治的妊娠期合并子宫畸形的类型、分娩方式、诊断情况及主要并发症。【结果】妊娠晚期合并子宫畸形的剖宫产率明显升高(高达 90%), 其胎位异常、脐带绕颈、胎膜早破、产后出血、胎盘粘连、胎儿宫内窘迫的发生率明显增高。【结论】妊娠合并子宫畸形对母婴健康造成很大危害, 应尽早作出诊断, 减少母婴并发症。

关键词: 妊娠; 子宫畸形; 并发症

中图分类号: R714

文献标识码: A

文章编号: 1000-257X(2002)5S-0078-02

子宫畸形的妇女常伴有不孕、流产, 且孕期并发症较正常妇女大大增加, 对母婴健康造成很大危害。本文回顾分析

收稿日期: 2002-07-25

作者简介: 刘玉昆(1974-), 女, 山东青岛人, 博士研究生。

我院 1980 年 1 月至 2001 年 12 月的 21 年中晚期妊娠合并子宫畸形 29 例, 对其分娩方式、并发症、诊断情况加以总结分析。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

孕妇年龄 22~35 岁, 平均年龄 28 岁。其中孕 1 产 0 有 9 例, 孕 2 产 0 有 9 例, 孕 3 产 0 有 4 例, 孕 4 产 0 有 3 例, 孕 2 产 1 有 3 例, 孕 3 产 1 有 1 例。孕周 34~41 周, 平均孕周 38 周。其中 34~36<sup>+</sup>6 周 7 例, 占 24.1%, 37~39<sup>+</sup>6 周 17 例, 占 58.6%, 40~42 周 5 例, 占 17.2%。

### 1.2 子宫畸形的类型

双子宫 11 例, 其中双子宫合并双阴道 5 例。双角子宫 1 例, 单角子宫 1 例, 鞍状子宫 3 例。完全性子宫纵隔 4 例, 不完全性子宫纵隔 7 例, 不完全性子宫横隔 2 例。

### 1.3 剖宫产率及剖宫产指征

本组病例中顺产 3 例(皆为子宫纵隔畸形), 剖宫产 26 例, 剖宫产率高达 90%。主要的剖宫产指征为: 胎位不正 11 例, 胎儿宫内窘迫 7 例, 疤痕子宫 1 例, 羊水过少 1 例, 双子宫畸形的妊娠侧宫颈发育不全 1 例, 双子宫畸形的未妊娠侧子宫阻塞产道 1 例, 前置胎盘 1 例, 因子宫畸形有不良孕产史者 3 例。

### 1.4 诊断情况

双子宫畸形 11 例皆在孕前发现(人流时或妇检、B 超发现)。子宫纵隔在孕前发现 2 例, 孕早期 B 超发现 1 例, 顺产时发现 2 例, 剖宫产术中发现 6 例。子宫横隔 2 例皆在术中发现。鞍状子宫在产检中发现 1 例, 术中发现 2 例。双角子宫和单角子宫皆在术中发现。

### 1.5 妊娠期主要并发症

本组病例中胎位异常(主要为臀位和横位)者 11 例, 占 37.9%, 远高于正常妊娠。发生脐带绕颈者共 15 例, 占 51.7%, 胎膜早破 6 例, 占 20.7%, 产后出血 2 例, 胎盘粘连 6 例, 占 20.7%, 其中子宫纵隔者 4 例。

另外, 畸形子宫对围产儿也有不良影响。本组病例中, 发生胎儿宫内窘迫 7 例, 新生儿窒息 4 例, 胎儿宫内生长迟缓 7 例。

## 2 讨论

### 2.1 子宫畸形的胚胎发生学

输卵管、子宫、宫颈和阴道上段是由副中肾管(即苗勒氏管)衍化而来的。当两侧副中肾管在衍化过程中受到某种因素影响和干扰时, 可在不同阶段停止发育, 而形成各种发育异常的子宫。若在胚胎第一个月一侧或双侧副中肾管发育发生障碍, 可产生单角子宫或残角子宫。若在胚胎第二个月两侧副中肾管融合时发生障碍, 可产生双子宫、双宫颈和双阴道畸形。若在第三、四个月时中隔融合不完全, 则形成全纵隔子宫或不全纵隔子宫。

### 2.2 子宫畸形对母婴的影响

由于畸形子宫的宫腔形态、大小及轴向失常, 胎儿宫内活动受限, 导致臀位、横位及脐带绕颈发生率增高。由于宫颈、宫体肌肉发育不良及胎位异常的发生率明显提高, 随之

而来的胎膜早破、宫缩乏力、子宫破裂的发生率也增加<sup>[1]</sup>。另外, 子宫发育不良还可致胎盘功能不全, 加之宫腔容积小, 常导致胎儿宫内窘迫、胎儿宫内生长迟缓及新生儿窒息<sup>[2]</sup>。子宫纵隔或横隔时, 胎盘粘连、滞留的机率也大大增加, 加之子宫发育不良常引起宫缩乏力, 使产后出血的发生率增加。

### 2.3 子宫畸形的早期诊断

由于上述种种并发症, 提高子宫畸形的产前诊断率, 十分重要。①如病史中有月经量过多、痛经、反复自然流产、早产、不孕、反复臀位、胎盘滞留, 应警惕子宫畸形。人流时反复出现漏吸, 应及时行 B 超检查排除子宫畸形; ②妊娠晚期如子宫偏向一侧, 宫底呈弧形或不规则外型明显, 宫旁有肿物, 应注意子宫畸形可能; ③如妇检发现阴道有纵隔, 提示可能有子宫畸形, 尤其是双子宫<sup>[2]</sup>。本组 11 例双子宫者, 6 例合并有阴道纵隔。宫颈检查时, 如发现宫颈位置不对称, 宫颈较大或伴有纵隔或有双宫颈, 均提示有子宫畸形的可能; ④孕前辅助诊断如 B 超、子宫碘油造影、宫腔镜等可早期发现子宫畸形。孕期则以 B 超检查较为安全。本组病例中有 15 例于产前已作出诊断, 14 例在剖宫产术中或产时发现, 其中 2 例为顺产后胎盘滞留, 行徒手剥离胎盘时发现为子宫纵隔。

### 2.4 分娩方式的选择

畸形子宫并非是剖宫产的绝对指征, 应根据胎位及产程进展情况综合考虑。但由于畸形子宫妊娠期常合并有胎位异常、胎儿宫内窘迫、胎儿宫内生长迟缓等, 使其剖宫产率大大提高, 本组病例高达 90%。子宫畸形中以子宫纵隔顺产机率最大, 本组病例中 3 例顺产者皆为子宫纵隔畸形。双子宫畸形在阴道试产过程中, 应注意有无非妊娠子宫梗阻产道, 本组病例中有 1 例因非妊娠子宫梗阻产道行剖宫产。另外畸形子宫孕妇在试产过程中应注意严密观察, 及早发现胎儿宫内窘迫、宫缩乏力、子宫破裂、胎盘粘连、产后出血等并发症。在剖宫产术中, 子宫切口应视下段形成情况而定。阎华等<sup>[3]</sup>认为畸形子宫术式的选择, 下段形成情况比畸形分类重要, 下段形成宽度比长度重要。双子宫及单角子宫若下段形成极窄(<10 cm), 因畸形子宫肌壁张力差, 扩张度小, 为避免损伤宜取宫体纵切口。下段形成良好者仍可取下段横切口。完全性子宫纵隔若下段形成良好不一定取纵切口。不全纵隔子宫、鞍状子宫、单角伴残角子宫多可取下段横切口。本组病例 26 例行剖宫产术, 其中 1 例双子宫畸形者行子宫下段纵切, 其余 25 例均行子宫下段横切口, 其中有一例发生切口撕裂出血。另外剖宫产术中应仔细探查盆腔内生殖器情况, 如存在残角子宫应切除, 如为纵隔子宫则切除纵隔。

### 参考文献:

[1] 邝健全. 先天性生殖道畸形对妊娠的影响[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 1994, 10(1): 12  
 [2] 宋亚卿. 先天性子宫畸形与妊娠[J]. 中华妇产科杂志, 1981, 16(2): 97.  
 [3] 阎华, 杨兰芝, 王丽珍. 妊娠合并子宫畸形剖宫产术式探讨[J]. 河北医药, 1990, 12(6): 332

(编辑 张恩健)