

文章编号:1004-9231(2011)12-0651-02

· 临床交流 ·

# 妊娠晚期瘢痕子宫破裂 26 例临床分析

郭华萍 (浙江省宁海县妇幼保健院, 浙江 宁海 315600)

分娩期或妊娠期子宫下段或子宫体发生破裂称为子宫破裂,若诊治不及时可引起母婴死亡。子宫破裂是产科严重并发症之一。瘢痕子宫和无瘢痕子宫在一定的条件下均可形成子宫破裂。瘢痕子宫破裂可发生在剖宫产、子宫肌瘤剔除术、宫腔镜下子宫纵隔切除术、子宫角部切除术、子宫穿孔修复术、子宫成形术等子宫外科手术后的再次妊娠,可同时伴有胎盘植入,也可由子宫收缩药物使用不当所致<sup>[1-3]</sup>。文献报道,剖宫产术后再次妊娠子宫破裂的发生率为 4%~5%,多发生于妊娠中、晚期<sup>[4]</sup>。瘢痕子宫破裂的早期诊断、严密的产科监护、及时的产科处理有利于改善不良的妊娠结局。本文就瘢痕子宫破裂的原因、早期诊断、处理及预防一些问题进行探讨。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

2006年1月—2010年12月,我院妊娠住院人数 22 942人,其中剖宫产后再次妊娠住院的孕妇 2 217例,占总数的 9.66%。阴道分娩 29例,再次剖宫产 2 188例,再次剖宫产率为 98.69%。共发生子宫破裂 26例,瘢痕子宫再次妊娠子宫破裂占 1.17%。其中阴道试产发生完全性子宫破裂 1例,剖宫产术中发生不完全性子宫破裂 25例。26例患者年龄为 22~41岁;孕周为 34~41周;前次剖宫产与此次分娩间隔 <2年瘢痕子宫妊娠 468例,发生子宫破裂 9例,发生率为 1.92%,2~5年瘢痕子宫妊娠 623例,发生子宫破裂 5例,发生率为 0.80%,5年以上瘢痕子宫妊娠 1 126例,发生子宫破裂 12例,发生率为 1.07%;其中 1次剖宫产术后 2 162例,本次分娩发生子宫破裂 23例,占 1.06%,2次剖宫产术后 56例,本次发生子宫破裂 3例,占 5.36%。

### 1.2 诊断标准

瘢痕子宫:剖宫产术后的子宫肌壁留有瘢痕(本研究不包括子宫肌瘤剔除术等子宫外科手术造成的瘢痕)。不全破裂:子宫肌层部分或全层裂开,但浆膜层完整,宫腔与腹腔不相通,胎儿及其附属物仍留在宫腔。完全破裂:子宫肌层及浆膜层全部裂开,宫腔与腹腔相通,胎儿及其附属物可进入腹腔。

### 1.3 本次妊娠情况

26例患者中,22例定期在我院门诊行产前检查,4例

未行产前检查。26例产妇均无不适,所有产妇入院后均作 B 型超声检查。其中 20 例提示异常:局部肌层薄 <3 mm,子宫下端前壁回声不均匀,肌层不连续。

## 2 结果

26例瘢痕子宫破裂中,1例发生在子宫体部剖宫产后,因胎儿畸形引产,引产前术式不详,分娩中发生完全性子宫破裂致失血性休克,经抗休克治疗行子宫切除术,抢救成功。25例不完全子宫破裂产妇择期手术,术中发现子宫下段原手术切口处均有 3~12 cm 大小不等的破裂,可见羊膜及子宫浆膜,直视下可见胎发及羊水。25例不完全子宫破裂产妇从手术原切口进入宫腔,取出胎儿。所有 25例患者均修剪原切口周围瘢痕组织,用 1号可吸收缝合线缝合切口,保留子宫,25例均无围产儿死亡。术后常规抗炎治疗,痊愈出院。术后第 42 天来院作 B 超复查,结果 25例子宫下段处均有线状较强回声,肌层均匀,余未发现其他异常。

## 3 讨论

### 3.1 晚期妊娠瘢痕子宫破裂的原因

子宫破裂为产科较为严重的并发症之一。近年来,随着剖宫产率增高,再次剖宫产的人数明显上升,瘢痕子宫破裂越来越受到产科医师的重视。子宫破裂的原因可与以下几点有关:①切口愈合受术式、缝合方法及手术操作等影响,体部切口纵行切断了横行的肌纤维,损伤重,且宫体部肌肉较厚,切口难于对合拉紧,切口愈合受到较大影响,若在子宫下段行横切口,此处壁薄较松,沿肌纤维方向作钝性分离,易于对合拉紧愈合往往较好。此外,古典式剖宫产术后盆腹腔粘连率及粘连严重程度较子宫下段剖宫产高且严重,给再次剖宫产的手术操作带来一定困难,易出现完全性子宫破裂,致失血性休克,危及母婴生命,故这种方法已逐渐被摒弃。本组 1例完全性子宫破裂为子宫体剖宫产术后再次剖宫产,分娩前术式不详,因胎儿畸形引产致子宫破裂,出现失血性休克,行子宫切除后抢救成功,教训深刻。②前次剖宫产指征及分娩时机的掌握:经充分阴道试产,子宫下段形成较好,术后子宫恢复好,再次妊娠子宫破裂发生概率低;如果子宫下段形成差,切口位置高,则缩复后子宫切口上缘较厚,下缘较薄,缝合时不易对合,使切口愈合不良。③前次剖宫产术后愈合情况:孕期出现营养不良、贫血、

作者简介:郭华萍(1970—),女,主治医师。

严重的组织水肿、低蛋白血症等均可影响切后愈合;首次手术感染,切口不能I期愈合,切口瘢痕大,弹性差,再次妊娠较易裂开;④前次剖宫产与此次妊娠间隔:学者Nguyen等<sup>[5]</sup>发现剖宫产术后半年内妊娠者,重复剖宫产时取原瘢痕做病理检查,显示仅有少数病例子宫切口瘢痕肌肉化,大部分子宫切口瘢痕为纤维结缔组织,平滑肌纤维化,剖宫产术后0.5~1年妊娠者,子宫切口瘢痕处有嫩肉芽组织和普遍增长的纤维组织,平滑肌细胞间有广泛稚嫩结缔组织,其间有众多的纤维母细胞及淋巴细胞,而术后2~3年子宫瘢痕肌肉化的程度达到最佳状态,此后瘢痕将随再孕时间的延长而退化,瘢痕组织也失去原组织结构。本组<2年瘢痕子宫妊娠468例,发生子宫破裂9例,发生率为1.92%,2~5年瘢痕子宫妊娠623例,发生子宫破裂5例,发生率为0.8%,5年以上瘢痕子宫妊娠1126例,发生子宫破裂12例;发生率为1.07%;⑤剖宫产次数:剖宫产次数越多、创伤越大,切口周围肌肉纤维化越明显,越容易裂开。⑥妊娠晚期子宫张力:胎动、羊水流动、巨大胎儿、头盆不称造成宫壁压力不均匀,使本来脆弱的子宫瘢痕处发生渐进性破裂。任何干扰子宫瘢痕肌肉化的因素,均可致瘢痕发生不同程度的缺陷,重度缺陷可使缺口裂开<sup>[6]</sup>。

### 3.2 妊娠晚期瘢痕子宫破裂的早期诊断及处理

妊娠晚期瘢痕子宫临产破裂时腹痛相对较轻,无撕裂样剧痛,且容易被宫缩引起的腹痛所掩盖,往往导致发现较晚,完全性子宫破裂常表现为宫缩停止,胎心消失,子宫轮廓不清,如果胎膜已破,可见血性羊水。本组1例完全性子宫破裂为子宫体剖宫产术后产妇,因胎儿畸形引产,引产前术式不详,发生子宫破裂致失血性休克,经抗休克,切除子宫后抢救成功,提示必须重视病史采集,及体格检查,对不能提供第一次手术情况的患者试产须慎重,建议到当地医院复印手术记录,手术方式不详者可适当放宽手术指征。瘢痕子宫不全破裂多发生于子宫下段剖宫产术后再次妊娠的孕妇,产前诊断较困难,目前最有效的方法为B型超声检查。B超如发现子宫下段瘢痕出现缺陷,或下段厚薄不均,子宫下段局部失去肌纤维结构或羊膜自菲薄的子宫下段向母体腹部前壁膀胱方向膨出,应考虑先兆子宫破裂。Chaoman<sup>[7]</sup>认为,应用B超观察子宫前壁下段厚度及子宫瘢痕的回声状态,诊断子宫瘢痕愈合情况,是预测产前子宫破裂危险性的一种安全、可靠的方法。将瘢痕子宫超声检查结果分为1~3三个等级:1级瘢痕为子宫前壁下段厚度>3mm,子宫下段各层次回声连续、均匀。2级瘢痕为子宫前壁下段厚度<3mm,其回声层次失去连续性,追踪扫查见局部肌层缺失,加压时羊膜囊无膨出。3级瘢痕为子宫前壁下段厚度<3mm可见局部羊膜或胎儿隆起,或见到子宫前壁间羊水

中的强光点或强光斑。本组20例入院B超诊断子宫瘢痕愈合不良者与术中所见情况一致。瘢痕子宫破裂一般无大血管损伤,出血不多,可修剪切口周围瘢痕组织,恢复原来解剖层次重新缝合,术后预防感染。本组1例切除子宫,余25例患者保留子宫,术后第42天复查,子宫复旧情况良好。

### 3.3 剖宫产后子宫破裂的预防

剖宫产瘢痕破裂是子宫破裂最常见原因,应积极预防。①严格掌握首次剖宫产手术指征,提倡自然分娩,降低剖宫产率。②努力提高剖宫产手术质量,应尽量避免古典式剖宫产;对手术时间较长、有感染可能、出血多的产妇,应预防感染。③认真落实计划生育政策,避免计划外怀孕,对符合生育要求者,再次妊娠最佳时期以剖宫产术后2~3年为宜,因此时子宫瘢痕组织肌肉化达到最佳状态。④切实做好围产期保健工作,重视瘢痕子宫孕妇的高危管理及监护,充分了解前次剖宫产术式等相关情况,密切观察子宫破裂征象,尤其是子宫原切口处有压痛者。为预防瘢痕子宫自发性破裂,可提前于预产期1~2周入院待产。对古典式剖宫产以选择剖宫产加结扎术为宜。对符合试产条件者,应加强产程中监测,警惕突然出现的异常胎监类型,尽早识别胎儿窘迫及子宫破裂先兆。⑤坚决取缔非法诊所和非法接生,政府已加大力度广泛开展社区健康服务,加强三级妇幼保健网建设,进一步对外来人员开展低收费住院分娩政策、提高住院分娩率是预防子宫破裂的根本措施。

## 4 参考文献

- [1] Grossetti E, Vardon D, Creveuil C, et al. Rupture of the scarred uterus [J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2007, 86(5): 572-578.
- [2] Teng HC, Kumar G, Ramli N M. A viable second intrauterine pregnancy resulting from rupture of uterine scar: role of MRI [J]. Br J Radiol, 2007, 80(955): 134-136.
- [3] Honig A, Rieger L, Thanner F, et al. Placental accretion with subsequent uterine rupture at 15 weeks of gestation after two previous cesarean sections [J]. J Obstet Gynaecol Res, 2005, 31(5): 439-443.
- [4] Asakura H, Nakai A, Ishikawa G, et al. Prediction of uterine dehiscence by measuring lower uterine segment thickness prior to onset of labor: evaluation of transvaginal ultrasonography [J]. J Nippon Med Sch, 2000, 67: 352-356.
- [5] Nguyen T V. Vaginal birth after cesarean section at the university of Texas [J]. J Reprod Med Gynecol, 1992, 37(10): 880.
- [6] 孙小燕. 晚期妊娠疤痕子宫隐形破裂4例临床分析 [J]. 咸宁学院学报(医学版), 2003, 17(5): 350-351.
- [7] Chaoman K. The value of serial ultrasounds in the management of recurrent uterine scar rupture [J]. Br J Obstet Gynecol, 1994, 101(6): 549.

(收稿日期: 2011-08-05)