

The Importance of the Treatment of Missed Abortion and High Risk Abortion

Xiuping Ma, Haiyan Yao, Hua Gao, Xiaomeng Wang, Changqin Luo*

Department of Gynaecology, Changji Branch, The First Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University, Changji Xinjiang
Email: mxp8080@163.com

Received: Jul. 5th, 2020; accepted: Jul. 22nd, 2020; published: Jul. 29th, 2020

Abstract

Objective: To investigate the application of hysteroscopy in early induced abortion and the value of reducing intraoperative and postoperative complications. **Methods:** Retrospective analysis method to select in October 2017 to December 2018 in our hospital clinic diagnosis early abortion, and subject to termination of pregnancy, 1438 cases of patients, among which 661 were under hysteroscopy abortion (missed abortion in 179 cases, 482 cases of high-risk abortion), 501 cases of painless abortion, 276 cases of medical abortion as the research object. **Results:** Pregnancy termination rate was 100.00% in 661 patients undergoing hysteroscopy + induced abortion. Intraoperative findings included 18 cases of intrauterine adhesions, 19 cases of uterine scar diverticulum, 4 cases of uterine incomplete mediastinum, 2 cases of uterine polyps, and 114 cases of intrauterine IUD placement. One week after the operation, b-ultrasonography was rechecked, hysteroscopic abortion resulted in 4 cases of uterine hemorrhage, and no residual uterine cavity occurred, induced abortion resulted in 8 cases of residual uterine cavity, and medical abortion resulted in 67 cases of residual uterine cavity. **Conclusion:** Hysteroscopy examination not only clear intrauterine pregnancy tissue implantation position, uterine cavity form, at the same time can understand clear presence of uterine malformation and caused by intrauterine residue, and for high-risk pregnancy is a safe, effective and minimally invasive method of reliable terminate the pregnancy, more conducive to reduce the postoperative complications of the recent, beneficial to protect women's reproductive health.

Keywords

Hysteroscopy, Missed Abortion, High-Risk Abortion, Complications, Reproductive Health

稽留流产、高危流产处理方式选择的重要性

马秀萍, 姚海燕, 高华, 王晓梦, 罗昌琴*

新疆医科大学第一附属医院昌吉分院妇科, 新疆 昌吉

*通讯作者。

摘要

目的: 探讨宫腔镜在早期人工流产中的应用及降低术中及术后并发症的价值。方法: 采用回顾性分析方法选取2017年10月至2018年12月在我院门诊诊断早期人工流产, 并接受终止妊娠患者1438例, 其中宫腔镜下人工流产661例(其中稽留流产179例、高危人工流产482例), 无痛人流501例, 药物流产276例为研究对象。结果: 661例接受宫腔镜检查 + 人工流产患者中, 终止妊娠率100.00%。术中发现宫腔粘连18例, 子宫瘢痕憩室19例, 子宫不完全纵隔4例, 宫腔息肉2例, 术中放置宫内节育器114例。术后一周复查B超, 宫腔镜流产组, 宫腔积血4例, 无宫腔残留的发生, 人工流产组, 宫腔残留8例, 药物流产组宫腔残留67例。结论: 宫腔镜检查不仅明确宫腔内妊娠组织着床位置, 同时可了解宫腔形态, 明确有无宫腔畸形及宫腔残留, 而且对于高危妊娠是一种可安全、有效、可靠解除妊娠的微创方法, 更利于降低术后近期并发症的发生, 有益保护女性生殖健康。

关键词

宫腔镜, 稽留流产, 高危流产, 并发症, 生育健康

Copyright © 2020 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

随着二胎政策的开放及剖宫产率逐年升高, 高危人工流产不断增加[1], 与此同时特殊流产 - 稽留流产的发病率也不断增加, 稽留流产及高危流产易发生近远期并发症, 增加病人痛苦及医患纠纷的发生率, 因此其手术方式的选择非常重要。随着临床技能的不断提升, 宫腔镜技术以直观、精准、微创等优势在高危人工流产及稽留流产中体现出重要临床应用价值[1]。本研究采用回顾性分析法对 1238 例于本院接受不同流产方式终止妊娠, 旨在评价宫腔镜检查下精准定位对降低高危流产[2]、稽留流产术后并发症的实际应用价值。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

回顾性的分析 2017 年 10 月至 2018 年 12 月在本院住院并行宫腔镜手术 661 例, 其中稽留流产 179 例; 高危流产患者 482 例; 无痛人流 501 例, 药物流产 276 例为研究对象。人工流产组患者年龄为 17~46 岁, 平均(30.018 ± 5.24)岁; 稽留流产组年龄 21~45 岁, 平均年龄 31.804 ± 6.245。所有病例病史停经时间均在 8 周之内, 孕囊直径小于 4.0 cm。排除标准: ① 生命体征不平稳, 有休克症状者; ② 合并心肺等重要脏器严重疾病者或超声提示切口妊娠者; ③ 存在宫腔镜手术禁忌证; ④ 术后病理检查确诊为妊娠滋养细胞疾病者。本研究获得医院医学伦理委员会批准, 患者对研究内容知情同意。

2.2. 方法

2.2.1. 术前准备

术前所有患者完善血常规、凝血四项、肝肾功能、传染病、血 β -HCG、常规妇科检查、心电图和胸片等检查。宫腔镜组 661 例患者中 331 例米索前列醇片 0.4 mg (1 片) 舌下含服; 301 例无任何处理。人工流产组 501 例中 301 例术前 30 分钟给予米索前列醇片 0.4 mg (1 片) 舌下含服; 药物流产组, 口服米非司酮 2 日, 第三日米索前列醇 0.6 mg (3 片) 口服; 稽留流产组: 戊酸雌二醇 0.2 mg, 一日三次, 米非司酮一日二次连服 2 日, 第三日术前 30 分钟口服米索前列醇 0.4 mg, (稽留流产的诊断标准(以人民卫生出版社出版的第 8 版妇产科学为准): 胚胎或胎儿在宫内死亡尚未自然排出者。月经周期规律, 有停经史, 血 HCG 阳性。超声提示: 确诊宫内妊娠, 孕囊明显小于孕周或大于 8 周仍未见胚芽及胎心搏动。妇科双合诊检查子宫比停经周数小。正常对照组孕妇均经过 B 超证实为宫内早孕, 可观察到胚芽及心管搏动。)

2.2.2. 仪器及麻醉方法

宫腔镜组: 采用日本 Olympus 公司生产的宫腔镜, 采用丙泊酚静脉麻醉、负压吸引器。人工流产组: 采用丙泊酚静脉麻醉, 负压吸引器。

2.2.3. 宫腔镜检查方法

应用 Olympus 宫腔镜检查系统, 膨宫压力 80~120 mmHg, 采用 0.9% 生理盐水注射液为膨宫液, 宫腔镜操作严格按照妇科宫腔镜诊治规范制定的相关标准执行。麻醉效果满意后, 暴露宫颈, 消毒阴道, 扩张棒逐号扩张宫颈口至 6 号半, 置入宫腔镜后全面了解宫腔全貌, 确定孕囊着床的具体位置, 退出宫腔镜, 采用负压吸引孕囊着床部位术完成手术, 整个手术过程持续 5~10 分钟。吸宫后再次置镜检查手术情况, 以确保手术的成功率。所有操作均由有经验的主治医师完成。

2.2.4. 注意事项

术前、术中、术后对所有患者进行流产健康宣教, 术后对无生育要求人工流产患者, 愿意使用节育器避孕的患者术中放置宫内节育器, 稽留流产患者建议术后口服短效避孕药 6 月; 不愿口服避孕药者, 指导避孕套避孕。

2.2.5. 超声检查

所有研究对象术后 7~10 天复查 B 超, 经腹部超声检查探头频率为 1~5 MHz, 经阴道超声检查探头频率为 5~9 MHz; 宫腔残留在超声影像主要表现为宫腔内不均回声、偏强回声、低回声团块, 当存在少量残留时, 仅表现为宫腔内膜回声不均、内膜模糊、连续性中断, 此种类型残留易漏诊, 彩色多普勒血流信号可表现为星点状、短线状、簇状丰富型血流, 测得流速为低阻型频谱。对于术中放置宫内节育器者, 了解宫内节育器位置。IUD 在宫腔内正常位置的超声诊断标准是 SS 间距(子宫最大纵切面上测量 IUD 上缘到子宫底外缘的距离, 比利时 Wildemeersch 称之为 SS 间距[3]。故此方法下称 SS 间距法) > 20 mm, 确定 IUD 位置下移[4] [5] [6]。但对于个别子宫偏大的妇女(子宫长径 > 7 cm)此距离可 > 2.0 cm, 应根据子宫底肌壁的厚度, 子宫长径, IUD 上缘与宫底黏膜层之间的位置, IUD 下缘与宫内口之间的距离综合分析, 做出判断[7]。

3. 结果

结果显示: 本组 661 例接受宫腔下人工流产的流产患者中, (稽留流产 179 例, 一次剖宫产术后不足 6 月者 31 例, 二次剖宫产术后不足 6 月者 9 例, 一次剖宫产术后 > 1 年 352 例, 二次剖宫产术后 > 1 年 53 例, 流产次数 ≥ 3 次 64)。妊娠解除成功率为 100%。术后病理回报 100% 绒毛组织。宫腔镜组术中发现(图

1 所示)宫腔粘连 27 例, 子宫瘢痕憩室 33 例, 子宫不全纵隔 6 例, 宫腔息肉 6 例, 术中放置宫内节育器 114 例, 术后一周复查 B 超, 宫腔积血 4 例, 无宫腔残留发生。人工流产组 374 例患者, 术中放置节育器 5 (占 1.3%), 术后宫腔残留 11 例(约占 3.2%)。药物流产组 276 例宫腔残留 63 例(约占 22.8%)。

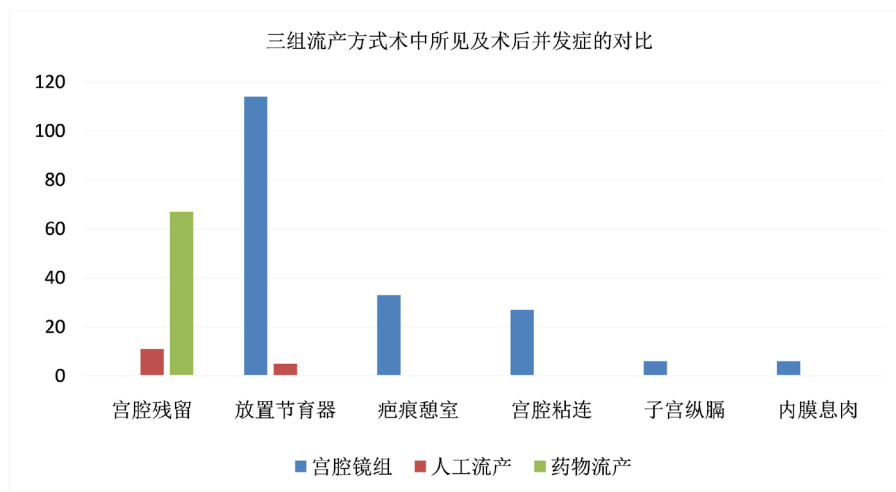


Figure 1. Comparison of advantages and complications of three abortion methods
图 1. 三种流产方式优势及并发症比较

Table 1. Age distribution of missed abortion
表 1. 稽留流产年龄分布

20~22 岁	23~25 岁	26~29 岁	30~34 岁	35~39 岁	≥40 岁	合计
5 例	21 例	61 例	35 例	41 例	16 例	179 例
2.79%	12%	34.00%	19.50%	23%	9%	100%

4. 讨论

高危人工流产手术是指受术者具有某些生殖器官局部或全身性的病理因素, 使手术增加了难度, 并具有较高的危险性、术时或术后容易发生并发症, 甚至危及生命, 包括剖宫产术后妊娠及稽留流产[1]。稽留流产是一种特殊类型的流产[8], 是指胚胎或胎儿在宫内死亡、滞留在宫腔内未能及时自然排出者。具体的发病机制尚未明确, 目前考虑其与遗传、免疫、感染、内分泌、环境等多种因素有关[2] [9] [10] [11] [12], 现代社会女性的心理、家庭、社会压力不断增大, 越来越多的孕妇出现妊娠期间的焦虑, 也是影响妊娠结局的重要原因。因胚胎停育, 孕卵枯萎、胚胎死亡、羊水吸收, 退变的胎盘、胎膜组织机化与宫壁粘连, 纤维组织水肿变性, 亦可导致凝血功能障碍、弥散性血管内凝血, 流产过程中易发生大出血, 宫腔感染等, 严重威胁患者生命安全[13]。我国女性对科学避孕知识了解相对匮乏, 因此, 我国也是人工流产大国, 近年来, 随着社会的发展、二胎政策的开放, 生育要求的增加, 稽留流产的发病率呈逐年上升趋势, 据有关报道, 稽留流产的发病率高达 13.4% [14], 从本次研究结果来看, 稽留流产发生的高峰年龄是 26~29 岁(表 1), 该阶段也是女性生育的最佳时期, 随着二胎政策的开放, 剖宫产的不断上升使得高危流产也不断增加, 对女性身心健康及家庭关系都有一定的不良影响。高危流产已成为危害孕妇健康的公共卫生问题。如何安全、快捷、有效解除意外妊娠, 降低和避免术后并发症是临床医生关心的重点问题。稽留流产患者因胚胎组织机化、易发生宫腔粘连、感染, 同时影响凝血功能, 发生 DIC。目前的

处理方案有 1) 期待治疗; 2) 药物治疗; 3) 手术治疗等, 期待治疗患者等待时间长, 等待过程中可能发生流血、甚至大出血, 宫腔感染可能, 增加患者的心理负担。药物治疗又存在流产不全, 再次手术的风险。手术治疗, 尤其是宫腔镜下清宫术, 不仅可避免宫腔残留的风险, 又可评估对宫腔形态。宫腔镜术前给予药物处理极其重要, 术前口服雌二醇促进子宫内膜增生, 子宫内膜增厚, 利于妊娠组织从子宫壁脱落, 降低对子宫内膜的损伤, 同时增加子宫平滑肌对缩宫素敏感性, 利于术后子宫收缩, 减少术中、术后出血, 术前 30 分钟口服米索前列醇, 使妊娠蜕膜变性, 出血, 坏死, 促进妊娠组织脱落, 同时软化宫颈, 避免宫颈组织损伤。

宫腔镜是一种新型、微创的妇科诊疗技术, 对于稽留流产患者, 胚胎组织机化、粘连可能大, 宫腔镜不仅可以了解宫腔形态, 同时可准确判断妊娠组织粘连部位、粘连程度, 准确清除组织。对于高危人工流产来说, 宫腔镜明确胚胎着床位置, 胚胎组织与子宫瘢痕切口的距离, 定位后对胚胎组织进行吸刮, 不仅避免全面刮宫对子宫内膜的损伤, 最大限度保护未育女性生育功能, 对于宫腔粘连、宫腔畸形有诊断价值。

本研究者中 1438 例患者中, 年龄 ≤ 25 岁约占 16.2%, 年龄 ≤ 30 岁占 33.51%, 年龄大 > 30 岁占 50.27%, 实施宫腔镜下人工流产的 661 位患者中, 不论稽留流产、高危流产, 妊娠解除率 100%, 宫腔镜组术前对于未经阴道分娩及初次人工流产患者术前 30 分钟给予舌下含服米索前列醇 0.2 mg 软化宫颈, 避免术中因扩张宫颈造成宫颈损伤, 更利于手术操作, 有效缩短手术时间。宫腔镜检有效解除妊娠的同时可发现宫腔问题, 宫腔镜组术中发现宫腔粘连 27 例(均为轻度粘连), 子宫疤痕憩室 33 例, 子宫不全型纵膈 6 例, 子宫内膜息肉 6 例。宫腔粘连患者既往至少有 1~2 次人工流产手术史, 对于未婚、未育的女性, 早期发现宫腔粘连, 采取早期的处理并及时采取有效避孕措施, 避免反复的流产加重粘连, 保护女性生育功能。术中发现宫腔憩室的患者, 术后及时告知患者术后避孕的重要性, 指导患者科学避孕, 降低切口妊娠的发病率。既往我院人工流产后立即落实长效避孕措施率几乎为零, 采用宫腔镜人工流产后, 通过术前对高危流产远期及近期并发症的反复宣教, 患者积极主动要求避孕的意识增强, 因宫腔镜操作医师对宫腔形态及妊娠组织有无残留直观了解, 增加医师自信, 更有利于立即落实长效避孕措施, 放置宫内节育器放置率明显提升, 放置宫内节育器达 114 人次(其中 4 例为稽留流产患者, 年龄 ≥ 40 岁), 避免患者术后因放置节育器或再次意外妊娠行宫腔操作, 不仅有效降低患者因再次意外妊娠带来的心理恐惧、身体伤害, 同时降低了经济费用, 最大限度使患者受益。

综上所述, 随着微创技术的不断发展, 宫腔镜下人工流产是一种、安全、有效、可靠方法, 特别是高危流产, 稽留流产而言, 应该首选宫腔镜[15], 宫腔镜不仅可以了解宫腔形态, 对于胚胎组织机化、粘连者可同时进行手术切除, 避免患者二次手术的痛苦及经济费用的增加, 降低反复宫腔操作的风险。在终止妊娠同时对于宫腔内其他合并病变进行诊断及治疗, 同时对于已婚无生育要求患者, 术中可有效落实长效避孕措施, 宫腔镜可以作为稽留流产、高危流产的首选方式, 对于降低流产后远期及近期并发症, 保护女性生殖健康具有重要的临床应用价值。

基金项目

新疆维吾尔自治区自然科学基金面上项目, 项目编号: 2017D01A02。

参考文献

- [1] 吴华平, 郭春杏, 李燕华. 高危人工流产的防范对策[J]. 中国医学工程, 2012, 20(4): 116-117.
- [2] Jurkovic, D., Overton, C. and Bender-Atik, R. (2013) Diagnosis and Management of First Trimester Miscarriage. *BMJ*, 346, f3676. <https://doi.org/10.1136/bmj.f3676>
- [3] Van Kets, H., Wildemeersch, D., Van der Pas, H., et al. (1995) IUD Expulsion Solved with Implant Technology. *Con-*

traception, 51, 87-92. [https://doi.org/10.1016/0010-7824\(94\)00013-M](https://doi.org/10.1016/0010-7824(94)00013-M)

- [4] 穆荣梅, 李敬之. TCuIUD 下移 43 例临床分析[J]. 中国计划生育学杂志, 1999, 7 (11) :510.
- [5] 周永昌, 郭万学. 超声医学[M]. 第 4 版, 北京: 科学技术文献出版社, 2003: 1308-1311.
- [6] 吴钟瑜. 实用妇产科超声诊断学[M]. 第 2 版, 北京: 科技翻译出版公司, 1995: 400.
- [7] 鲁红, 余琤. 妇科超声诊断与鉴别诊断[M]. 北京: 人民军医出版社, 2012: 136-141.
- [8] 乐杰. 妇产科学[M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 84-86.
- [9] 黄光国, 陈彰惠, 余玉遐. 构成妊娠第三期孕妇心理压力之因素[J]. 公共卫生, 1984, 10(1): 88-98.
- [10] 林昕. 妊娠期压力的危害及其影响因素[J]. 蚌埠医学院学报, 2015, 4(40): 554-555.
- [11] 韩蓁, 易灵敏. 正常妊娠晚期孕妇心理健康状况分析[J]. 中国优生优育, 2000(11): 149-151.
- [12] 朱丽丽. 孕妇心理状况调查[J]. 中国妇幼保健, 2003(18): 692-693.
- [13] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 第 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 47-49.
- [14] 代莉. 稽留流产发病的危险因素及干预对策[J]. 中国妇幼保健, 2017, 32(6): 1270-1272.
- [15] 吴书仪. 宫腔镜在宫腔粘连合并稽留流产或合并妊娠物残留清宫失败诊治中的应用[J]. 中国实用医药, 2015, 33(1): 13-15.