

双子宫双侧妊娠一侧流产一例

高秀丽

(河北省沧州市南皮县冯家口中心卫生院, 河北 沧州 061500)

【摘要】双子宫临床并不罕见,但双子宫双侧同时妊娠极为罕见,一旦发生,容易引起流产、早产、难产、子宫破裂、产后出血等各种并发症,严重者可危及母亲及新生儿生命,临床相关文献报道较少,应引起临床医师高度重视,以减少母婴并发症的发生。

【关键词】双子宫; 双侧妊娠; 流产

一、临床资料

患者,女,25岁,住院号068515,孕1产0,因停经22周腹痛24小时,阴道出血12小时,于2019年11月21日入院。末次月经2019年6月20日,停经40+天出现恶心等早孕反应,未予治疗,20+天自愈,停经4个月自觉胎动至今,孕期顺利,未进行过产检。于2019年11月20日15时无明显诱因出现不规律腹痛,村医检查疑先兆流产,给予保胎治疗(药名剂量不详)。今晨阴道有少量出血,黑红色,1小时前出血较多而来我院。查体:T 37.0℃ Bp102/76mmHg,一般情况好,心肺检查未见异常,肝脾肋下未及。产科检查:宫高22cm,腹围76cm,胎位不清,触之有宫缩,右下腹有压痛,FHR142次/分,外阴已婚未产型,阴道内有少量黑红色血液,宫口未开。辅助检查:妇科彩超:宫内孕单活胎,孕22周;血液常规Hb110g/L,WBC9.0×10⁹/L。入院诊断:孕1产0,孕22周,先兆流产。

入院后行保胎治疗,舌下含服舒喘灵片,静点25%硫酸镁3日,仍有不规律腹痛,但较前间隔时间延长,每次持续约30秒,阴道出血较前减少。2019年11月24日晚20点,患者诉腹痛较甚,查体:腹软无宫缩,右下腹局部肌紧张,压痛(+),FHR140次/分,T 37.8℃,血液常规Hb110g/L,WBC,25.0×10⁹/L。急行腹部彩超检查,B超报告:双子宫,左侧子宫增大,宫内可见一单活胎,双顶径5.1cm,胎心搏动规律,右侧子宫11cm×8cm×4cm大小,宫颈内口处显示一6cm×5cm×4cm强回声光团,疑子宫内膜炎,即予抗生素抗感染,同时保胎治疗,腹痛较前减轻,但仍有阴道出血。2019年11月26日患者诉阴道内有一烂肉样物脱出。内诊:单阴道、双子宫、双宫颈,左侧子宫如孕5月大小,宫口未开,右侧子宫如孕70天大小,压痛(+),宫口已开,宫颈内有一物脱出于阴道,用手取出观察其似腐烂样胎

盘,约10cm×6cm×4cm大小,送病理科化验。在保胎治疗的同时,继续加抗生素治疗,3天后症状消失,痊愈出院。

宫腔脱出物病理报告如下:坏死出血蜕膜样变及绒毛组织。

二、讨论

(一) 双子宫发病机制

双子宫是子宫畸形的一种类型。子宫畸形又称子宫发育异常,是一种先天性疾患,在普通人群中发生率为5.5%-6.7%,也是女性生殖器官发育畸形中最常见的一种。子宫畸形分为5种类型,包括双子宫、单角子宫、残角子宫、纵隔子宫、双角子宫。其中双子宫发生率约占子宫畸形的15%-25%,双子宫畸形常合并肾缺如^[1]。女性生殖管道来自副中肾管,在胚胎发育第7周,副中肾管起源于中胚层,位于中肾管外侧,与中肾管同步发育,最终形成输卵管、子宫、宫颈和阴道上段。自胚胎发育第8周开始,两侧副中肾管迁延至中肾管内侧并在中线处汇合中段管腔完成融合和再吸收形成子宫,其中的中胚层部分形成子宫内膜和肌层^[2]。若此期受到致畸因素(基因突变、染色体异常、母体疾病或母体药物使用、病毒感染、母体暴露于放射线等)影响,使得双侧副中肾管完全未融合,各自发育形成两个单角子宫和两个宫颈,阴道也完全分开。两侧宫颈可分开或相连,宫颈之间也可有交通管;也可为一侧子宫颈发育不良或缺如,常有一小通道与对侧阴道相通。

(二) 双子宫类型及解剖特点

双子宫分为两种类型:双子宫双阴道、双子宫单阴道,约75%的双子宫患者伴有阴道纵膈或斜膈。阴道纵膈包括阴道完全纵膈和不完全纵膈两种情况,阴道完全纵膈者无症状;伴有阴道不全纵膈时,患者可能因阴道纵膈妨碍性交,出现性交困难或性交痛,分娩时纵膈可阻碍胎先露下降。伴有阴道斜

膈时常合并一侧阴道完全或不完全闭锁,多伴有闭锁阴道侧泌尿系统畸形,以肾缺如多见,患者表现为闭经、痛经、性生活疼痛等。若阴道发育正常,则形成双子宫单阴道。双子宫患者左右子宫各有单一的输卵管和卵巢,每个子宫各有一个独立的子宫角,两个子宫之间有结缔组织隔开。双子宫患者其子宫腔形态异常、肌层和子宫内膜较正常子宫薄弱、每个子宫血管发育也不同于常人。双子宫完全纵膈和双子宫单阴道患者多无任何不适,月经、性生活、妊娠等亦无异常表现,往往在人流、上环、常规孕期超声检查、剖宫产时发现。

(三) 自然受孕率

双子宫受孕率一般低于正常育龄期妇女,但由于左右侧子宫各有各自的输卵管、卵巢,也可以正常受孕。张兰珍等临床分析 65 例子宫畸形患者,发现 65 例患者总妊娠次数 107 次,双子宫妊娠发生率为 64.5%^[3]。但如果双子宫患者存在严重子宫形态发育异常、子宫内膜层发育不良,可影响受精卵着床,从而引起不孕。且双子宫患者由于阴道闭锁,经期子宫内膜组织随经血逆流进盆腔,种植于卵巢和邻近的盆腔腹膜,继续生长、蔓延,形成盆腔内异症^[9],也可导致不孕。一般情况下,双子宫患者左侧卵巢排卵,左侧子宫受孕,右侧卵巢排卵,右侧子宫受孕。极罕见情况下,双子宫女性的两侧卵巢会同时或先后排出卵子,导致两个子宫同时受孕或异期复孕,其发生率为 1/100 万^[4]。1927 年,首次有文献报道双子宫妊娠异卵双胎。

(四) 双子宫患者孕期特点

双子宫患者由于特殊的生理结构,其早期流产、晚期流产、胎儿宫内生长受限、胎位异常、子宫扭转、妊娠期高血压疾病、胎膜早破、胎盘早剥、早产、产后出血的发生率均较正常妊娠明显增高。

1. 孕早期影响

双子宫畸形在复发性流产的妇女中发病率较正常人明显偏高,经相关调查研究发现,双子宫畸形的妊娠流产率 30%~40%^[5]。双子宫由于解剖学特点,宫腔相对比正常子宫腔小、动脉血管供血不足、子宫内膜较薄、子宫蜕膜形成不良,可能会造成胚胎停育,或者发生流产。此患者是两侧子宫同期受孕或异期复孕,在胎儿发育过程中,由于流产侧子宫蜕膜形成不良或动脉供血不足等,导致在孕 10 周左右胚胎停止发育。患者当时无任何不适,孕期末做相关检查,延误至孕 22 周,停育的胚胎组织长期稽留于宫腔发生坏死,引起宫腔感染、阴道出血,刺激孕侧子宫引起宫缩、腹痛等临床症状而就医。

由于双子宫患者子宫形态异常、子宫肌层薄弱、宫颈发育不全、宫颈坚韧、阴道斜膈等生理解剖的特殊情况,双子宫患者于早孕行人流术时,易导致宫颈扩张困难、宫腔探入困难^[7-8],出现漏吸、吸宫不全、子宫穿孔、术后出血时间延长,甚至造成肠管及盆腔脏器损伤等。邓红梅临床对 9 例双子宫早孕患者用不同方法终止妊娠,其中 4 例予仅采取负压吸引术,5 例给予米非司酮+米索前列醇药流+清宫,结果前者子宫穿孔 1 例,漏吸 2 例;后者无子宫穿孔和漏吸,手术出血也少^[9]。故对于双子宫患者早孕终止妊娠时,必须提高警惕,应行常规妇科盆腔超声检查,以明确双子宫位置、形态、大小及孕囊着床部位,并除外双侧子宫同时妊娠。可在盆腔超声引导下进行人流术或者用米非司酮及米索前列醇药流,也可在药流基础上联合手术操作,可很大程度上降低早孕手术风险,减少并发症的发生,提高早孕流产效果。

2. 孕中期影响

双子宫发生孕中期反复流产、胎儿宫内生长受限、子宫扭转的几率高于正常怀孕的育龄期妇女。双子宫由于宫腔较正常子宫宫腔小,子宫肌层发育不良、肌层菲薄,弹性较差,宫颈中结缔组织、肌肉成分构比异常,中期随着胎儿的增长及宫腔内压力的逐渐升高且有不协调的宫缩而易发生中孕期反复流产。双子宫由于子宫动脉结构异常,发育缺陷,子宫供血不足,胎盘功能不良,导致胎儿宫内发育迟缓。子宫扭转是指子宫绕长轴旋转超过 45°,有报道的子宫扭转病例范围从 45°到 720°。子宫扭转的发生率很低,但它会导致严重的母婴并发症发生甚至引起孕产妇和胎儿死亡。妊娠子宫随妊娠时间的增加而子宫颈与子宫下段增长、变软,其支持组织充血变软,加之活动度逐渐增加,较易发生子宫扭转。妊娠期常见子宫扭转的原因有:子宫畸形、子宫韧带松弛、妊娠合并子宫肌瘤、盆腔肿瘤、胎位不正、骨盆或脊柱异常、盆腔粘连、体位突然改变、腹壁松弛等。正常子宫形状对称,且有韧带和双侧附件支撑,随妊娠月份增长仅可发生轻度右旋,双子宫患者由于子宫形状缺少对称性,且孕侧子宫仅靠单侧圆韧带和阔韧带及附件支持,子宫双侧拉力不均等,随着妊娠期间子宫增大、韧带松弛、子宫峡部变软,体位改变等诱因可使子宫重心偏移而发生子宫扭转。子宫扭转临床表现多不典型,严重程度取决于扭转时间和幅度,扭转时间越长子宫缺血越重,母儿预后越差。扭转的子宫血液循环受阻,而导致胎盘供血不足,胎儿宫内缺氧、死亡、子宫卒中甚至威胁孕妇生命。查体示宫体张力增高如板

状,压痛,胎心音消失,胎位不清,因此其典型症状需与产科的常见急腹症如子宫破裂、胎盘早剥、盆腔包块扭转、急性阑尾炎等疾病相鉴别^[10-11]。

3. 孕晚期影响

发生胎位异常、胎膜早破、胎盘早剥、早产、子宫破裂的几率明显高于正常妊娠者。有研究指出双子宫早产率为10%~33%,胎位异常发生率达25%~37%^[6]。双子宫由于宫腔形态、大小失常,胎儿在宫腔内活动受限,导致孕妇在妊娠中晚期臀位、横位等胎位异常增加^[12]。由于双子宫解剖结构异常,收缩缺乏极性和对称性,易出现不协调性宫缩,引起胎盘早剥、胎膜早破。双子宫患者由于宫颈机能不全,易引起早产,孕晚期子宫更容易发生扭转。由于双子宫宫腔比正常子宫腔狭窄,子宫肌层先天发育菲薄,伸展性较差,随胎儿的增长,难以承受逐渐增大的宫腔内压,子宫破裂几率会比正常妊娠女性高。

4. 对分娩影响

双子宫容易发生难产、宫缩乏力、产后出血。双子宫由于肌层发育薄弱,且两个子宫均为单角子宫,宫缩缺乏子宫的对称性,分娩时容易导致宫缩乏力。宫颈中结缔组织、肌肉成分构比异常,宫颈机能不全,分娩时宫颈扩张较慢,产程进展缓慢。双子宫妊娠者由于胎位异常增加^[12],可导致孕妇难产。相关调查发现,双子宫患者在分娩过程中的剖宫产及阴道助产发生率均明显高于正常产妇的妊娠。双子宫由于子宫血管结构发育异常,往往存在子宫供血不足,且存在子宫肌层发育不良等,易引起孕侧子宫收缩乏力,发生产后出血。对双子宫畸形妊娠患者,要综合分析其产力、产道、胎位等诸多因素决定分娩方式,可适当放宽剖宫产指征而减少母婴并发症。

(五) 双子宫避孕措施的选择

双子宫畸形的育龄期妇女由于其解剖特点不同,避孕方式的选择不同于正常女性。我国对正常育龄期女性现一般采用宫内节育器避孕,宫内节育器避孕安全、有效、经济、副作用小,且取环方便,取出后不影响受孕。但双子宫畸形患者由于子宫腔形态发育异常,子宫壁均较正常子宫肌层薄弱,在放置节育器时,易穿透子宫肌层而造成子宫穿孔、节育器嵌顿异位。建议患者选择安全套或口服短效避孕药等方法,如无生育要求可行输卵管结扎术或丈夫行输精管结扎术。

三、总结

双子宫双侧妊娠虽然发生概率极低,仅为1/100万^[4],但一旦发生,后果极其严重,甚至危及母儿生命,临床应高度重视。临床上要做到早发

现、早诊断、早干预。应加大优生优育政策宣传,鼓励备孕妇女尤其新婚夫妇常规做孕前检查,妇检结合超声、MRI、宫腔镜、腹腔镜等检查可诊断双子宫,为健康备孕做好基础。其次,加强孕期监管,完善孕期检查,定期进行产检,预防不良妊娠结局的发生。作为一名妇产科医生,应提高临床技能,对初次就诊患者,应详细询问患者月经史、孕产史,对痛经、反复流产等患者应考虑生殖道畸形可能,仔细进行妇科查体并结合医学影像学检查;对孕期发现有双子宫等生殖道畸形孕妇,应专案专档进行高危孕产妇管理,密切监测胎儿生长状况,及早发现异常情况,出现并发症、合并症时及时干预,减少孕产妇死亡和新生儿死亡,提高新生儿生命质量,提高我国出生人口素质。

参考文献:

- [1]ACIÉN P, ACIÉN M.Unilateral renal agenesis and female genital tract pathologies [J].Acta Obstet Gynecol Scand, 2010, 89(11): 1424-1431.
- [2]谢幸,孔北华,段涛.妇产科学[M].9版.北京:人民卫生出版社,2018: 270-271..
- [3]张兰珍,高眉扬.子宫畸形的妊娠结局分析[J].现代诊断与治疗,2006, 17 (5): 275-276.
- [4]徐丽萍,赵郑,侯建青等.双子宫双侧妊娠1例.滨州医学院学报,2019,42 (3): 239-240.
- [5]韩文莉,马乐.子宫畸形与妊娠结局的关系及处理[J].医学综述,2017,23(2): 286-289.
- [6]贾慧儒.双子宫合并多发性子宫肌瘤妊娠足月剖宫产1例[J].中国病案,2007,8 (6): 45.
- [7]车卫红,旁曼.畸形双子宫人工流产28例分析[J].中国社区医师,2008, 10 (197): 71-72.
- [8]庄丽华.子宫畸形导致吸宫困难2例分析[J].中国计划生育学杂志,2011, 19 (3): 173-174.
- [9]邓红梅.终止双子宫早期妊娠方法的临床观察[J].国际医药卫生导报,2014, 20 (21): 3275-3277.
- [10]Hashimoto A,Takahama J,Harada N,et al.A case of uterine torsion concurrent with a ruptured ovarian endometrial cyst [J].Abdom Radiol (NY),2016,41(9): 1707-1712.
- [11]袁艺萍,郑秀惠,杨晓涛,等.单角子宫妊娠期急性扭转1例报告并文献复习[J].中国实用妇科与产科杂志,2019,35(12): 1406-1408.
- [12]杨艳红,姚元庆,女性生殖道畸形对妊娠及分娩的影响[J].中国实用妇科与产科杂志,2005, 21 (8): 459-460.