

参加全国第二届妇产科学学术会议资料

中华医学会重庆分会

1980.2.

目 录

一、有关难产问题的调查	
重庆医学院第二医院 凌萝达等整理.....	(1)
二、先天性子宫畸形与妊娠	
重庆医学院第二医院妇产科 宋亚卿.....	(6)
三、急性纤维蛋白溶解性出血——附15例分析	
重庆市第一工人医院妇产科 侯仲康 刘旦光.....	(12)
四、阴道腺病附37例报告	
重庆医学院第一医院 妇产科 曹荃孙 濮存滋.....	(19)
五、先天性无阴道手术治疗方法的评价——介绍一种简单的阴道成形术	
重庆医学院第一医院 妇产科 邓晓谷 吴味辛.....	(23)
六、重庆市城区女学生3054例月经调查分析	
重庆医学院第二医院妇产科 梁泳霓 戴钟英 宋亚卿	
重庆师范学院生物系 周葆光.....	(26)
七、重庆市1000例正常妇女坐骨棘及子宫颈至阴道口间距离常数测定研究	
重庆市妇幼保健院 丁亚丽 蔡庆宜 刘玉清.....	(32)
八、3007例新生儿身长、体重与儿头径线的测量	
重庆市第一工人医院妇产科.....	(37)
九、绒毛膜促性腺激素(HCG)放射免疫测定的临床应用	
第三军医大学附一院妇产科 何世荣 技术协助 魏明镜 冯华芳.....	(41)
十、伴行产程图表的临床应用	
重庆医学院第二医院妇产科 蔡汉钟 凌萝达.....	(48)
十一、子宫破裂1355例之分析	
重庆市妇幼保健院.....	(56)
十二、畸形子宫作人工流产的点滴经验	
重庆市第一人民医院妇产科 夏恒桂.....	(62)
十三、输卵管结扎后宫外孕	
南桐矿区人民医院妇产科 曾庆固	
南桐矿务局中心医院妇产科 唐华轩.....	(65)
十四、初产妇头位产时活跃期产程曲线异常的探讨——附100例临床分析	
重庆医学院第一医院妇产科 曹珍修 吴味辛 叶之美 陈建宗 毕婵琴.....	(67)

有关难产问题的调查

难产协作组
重庆医学院第二医院 凌萝达等整理

难产处理不当可给母儿带来严重的损害,有时甚至危及生命;还可以给母儿留下严重的后遗症,因此难产与妇幼保健工作有极其密切的关系。目前计划生育提倡生育一个孩子,更要求我们产科工作者使产妇得到一个健全的孩子。这就必须将难产的防治工作做好,因此首先须做一些有关难产的调查工作。自山东省地区妇产科学会后有5个省23个单位*参加了此项调查研究工作,虽然过去几年资料不全,给此项工作带来了一定困难,但由于各参加单位的努力,使此次调查结果仍能说明一些问题。

资 料

难产的发病率:

本文难产是按头位、臀位及横位划分,臀位及横位的定义是很明确的。头位难产包括的范围比较广泛,凡以头为先露因分娩三大因素异常而形成的难产均称为头位难产,如头盆不称,胎头位置不正、产力异常等均属于头位难产范围,但实际计算仍有困难,本文是以因难产而做手术(阴道助产术及剖腹产术)终止分娩者列为头位难产。在头位分娩中处理不当,产程延长,造成死产,新生儿死亡或新生儿严重的并发症如颅内出血,骨折等,虽然是自然分娩,也应算为头位难产;但这后一组病例,很难得到确切的数字,故在本文中未列入头位难产。

23个单位中有10年以上资料者共3个单位,有5年以上资料共12个单位。兹将有10年资料者分为1969—1973年及1974—1978年(两个5年)进行对比(见表1)。

由这两组对比中看出总的难产率前5年(1969—1973年)为19.82%,而后5年(1974—1978年)为23.24%,似乎有所增加,但仔细分析,横位发病率明显下降,由4.84%降至2.50%,臀位变动不大,而头位难产明显上升,由7.91%上升至12.55%。

从表2可看出1974—1978年5年中难产率逐年升高(16.45→21.29%)。5年中头位难产占难产总数的68.55%,臀位占27.77%,横位占3.68%。

二、难产的分娩方式:

1. 剖腹产术:分析难产在剖腹产术中所占的比例,见表3。

15个单位自1974—1978年分娩总数为57002例,其中施行剖腹产术者3638例,剖腹产术率为6.39%。剖腹产率从1974—1978年逐年增高由5.11%→9.52%,其中因难产而做剖腹者共2403例,占剖腹产总数的66.16%。头位难产占因难产而施行剖腹产术的81.32%

*山西医学院附属一院、山西省人民医院、湖南医学院附属二院、贵阳医学院附属医院、黑龙江省人民医院、成都军区总医院、甘孜州人民医院、梁平县新胜区卫生院、泸州医学院附属医院、内江专区第二医院、第三军医大学、巴县、江北、綦江、长寿县人民医院、重庆市南桐矿区医院、南岸区第二人民医院、重庆市一工、第一、第三、第五、第六人民医院、重庆医学院第二医院。

表 1 难 产 发 生 率 (10年) 3 个单位

年 份	分娩总数	头 位 难 产		臀 位		横 位		总 难 产	
		例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
1969	616	40	6.49	38	6.17	43	6.98	121	19.64
1970	670	58	8.66	44	6.57	26	3.88	128	19.10
1971	744	44	5.91	56	7.53	19	2.55	119	15.99
1972	612	50	8.17	34	5.39	39	6.37	123	20.10
1973	683	71	10.40	63	9.22	34	4.98	168	24.60
共计	3325	263	7.91	235	7.07	161	4.84	659	19.82
1974	754	90	11.94	76	10.08	30	3.98	196	25.99
1975	748	65	8.69	46	6.15	18	2.41	129	17.25
1976	608	68	11.18	53	8.72	12	1.97	133	21.86
1977	603	85	14.10	48	7.92	14	2.32	147	24.38
1978	561	103	18.36	45	8.02	8	1.43	156	27.81
共 计	3274	411	12.55	268	8.19	82	2.50	761	23.24

表 2 难 产 发 生 率 (5 年) 15 个单位★

年 份	分娩总数	头 位 难 产		臀 位		横 位		总 难 产	
		例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
1974	12338	1273	10.31	650	5.27	107	0.87	2030	16.45
1975	12979	1406	10.38	659	5.08	88	0.68	2147	16.59
1976	10759	1324	12.31	551	5.12	60	0.56	1935	17.98
1977	11004	1524	13.85	530	4.82	83	0.75	2137	19.42
1978	9922	1630	16.43	507	5.11	55	0.55	2192	21.99
共 计	57002	7151	12.56	7897	5.08	393	0.69	10431	18.33

★有 5 年资料的 12 个单位加有 10 年资料的 3 个单位后 5 年的资料。

表 3 剖 腹 产 原 因 分 析 (15 个单位)

年 份	难 产								其它原因		总 计		分娩 总数	剖 腹 产 率
	头 位		臀 位		横 位		共 计							
	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%		
9974	322	50.87	48	7.58	30	4.74	410	63.19	233	36.81	622	100	12388	5.11
1175	309	45.71	61	9.02	31	4.59	401	59.32	275	40.68	676	100	12979	5.21
1976	349	53.28	54	8.24	23	3.52	426	65.04	229	34.96	655	100	10759	6.09
1977	416	57.30	73	10.06	35	4.82	524	72.18	202	27.82	726	100	11004	6.59
1978	514	59.74	77	8.16	17	1.80	658	69.70	286	30.30	644	100	9922	9.52
共计	1960	53.79	313	8.59	136	3.73	2409	66.11	1235	33.89	3655	100	57002	6.39

2. 难产中剖腹产与阴道分娩的比例 (见表 4)

头位难产中以阴道助产术 (胎头吸引器及产钳助产) 结束分娩的占 72.62%，剖腹产占

表 4

头位难产及臀位分娩方式

(15个单位)

年 份	胎 位 分 娩 方 式	头 位 难 产				臀 位					
		总 数	阴道助产术		剖腹产术		总 数	阴道助产术		剖腹产术	
			例数	%	例数	%		例数	%	例数	%
1974		1273	951	74.70	322	25.30	650	602	91.07	48	8.92
1975		1406	1097	78.00	309	22.00	659	596	90.71	61	9.29
1976		1324	975	73.64	349	26.36	551	497	90.20	54	9.80
1977		1524	1108	72.71	416	27.29	530	457	84.53	73	15.07
1978		1630	1066	65.40	564	34.60	507	430	84.81	77	15.19
共 计		7157	5197	72.62	1960	27.38	2897	2582	89.19	313	10.81

27.38%，头位难产中剖腹产率1974年—1977年上升不明显，波动于22.00—27.29%，而1978年上升较显著至34.60%，臀位剖腹产率由1974年的8.92%逐年上升至1977年的15.47%及1978年的15.19%。

三、难产对母儿的危害

1. 子宫破裂对母儿的危害最大，尤其是胎儿的死亡率高达90%以上，因此将重庆市妇幼保健院整理之956例子官破裂及内江专区一院307例子官破裂情况分析（见表5、表6）。

表 5

1263 例子官破裂原因分析

原 因 单 位	难 产								其 它 原 因 及 不 明		总 计	
	头位难产		横 位		其 它		共 计		例数	%	例数	%
	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%				
1*	216	22.59	368	38.49	7	0.74	591	61.82	365	38.18	956	100
2*	137	44.62	113	36.84	2	0.65	252	82.11	55	17.89	307	100
共 计	353	27.45	481	38.08	9	0.71	843	66.75	420	33.25	1263	100

* “1” 重庆市妇幼保健院 “2” 内江地区一院

难产占子宫破裂总数的66.75%即2/3，而头位难产占27.45%，其中内江专一院一组材料，头位难产占44.62%，甚至比横位36.84%为高。

表 6

915 例子官破裂母儿情况

	时 间		子宫破裂 总 数	母 体 死 亡		儿 体 死 亡	
				例 数	%	例 数	%
妇幼保健院	1953—1978年	26年	608*	80	13.16	547	89.31
内江地区一院	1955—1978年	24年	307	42	13.68	306	99.18
			915	122	13.23	849	92.78

*重庆市妇幼保健院整理956例子官破裂中只有608例有母儿情况

两组共计915例子官破裂，其中母体死亡率为13.33%，而儿体死亡率为92.78%。内江地区第一医院中307例子官破裂中只有1例胎儿存活，可能由基层一级级向上转送延误了抢救。

救胎儿的时间。妇幼保健院统计的17个单位中市级医院12个，地区医院3个，县与区医院各1个，故胎儿死亡率为89.31%。

据12个单位*的统计2181例臀位中，无1例母体死亡，但胎儿死产占7.62%，新生儿死亡0.96%，颅内出血0.64%，骨折0.28%。178例横位中无1例母体死亡，死产为42.72%，新生儿死亡为3.37%。

*15单位中有3个单位无此项母儿情况统计。

讨 论

一、难产的发病率

自1973年与1978年两个5年期间对比，及1978年逐年对比都说明了难产的发生率有所升高。但仔细分析即可看出，横位的发生率明显降低，臀位变动不大，而头位难产发生率明显升高，这并不意味着难产发生率真正升高了，而是由于医疗水平提高，能及早认识难产，特别是头位难产。由于加强了妇幼保健及产前检查工作，使横位及臀位都能得到及时的纠正，发病率有所降低。但在头位难产中，骨盆及胎儿的大小无法改变，胎头位置异常也不易较早发现，有些胎头位置异常一旦形成也很难改变（如面位、额位、高直位及前不均倾位），就是枕横位及枕后位也要在头盆相称，产力正常时才可能转成前位，若头盆关系紧张或骨盆形态异常都将妨碍胎头转至枕前位而形成持续胎枕横位及枕后位。头位难产占分娩总数的12.25%，远远高于臀位（5.08%）与横位（0.69%），头位难产占难产总数的68.55%。

二、难产的分娩方式：

本文统计中剖腹产率近5年有显著的增高，由1974年的5.11%上升至1978年的9.45%与上海第一医学院妇产科医院1974年的6.26%，1978年的9.77%相近似。而与国外Hani氏等报告1972—1975年平均为12.7%相比为低。本文以难产为指征的剖腹产率为4.22%与Hani氏等报告头盆不称及分娩异常（难产）为指征的剖腹产率为3.97%，仅差0.25%。本组与Hani氏等报告，难产均占剖腹产指征的首位。本组头位难产剖腹产率为3.44%，又占难产指征中的首位。目前国内外都不主张做中位产钳及试用产钳（Trial of forceps），因为这些手术都给母儿带来较严重的损害。胎儿损伤有时可高达20—30%。因此国内外作者都主张只有当胎头下达至“+2”以后才允许由阴道助产，不然均应以剖腹产结束分娩；还有使用产程曲线图后能较早的发现严重的头位难产，经过处理无进展活跃期停滞4小时以上者，应以剖腹产结束分娩，所以头位难产的剖腹产率不断上升。

臀位产对母体的危害不大，最主要的是对胎儿不利。目前有的作者如Wright等主张所有足月臀位都需要做剖腹产术。Burgess的研究指出48%臀位需做剖腹产术，而Zntuchni和Andros认为20%需做剖腹产术。本组臀位剖腹产率为10.8%，均较以上作者们的主张为低。我院5年中臀位共127例，以剖腹产结束分娩42例，剖腹产率为33%。我们不同意足月臀位百分之百的需做剖腹产术，我们同意有些作者的说法：“剖腹产究竟是剖腹产”，就是说剖腹产究竟还是一个比较大的手术，对母儿不是绝对安全的，虽然由于麻醉，抗菌素应用及血液供应方面的改善，减少了手术危险性术后的并发症，但我们还是应该辩证的看待这个问题。目前我国基层医疗技术条件较差，缺乏专职麻醉师，血源困难，有的基层只能做上段剖腹产术，有的甚至尚未掌握剖腹产术，因此臀位产全部做剖腹产几乎不可能，也没有这个必要。为了保护胎儿正当放松剖腹产的指征，我们认为是妥当的，本文统计中臀位的剖腹产率由1974年的8.93%上升至1978年的15.19%，几乎上升了一倍，也是符合以上的精神的。我

们认为臀位有以下情况应考虑剖腹产术：①胎儿与骨盆不称，②有难产史及胎儿损伤史者，③不完全臀位：我院5年中127例臀位中死产3例，有2例为不完全臀位（足先露、膝先露、两下肢一屈一伸等），④胎儿宫内窘迫，⑤产程延长（活跃期停滞）或原发性或继发性宫缩乏力经治疗无效者，⑥并发脐带脱垂，宫颈未开全，胎儿存活者。有以下情况可放松剖腹产指征：①高危妊娠胎儿处于不利情况下，②宝贵胎儿，③要做绝育手术者。

三、难产对母儿的危害：

子宫破裂严重威胁着母儿的生命，表6中可看到子宫破裂中母体死亡率为13.23%，儿体竟高达92.78%。在子宫破裂中由难产导致的占总数的66.71%，其中横位居首位38.08%，头位难产次之27.92%。过去总认为绝大多数的子宫破裂是由横位引起，目前看来头位难产已成为子宫破裂主要原因之一。内江专区第一医院统计中因头位难产导致子宫破裂尚高过于横位，前者为44.6%，后者为36.84%。加强产前检查可使横位在临产前得到及时纠正，这样头位难产将成为导致子宫破裂的首要原因。因此早期诊断和及时处理头位难产成为预防子宫破裂的重要步骤，也是在分娩中保护母儿的有效措施。

上海第一妇女保健院由1961—1977年17年中对围产期死亡率的回顾分析难产占第四位，但在新生儿死亡中却占第二位，由此可见难产在围产期的死亡率中占一很重要的地位。

本文2181例臀位及178例横位中无母体死亡，这表明近几年来医疗技术水平有所提高；但臀位的死产率（7.62%）及横位的死产率（42.7%）都是偏高的。要降低臀位死产率适当放松剖腹产指征，同时应培养各级产科工作人员熟习臀位助产的手法。为要降低横位的死产率最重要的是早期诊断，当胎儿存活时应多考虑的剖腹产术，胎儿已死尽量做断头术。四川地区基层医疗单位遇有横位不论胎儿死活均采用内倒转及臀位抽出术，不但可能造成死产，并可导致子宫破裂危及母体生命。臀位及横位对胎儿的危害在分娩当时及产后不久即可观察到；但头位难产处理不当，有些严重的并发症在短期内可观察到，但一部分对胎儿智力的影响需做长期随访才能知道，因此对做过阴道助产术及虽然做剖腹产术但胎儿Apgor评分 ≤ 7 分者均应长期随访，才能真正掌握头位难产对儿体的危害。

参 考 文 献

1. Hani Haddad, M.D, Laurence E. Lundy, M.D. Changing indication for Cesarean Section, Obstet, Gynec, 51:133—137, 1978.
2. Wright, R.C.: Reduction of perinatal mortality and morbidity in breech delivery through routine use of Cesarean Section, Obstet, Gynec, 14:758—763, 1959.
3. Aaro La Saed, F.: Low incidence of Cesarean Section 12-years experience Moye Clin, Proc, 50:365 1975.
4. Zatuchni, G.I., Andros, G.J.: Prognostic index for vaginal delivery in breech presentation at term, Amer, J. Obstet, Gynec, 98:854—857, 1967.
5. Hibbard L.T.: Changing trends in Cesarean Section, Amer, J. Obstet, Gynec., 125:795—804, 1976.

先天性子宫畸形与妊娠

重医二院妇产科 宋亚卿

子宫的先天畸形并非少见,且有它一定的临床意义。当仔细地询问病史与检查后,可发现相当一部分的子宫畸形被漏诊或误诊。另有一些患者,由于无任何症状,可以终身不被发现。当前,计划生育手术如安环、取环、人工流产、引产等开展较多。如果妇产科工作者思想上忽略了对子宫畸形的考虑,有时会发生手术失败,手术意外与一系列并发症。此外,有一部分病人的反复流产、早产、围产期胎儿死亡、胎位不正等与子宫畸形也有密切的关系。如能及早诊断,正确处理,可避免一些妇科和产科的并发症。本文目的在报导我院1974年至1979年12月34例先天性子宫畸形的临床表现及其与妊娠的关系,并对早期诊断加以讨论。

资 料 与 分 析

一、一般资料:

(一) 类型: 34例子宫畸形见表1。本组双子宫与双角子宫占绝大多数(22/34), 其

表1 各 类 子 宫 畸 形 (34例)

类 型	例 数
始基角子宫	5
双子宫、双宫颈、双阴道	10
双角子宫	12
纵膈子宫	5
单角子宫	1
弧形子宫	1
共 计	34

次为纵膈子宫与始基角子宫。单角子宫与弧形子宫最少。

(二) 年龄: 除1例50岁外, 其余33例均在23—35岁之间。

(三) 生育史: 除1例才结婚一年, 另2例为原发不孕外, 其余31例均有一次以上妊娠史。有1例生育7次。

二、临床表现:

子宫畸形患者的主诉见表2。最多的主诉为反复流产、早产与产科并发症(围产期死亡与产后胎盘滞留)。其次为人工流产或引产失败。

(一) 反复流产与早产多发生在纵膈子宫, 其中4例有2—4次的反复极早期流产或过期流产。另1例完全纵膈子宫, 虽已分娩3次, 均为28—36周早产。其它5例的早产及产科并发症发生在双角和单角子宫。

(二) 人工流产或引产失败: 共8例, 其中4例为双角子宫, 3例为始基角子宫, 另1

表 2 子宫畸形患者的主诉 (34例)

主 诉	例 数
反复流产、早产及产科并发症	10
人工流产或引产失败	8
性交痛或性交困难	3
下腹痛 (包括剧痛)	2
痛 经	1
取环困难	1
不 孕	2
无 主 诉	7
共 计	34

例为双子宫伴阴道不全纵膈者。双角子宫发生人工流产失败，再次吸宫者，占本组双角子宫病例的三分之一 (4/12)，其中有 1 例为带环孕。3 例始基角妊娠均在早孕时人工流产失败。其中 1 例又在停经 4 月时去某院行胎膜外引产，数次未成功，且感宫腔内阻力大。该 3 例入院前一度被误诊为“卵巢囊肿”。1 例于术中才被诊断为始基角妊娠，未破裂，胎儿长 15 厘米；另 2 例虽术前已诊断，仍于术前一天始基角子宫自发破裂，胎儿长 16—20 厘米。

(三) 性交痛或性交困难：3 例均为双子宫、双宫颈伴有双阴道。1 例经手术切除阴道纵膈后，主诉消失，迅速受孕。

(四) 下腹痛：2 例。1 例为始基角子宫妊娠，孕 4 月余自发破裂，主诉腹部剧痛入院。临床表现同输卵管妊娠，剖腹探查证实为左侧始基角妊娠破裂。另 1 例为双子宫畸形合并 4 月孕，病人感到包块随体位改变而疼痛，剖腹探查证实。

(五) 痛经：1 例痛经剧烈，为始基角子宫积血所致。该例已分娩 3 次，均顺产。痛经开始于第一胎产后，逐渐加剧。术前拟外在性子宫内膜异位症。术中证实为右始基角子宫积血，同侧输卵管积血，且与周围组织广泛粘连，分离粘连后切除始基子宫。该例肾图杆查，发现右肾无功能，静脉肾盂造影显示右侧肾缺如，左肾代偿性增大。

(六) 取环困难：1 例 50 岁双角子宫患者，生育 7 次、均顺产。因安环 15 年要求取环，反复多次未成功，术中发生子宫穿孔，剖腹探查证实为双角子宫，左侧角子宫后壁穿孔，环在右侧角。

(七) 无主诉：7 例中 5 例为双子宫，2 例为双角子宫。

三、诊断：

诊断畸形所用的方法见表 3。绝大多数病例经剖腹探查和子宫造影证实 (24/34)。双子宫往往伴随阴道纵膈与双宫颈、故盆腔检查是能诊断的。确诊主要依靠子宫造影与剖腹探查。鉴别纵膈子宫与双角子宫，不能只根据子宫造影 (照片₁为双角子宫；照片₂为纵膈子宫；照片₃也为纵膈子宫)，必须结合病史与妇科检查。如发现患者宫底宽，外表似一个子宫，病史中有反复流产史，应多考虑纵膈子宫；如检查时宫底及宫体有分叉，常为双角子宫，且后者流产机会比前者少。单角子宫主要根据子宫造影 (照片₄)。

四、各类畸形子宫与妊娠的关系：

见表 4。本组 2 例不孕 (1 例为双子宫，另 1 例为弧形子宫)，1 例婚后不久。故产科与妊娠情况为 31/34 例。31 例的总妊娠次数为 78 次。除去已做人工流产的 15 次，尚在孕期中

表 3 诊断畸形所用的方法

方 法	例 数
剖腹探查、剖腹产	12
子宫输卵管碘油造影	12
人工流产或引产	6
产后宫腔探查	2
妇科检查	2
共 计	34

的 2 次, 则 61 次中妊娠失败 (包括流产与围产期死亡) 24 次 (24/61), 占 39.3%; 妊娠成功 37 次 (37/61), 占 60.7%。足月分娩 30 次, 早产活婴 7 次。臀位发生率较高。37 次分娩中, 臀位 12 次 (12/37), 几乎占分娩总数的 1/3。这 12 次臀位分娩尚未包括 3 次围产期死亡的臀位。如包括在内, 则臀位所占的比例更高。

表 4 各类畸形子宫与妊娠 (31 例)

类 型	例数	总妊娠次数	妊 娠 失败率	妊 娠 成功率	活 婴		分娩时先露		人流	在孕中
					早产	足月	臀	头		
始 基 角	5	始 基 角 4	4	—	—	—	—	—	—	—
子 宫		正常子宫角 12	—	12	—	12	2	10	—	—
双 子 宫	9	15	2	6	—	6	4	2	7	—
双 角 子 宫	11	30	7	15	3	12	5	10	6	2
纵 膈 子 宫	5	16	11	* 1 + 2	* 1 + 2	—	—	3	2	—
单 角 子 宫	1	1	—	1	1	—	1	—	—	—
共 计	31	78	24	37	7	30	12	25	15	2

注: *指整形术后的妊娠, 37 周剖腹产。

从本组病例分析, 始基角侧妊娠对孕妇的预后最严重, 4 次妊娠 3 次发生子宫自发破裂。也可以发生在经产妇, 如 1 例曾顺产 6 次, 均在正常子宫侧, 第 7 胎为始基角妊娠。

纵膈子宫的妊娠成功率最低。14 次妊娠中 11 次失败 (78.6%)。妊娠成功的 3 次中尚包括 1 次整形术后的 37 周剖腹产。

讨 论

一、发病率:

文献报道不一致⁽¹⁻³⁾, 有的低到 1:4000 次分娩, 也可高到 1:500~700 次分娩; 国内张氏报道为 1:1026.4 次门诊病人, 发病率为 0.097%。正确的发病率不易获得, 主要由于无并发症时, 子宫畸形不易被发现。Eastman 在 35,000 次分娩中发现 12 例, 发病率为 0.03%, 而在作一系列子宫造影后, 发病率上升到 2-3.5%。在加利福尼亚州大学医学中心的产科入院产妇中, 发病率为 0.1%⁽⁴⁾。本文未正确统计发病率, 但从 1978 年 9 月至 1979 年 3 月半年内 20 次臀位分娩中发现 3 例子宫畸形, 均系造影证实。有人提到在胎位不正病例中, 子宫畸形占 20-40%⁽⁵⁾, 提示臀位中子宫畸形的发病率是高的。这种常发生在双角或单角子宫。本文 12 例双角子宫中, 4 例有臀位分娩史。

二、胚胎学:

从女性生殖系统的胚胎学,了解到苗勒氏管的发育分为四个阶段⁽⁴⁾:

(一) 早期(3—8周): 此期如发育受障碍,凡来源于苗勒氏管的器官如子宫、宫颈和输卵管均缺如。本文不包括这类畸形。

(二) 中期(8—12周): 此期苗勒氏管属于实心索,以后才融合并管道化。如果此期发育停顿,可有多种畸形。当一侧苗勒氏管发育停顿,其结果是单角子宫,即一个子宫,一个输卵管,本组有1例。如果一侧苗勒氏管发育不全,则一侧为正常发育的单角子宫,而另一侧则为始基角子宫。始基角子宫的肌细胞发育差,一旦妊娠,只能容纳20周以内的胚胎生长,然后自发破裂。如抢救不及时,可发生死亡。本文3例始基角妊娠的情况与文献报道相似。

(三) 融合及管道化阶段(12—16周): 此期两个苗勒氏管逐渐靠拢,最后中间膈融合,纵膈消失。如此期发育受阻,可发生以下畸形:全部不融合,形成双子宫,这种常伴随阴道索的不融合,形成阴道完全或部分纵膈;部分苗氏管融合,可导致一系列畸形如:2个子宫角伴1个宫颈为双角子宫;外表似一个子宫,宫腔为左右各一的完全或不全纵膈子宫;宫底中央稍有凹陷的弧形子宫。16周前苗勒氏管的融合及管道化全部完成。

(四) 阴道形成阶段:(20周以内): 阴道来自两部分,一部分来自苗氏管,另一部分来自尿生殖窦。前者为阴道上半部,后者为它的下半部。如苗氏管成分未很好融合,中间纵膈不消失,形成双阴道或阴道不完全纵膈。当苗氏管不能到达尿生殖窦时可形成盲端,本文未包括这类病例。

本文报告的34例子宫畸形,均属于胚胎发育第8周至20周内的苗勒氏管发育障碍。根据胚胎学的观点,就不难理解生殖道,尤其是子宫各类畸形的发生。

三、早期诊断:

临床上若对子宫畸形的存在有警惕,则大部分的妊娠并发症可以预防和早期诊断。

(一)、未孕期:

1. 如发现患者反复流产、早产、连续臀位及胎盘滞留等病史,均应除外子宫畸形。大量文献资料提到这一点^(2,3,6)。本文34例的主诉中,这一项占1/3。痛经、月经过多者,使用激素治疗无效时也要考虑除外子宫畸形⁽⁶⁾。本组1例纵膈子宫,有2次连续流产史伴经量过多,拟诊子宫肌瘤,术中发现为纵膈子宫。

2. 检查: 阴道纵膈常提示有子宫畸形,特别是双子宫,其它子宫畸形无并存的阴道畸形⁽²⁾。本组10例双子宫均伴有阴道纵膈。有人提到宫颈检查有诊断意义⁽⁶⁾,如见到宫颈位置不对称,特别大的宫颈,伴或不伴有纵膈,或双宫颈均提示有子宫畸形的可能,须进一步检查。本组一例纵膈子宫连续三次早产,宫颈特别大,颈管内即有纵膈。

(二)、孕期:

1. 早孕期: 人工流产失败时要找原因,严密随访。本组发生的8例中,4例为双角子宫,3例为始基角子宫。初孕妇与经产妇均可发生。

2. 中孕期: 胎膜外引产时如感阻力大,或反复多次失败,也要找原因。本组1例始基角妊娠就是早孕吸宫与中孕引产多次都失败者。当前,腹壁穿刺行羊膜腔内引产较多,如为始基角妊娠,则可发生子宫破裂,必须提高警惕。

3. 晚孕期: 文献强调晚期妊娠及临产后的某些体征,提示有子宫畸形存在的可能。如产前检查子宫偏向一侧,宫底有变宽或中央凹陷,初孕妇足月胎头仍浮,找不到其它原因的胎位不正,反复臀位与胎盘滞留都应考虑到有畸形的可能⁽⁶⁾。本文双角、双子宫的臀位发生

率不低,有的为反复多次臀位。双角子宫发生产后胎盘滞留者4例。

有人提到具有上述两种以上体征时,畸形存在的比率更高。

(三)、安环、取环手术:本文1例双角子宫在安环当月受孕,人工流产失败,再次吸宫时发现环在未孕侧子宫。另1例双角子宫,曾生育7次,也发生取环多次未成功。最后导致子宫穿孔。因此,在安环前必须详细探查宫腔、如为双角子宫,不宜安环、取环时也要谨慎,以免发生意外。

四、子宫畸形的妊娠预后:

子宫畸形患者不育的发生率并不高,有的报道为2.2%⁽⁶⁾。大多认为受孕并不困难,但受孕后发生妊娠和产科并发症较多。始基角妊娠对孕妇的预后最严重,主要是误诊机会多,往往发生子宫破裂与内出血。妊娠期限与它的肌层厚度有关。发育差的始基角多在妊娠20周以内发生破裂^(6,8)。故本病诊断确切后,应立即剖腹探查,等待是危险的。本组2例虽术前已诊断,但由于未抓紧时机,仍发生破裂与内出血。未破裂的1例系妊娠16周,误诊为“卵巢囊肿”,探查时偶而发现为始基角妊娠的。

纵膈子宫的妊娠成功率最低,其原因是纵膈的纤维组织多,血供差,不能孕育胚胎,往往早期流产。有人提到这些患者整形手术前的妊娠失败率可高达85-90%⁽²⁾。本组纵膈子宫,若不计算整形术后的1例剖腹产,其妊娠失败率也将近85%(11/13)。目前都赞成对这类畸形患者作整形手术^(2,9),效果满意。本组3例已作整形术,1例已剖腹产分娩一活活婴,另2例术后待访。双子宫患者的产科后果最好,一般不必作整形手术,与文献报道意见一致⁽²⁾。但对双角子宫患者,有的作者也认为妊娠失败率高,且称为纵膈一双角子宫,也谈到手术整形问题⁽²⁾。本组双角子宫的妊娠成功率仅次于双子宫患者(见表4),无1例作整形术。

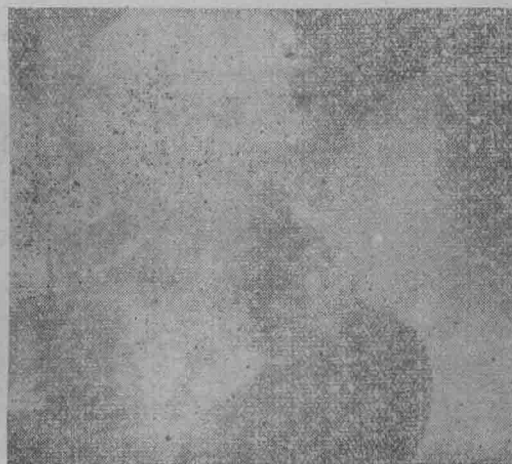
小 结

本文报道我院34例各类子宫畸形的临床表现、诊断方法及其与妊娠的关系。有1次以上妊娠者31例。始基角侧妊娠对孕妇的危害最大;纵膈子宫的妊娠成功率最低,后者妊娠失败率将近85%。双子宫的产科后果最好。双角子宫的臀位发生率高。强调了未孕期的某些病史与体征对早期诊断子宫畸形与预防并发症有一定的意义。计划生育手术前与手术中也要详细检查、探测宫腔,以防止手术失败与意外。

参 考 文 献

1. 张焯: 子宫畸形与妊娠生育之关系, 中华妇产科杂志, 3(2):101, 1955.
2. John R. Musich等: Obstetric Outcome Before and After Metroplasty in Women With uterine Anomalies, Obs. Gyn. 52(1):63, 1978.
3. Michael L. Kamm: Uterine Anomalies in Habitual Abortion and Premature Labor, Obs. Gyn. 20(6):713, 1962.
4. Warren M. Crosby: Embryology of the mullerian Duct System, Obs. Gyn. 20(4): 507, 1962.
5. Karl Johansen: Pregnancy in a Rudimentary Horn, 2 Cases, Obs. Gyn. 34(6):805, 1969.
6. James P. Semmens: Congenital anomalies of Female genital tract—Functional Classification Based on Review of 56 Personal cases and 500 Reported cases, Obs. Gyn. 19(3):328, 1962.

7. John A. Rock, The Clinical management of the Double uterus, Fertil. and steril, 28(8):798, 1977.
8. James L. O'leary, Rudimentary Horn Pregnancy, Obs. Gyn. 22(3):371, 1963.
9. Buttram V. C., Surgical Correction of the Septate uterus, Fertil. and steril, 25(4):373, 1974.



照片1 双角子宫



照片2 纵膈子宫



照片3 纵膈子宫



照片4 单角子宫

急性纤维蛋白溶解性出血

—附 13 例 分 析

重庆市第一工人医院 妇产科 侯仲康 刘旦光

急性纤维蛋白溶解性出血 (Acute Fibrinolytic hemorrhage) 在国内外均有报导⁽¹⁻⁴⁾, 已逐渐引起大家的重视。我科自一九六二年以来曾在出血病例中根据临床表现和凝血象检查 (附注) 或部份凝血功能检查证实为急性纤维蛋白溶解性出血者共 13 例, 为了总结经验教训、提高认识、现将我们医疗实践中遇到的一些病例, 结合有关文献加以讨论, 以期提高对本症的警惕, 降低死亡率。

临 床 资 料

一、临床表现:

纤维蛋白溶解性出血的临床表现可轻重不一, 轻者仅表现为局部创面的渗血, 血不凝固或凝固后又迅速溶解、如不继续发展, 常可自行停止⁽⁵⁾, 重者则为全身性的严重病理变化, 其临床表现为: 1、出血: 常是无预告性的严重局部渗血, 多在术时或术后不久发生, 但无固定的活动出血点, 用一般外科结扎、缝合及填塞等止血方法均难达到止血目的, 与此同时粘膜和皮下可出现大小不一的紫癜、各注射穿刺点可发生出血或血肿, 消化道、呼吸道及泌尿生殖道也可表现出出血症状。2 休克: 常在渗血发生的同时或随即出现, 故不能以失血量解释为休克发生的原因, 而且采用输血和一般抗休克措施难于收到预期的效果, 若纤维蛋白溶解系继发于出血性休克, 此时如仅采取输血治疗, 也是无济于事的。

在实验诊断方面可发现 1、纤维蛋白溶解活动度增高 (如优球旦白溶解试验等), 2、凝血时间延长或由静脉采取的血液置于试管内经久不凝或无限期地延长, 或仅形成一半透明质地松软的血凝块, 但随即自行溶解。3、流血时间延长, 4、凝血酶元时间延长, 5、血小板减少, 6、纤维蛋白元减少, 7、抗凝物质增加。

二、诊断标准:

- 1、在可能发生本症的情况下, 出现以上临床症状两条之一者。
- 2、在实验诊断方面的七项中有四项结果阳性者。

本组共 13 例, 其发生原因、出血部位、实验诊断、治疗结果见表 1。

本组 13 例均表现有出血与休克、每例的出血部位常是多方面的或在创面所见到的渗血具有突来、不凝固、难于控制等特点, 而休克则极为严重且发展迅速, 在 13 例中有 11 例于出血的同时迅速陷于严重休克状态。

在实验诊断方面, 从例 1—7 凝血相显示纤维蛋白溶解活动度的显著增高及多种凝血因子异常, 但从 1966 年文化大革命以后, 由于“四人帮”破坏, 我院凝血相工作停止, 从例 8—13 虽无完整的凝血相检查, 但其出凝血时间, 血小板的改变非常明显, 或静脉取血于试管内 15 分钟以上不凝, 出血中纤维蛋白元含量低于 $60\text{mg}/100\text{c.c.}$ ⁽⁶⁾, 结合其临床表现可迅速获得诊断。

表一

例 号	姓 名	临 床 诊 断	发 生 时 间	出 血 部 位	凝 血 相 检 查							结 果
					纤活动 维蛋白 白溶解 (分)	纤量 (毫克 蛋白元 含)	抗凝 物质增 加	血小 板减少	凝延 血酶元 时间 长	凝血 时间延 长	流血 时间延 长	
1 63.12	何××	中期妊娠 死胎流产	产 后	皮下、消化道、 泌尿道生殖道	0	115	+	未 查	+	+	未 查	死 亡
2 63.11	李××	中期妊娠 死胎流产	产 后	泌尿道、生殖道	70	219	+	+	+	未 查	未 查	治 愈
3 62.4	魏××	子宫颈鳞状上皮癌 子宫手术	术 中	创面、泌尿道、 消化道	12	200	+	+	+	未 查	未 查	治 愈
4 63.10	孙××	慢性宫颈炎 子宫手术	术 后	创面、消化道、 生殖道	15	227	-	+	+	未 查	未 查	治 愈
5 62.11	陈××	子宫破裂 子宫破裂	术 前	创面、消化道、 泌尿道生殖道	1	192	(未查)					死 亡
6 63.9	何××	胎盘早期剥离 胎盘早期剥离	术 前	创面、皮下、 泌尿道生殖道	2	132	+	+	+	+	未 查	死 亡
7 64.1	肖××	部分胎盘植入 胎盘滞留	术 前	皮下、泌尿道、 生殖道	0	125	+	+	+	未 查	未 查	治 愈
8 70.7	凌××	过期流产 死胎子宫刮术	术 中	生 殖 道	未 查	未 查	未 查	+	未 查	(十五分钟) 未凝	正 常	治 愈
9 71.5	余××	产后大流血 先兆子痫休克	产 后	创面、泌尿道、生 殖道、消化道、胸 腔、腹腔穿刺点	未 查	未 查	未 查	+	未 查	+	+	死 亡
10 71.3	陈××	胎盘早期剥离 胎盘早期剥离	产 后	生殖道、泌尿 道、消化道、 呼吸道	未 查	未 查	未 查	+		(十四分) +	+	死 亡
11 73.6	陈××	子宫肌瘤 慢性纤维 蛋白溶解	术 中	创 面	未 查	未 查	+	+	血块廿四小时部分 收缩即呈轻度溶解	+	+	治 愈
12 75.12	朱××	中期妊娠 剖宫取胚休克	术 后	创面、泌尿道 生殖道	未 查	未 查	未 查	(2.2万) +		(八分) +	+	治 愈

续

例号	姓名	临床诊断	发生时间	出血部位	凝血相检查							结果
					纤维蛋白溶解度(分)	纤维蛋白含量(毫克%)	抗凝物质增加	血小板减少	凝血酶元时间长	流血时间延长	流血时间延长	
13	高××	双胎生产	产	创面、泌尿道、	未	未	未	+	+	+	+	死亡
79.1	27	肝炎休克	后	消化道、生殖道	查	查	查			(十分)	廿	

讨 论

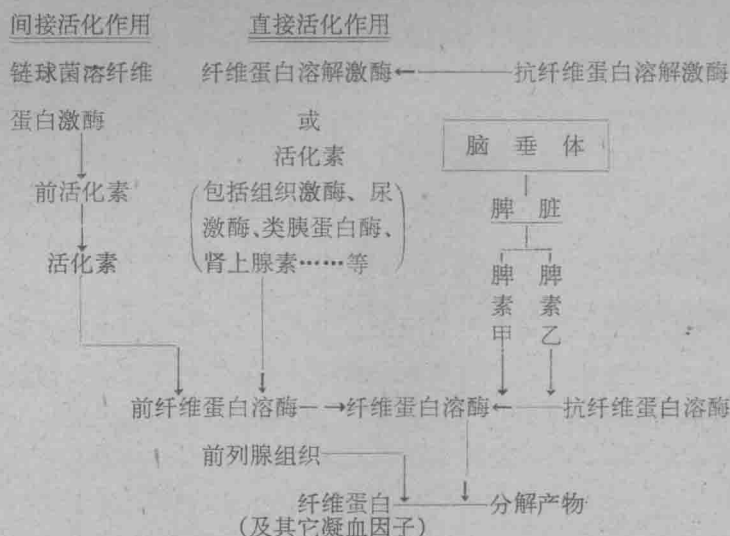
一发病机制:

在正常凝血过程中,凝血的最后阶段是纤维蛋白凝块(血凝块)的形成,以后血凝块发生收缩,溶解和吸收,使原有受损而栓塞的血管得到恢复和再通,从而达到永久性止血的目的。近年不少实验证明⁽⁸⁾,纤维蛋白溶酶系统对机体有保获作用,可减轻或去除弥漫性血管内凝血所造成的危害,因而正常的纤维蛋白溶解在机体中是一项不可缺少的步骤。

在近代血液学中纤维蛋白溶解已被认为是受着一种酶系统的控制和直接影响的,其机制甚为复杂,为了便于说明问题,我们特就一些文献^(1-2,7-14)上发表的机制图解,加以综合整理,并试作成如下的图解,供参考

表二

纤维蛋白溶解的机制



在正常血浆的球蛋白中,存在着一种名为前纤维蛋白溶酶 (profibrinolysin), 或称血浆素元 (plasminogen) 的物质, (以下简称前溶酶) 它是处于一种不活动状态, 不能直接溶解纤维蛋白, 必须由纤维蛋白溶解激酶 (Fibrinoly Sokinase) 或由于警觉反应所释放的肾上腺素的作用而得到活化, 当转变为纤维蛋白溶酶 (Fibrinolysin) 或称血浆素 (Plasmin) (以下简称溶酶) 之后, 才具有溶解纤维蛋白的作用。但是来自前列腺或癌肿组织

的蛋白分解酶 (Proteolysin) 则可不经活化, 有直接溶解纤维蛋白的作用。

在血浆的白蛋白中, 尚存在着一种与纤维蛋白溶酶相对抗, 而名为抗纤维蛋白溶酶 (Anfi-fibrinolysin) 或称抗血浆素 (Anfi-Plasmin) 的物质 (以下简称抗溶酶)。在正常情况下, 溶酶与抗溶酶二者处于一种平衡状态, Ungar⁽¹⁵⁾ 认为这一平衡是受脑垂体的控制, 并通过肾上腺和脾脏而实现的。Джибуги⁽¹⁶⁾ 认为前溶酶的活化与中枢神经系统有密切关系。

溶酶和抗溶酶之间的平衡在某些病理情况下, 可遭受破坏, 当溶酶的作用大为超过抗溶酶的时候, 就可能使已形成的纤维蛋白凝块迅速溶解, 甚至使凝块自始不能形成, 这样就造成了血液凝固的严重障碍, 而发生纤维蛋白溶解性出血。

二、病 因

妇产科范围内急性纤维蛋白溶解性出血多见于以下情况: 1、产科出血意外 (如胎盘早期剥离, 前置胎盘、胎盘滞留、子宫破裂、流产, 宫内死胎、羊水栓塞等), ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ 2、大手术或子宫及癌肿切除等手术, ⁽¹⁻²⁾ 3、休克, ⁽³⁻⁴⁾ 4、正常分娩的产妇也偶见于文献报导⁽⁷⁾。

能使前溶酶发生活化作用的物质 (活化素) 是很多的, 但与临床最有密切关系的首推组织激酶和肾上腺素两种。组织激酶在子宫等脏器中特别丰富, 在胎盘与胎儿组织中含量甚多, 因而在大手术及针对上述特殊脏器所施行的手术, 都可使组织激酶大量释放, 使前溶酶大为活跃起来, 引起纤维蛋白溶解性出血。在产科出血意外的机制中, 曾有不少学者⁽¹⁹⁻²⁴⁾ 认为来自子宫, 胎儿、胎盘、绒毛组织、羊膜或羊水所释放的凝血活酶 (Thromboplastin) 之大量进入血管循环是主要的或原发的机制, 当大量的凝血活酶进入全身血循之后, 即首先大量夺取血浆中的纤维蛋白元, 并在血管内形成纤维蛋白凝块, 造成弥漫性血管内凝血

