

初产妇妊娠期子宫破裂风险因素分析及护理对策

李咪琪¹, 黄素芳², 郑丹莉²

Risk factors and countermeasures of uterine rupture during pregnancy in primiparas Li Miqi, Huang Sufang, Zheng Danli

摘要:目的 分析急诊初产妇妊娠期子宫破裂的临床特征及护理风险,以提高急诊科护士对初产妇妊娠腹痛的护理风险意识。方法 回顾性分析急诊科收治的 11 例初产妇妊娠期子宫破裂的病历资料,包括一般资料、首发症状及临床特征等。结果 单胎妊娠 10 例,双胎妊娠 1 例;瘢痕子宫 10 例,非瘢痕子宫 1 例;人工流产史 5 例,体外胚胎移植术史 3 例。9 例初产妇以腹痛急诊就诊,伴腹胀 2 例。不完全子宫破裂 4 例,完全子宫破裂 7 例。10 例采用剖宫产+子宫修补术,1 例行子宫次全切除术。经治疗,初产妇均存活;胎儿死亡 7 例,存活 5 例。结论 初产妇发生子宫破裂风险因素复杂多样,急诊科护士需加强对妊娠期腹痛初产妇的分诊及风险评估,评判性分析初产妇生命体征及非特异性症状,早期干预,避免不良结局,保证母婴平安。

关键词:初产妇; 妊娠; 子宫破裂; 腹痛; 人工流产; 胚胎移植; 护理

中图分类号:R473.71 文献标识码:B DOI:10.3870/j.issn.1001-4152.2020.20.056

子宫破裂是产科极为严重的罕见并发症,其完全子宫破裂发生率约为 5.6/10 000^[1],无剖宫产史子宫破裂发生率为 1.8/10 000^[2]。子宫破裂的主要危险因素是瘢痕子宫,而子宫肌瘤剔除术、人工流产术等是造成初产妇瘢痕子宫的主要原因;其次,子宫破裂也与孕妇年龄>35 岁、孕次、孕周>42 周及产前保健不足(产检次数<4 次)等有关^[3-9]。子宫破裂对母胎影响较大,胎儿死亡率高达 8.7%^[10]。随着二胎政策的全面开放,临床重点关注的是剖宫产史,往往忽视了初产妇因人工流产术、生殖助孕技术等宫腔内手术造成的瘢痕子宫。若急诊科护士对初产妇子宫破裂的风险评估及病情发展把控不足,极易导致病情延误及漏诊、误诊,

不仅影响妊娠结局,还会影响其再次妊娠。目前国内对初产妇子宫破裂的急诊护理研究甚少,本文回顾性分析 2011 年 8 月至 2018 年 6 月我院急诊科收治的 11 例初产妇妊娠期子宫破裂的病例资料,以期提高急诊科护士对初产妇妊娠期子宫破裂风险识别意识并及时正确处理,改善妊娠结局。

1 临床资料

1.1 初产妇一般资料 纳入标准:初产妇,妊娠期,诊断为子宫破裂,经急诊入院;排除资料不全病例。共纳入妊娠期子宫破裂初产妇 11 例,年龄 21~36 (28.0±4.9)岁。血红蛋白 54~128 g/L,其中 7 例血红蛋白<100 g/L。初产妇基本资料,见表 1。

表 1 初产妇基本资料

编号	年龄 (岁)	孕周 (周)	单双 胎	规律 产检	既往史	症状	血压 (mmHg)	心率 (次/min)	休克 指数	胎心率 (次/min)	破裂 部位
1	36	30 ⁺⁵	单胎	无	体外受精胚胎移植术	阴道流血、流液	120/70	101	0.84	145	子宫下段
2	24	33 ⁺³	单胎	4 次	左侧输卵管切除术	腹痛	112/67	85	0.76	130~135	左侧宫角
3	24	32 ⁺³	单胎	无	人工流产术 2 次	腹痛	100/60	86	0.86	134~150	右侧宫角
4	29	12	单胎	无	体外受精胚胎移植术	无	98/64	80	0.82	无	宫底
5	24	35	双胎	无	无	腹痛	85/45	128	1.50	无	宫体
6	29	28	单胎	无	体外受精胚胎移植术	腹痛	120/80	103	0.86	无	宫底
7	21	35 ⁺⁴	单胎	无	右侧输卵管切除术	腹痛	105/58	88	0.83	136	宫底
8	24	32 ⁺⁵	单胎	无	人工流产术 3 次	腹痛、腹胀,胎动消失 2 d	123/81	120	0.98	无	左侧宫角
9	34	29	单胎	无	人工流产术 3 次,输卵管疏通术	腹痛、腹胀	103/61	145	1.41	无	左侧宫角
10	31	37	单胎	无	人工流产术 1 次 卵巢巧克力囊肿剥除术	腹痛,胎动消失半天	111/64	140	1.26	无	宫体
11	32	39	单胎	10 次	人工流产术,右侧输卵管切除术,子宫修补术	腹痛	96/63	102	1.06	145	右侧宫角

1.2 资料收集方法 由急诊科 2 名护理研究生回顾性收集初产妇基本资料,并双人核对,主要收集初产

妇一般资料、既往手术史、临床表现、急诊时的生命体征、子宫破裂部位等。

1.3 结果 11 例子宫破裂初产妇中,不完全子宫破裂 4 例,完全子宫破裂 7 例。10 例采用剖宫产+子宫修补术,其中联合子宫动脉结扎术 1 例;1 例行子宫次全切除术。8 例通过 B 超确诊,其中 1 例采用 B 超联合阴道检查确诊;其余 3 例术中确诊。经治疗,初产妇均存活;胎儿死亡 7 例,存活 5 例。

作者单位:华中科技大学同济医学院附属同济医院 1. 护理部 2. 急诊科
(湖北 武汉,430030)
李咪琪:女,硕士,护士
通信作者:郑丹莉,33757637@qq.com
收稿:2020-05-03;修回:2020-07-20

2 子宫破裂风险因素分析

2.1 宫腔内手术致瘢痕子宫 本组 10 例初产妇有宫腔内手术史,其中既往人工流产 5 例(3 例有重复人工流产史),体外受精胚胎移植术 3 例,输卵管切除术 2 例,此类手术可致瘢痕子宫,是造成患者子宫破裂的主要原因。我国人工流产具有年轻化、未育比例高、重复流产率高的特点^[11],且人们对人工流产术的认知欠缺^[12]及术后保健意识不强,对育龄期妇女生殖健康的危害较大。初产妇因家庭等原因隐瞒其既往人工流产史,会影响急诊护士对初产妇的风险评估及病情观察重点,可能导致误诊。辅助生育技术是在自然受孕失败的情况下开展的助孕术。该技术虽为无创性,但为改善子宫内膜容受性,一般在胚胎移植前采取子宫内膜搔刮术^[13],临床常采用诊断性刮宫或清宫方法,以提高胚胎移植成功率。该方法对操作者的技术要求非常高,技术不娴熟可能会导致子宫内膜基底层损伤、子宫内膜过薄等^[14]。急诊护士风险评估时会因为辅助生育技术的无创性,而忽略胚胎移植准备阶段对子宫造成的潜在危害。初产妇妊娠期子宫破裂的风险因素复杂,加之急诊工作节奏快、急诊医护人员的惯性思维及患者不配合隐瞒病史,可能导致初产妇宫腔内手术史的评估准确率偏低,而影响病情判断,有误诊的风险。

2.2 腹部症状的非特异性 腹痛作为子宫破裂最常见的首发症状,也是初产妇就诊的主要原因。本组 9 例初产妇以腹痛急诊就诊。一般情况下腹痛部位与子宫破裂的位置有关,破裂位于宫底可能会出现上腹部疼痛,位于子宫后壁可能出现腰骶部疼痛,位于子宫下段可能会出现下腹痛^[15-16]。有剖宫产史孕妇子宫破裂多发生于子宫下段,而初产妇的子宫破裂多发生于宫底和宫角,容易出现下腹痛。且临床实践发现,随着病情进展,患者腹痛伴腹胀进行性加重更为突出。本组有 2 例患者出现此情况,与消化系统疾病表现相似。初产妇妊娠期子宫破裂腹部症状的非特异性容易导致其早期未归因于子宫破裂而误诊,需要早期结合辅助检查以明确诊断。临床中常采用 B 超检查,但由于剖宫产致瘢痕子宫的惯性思维,B 超检查时会重点关注子宫下段情况,忽略全子宫尤其是宫底的检查;此外,B 超在子宫后壁破裂或破裂口受胎儿遮挡时难以探查,故易导致漏诊、误诊。已发生子宫破裂及出血的患者 B 超提示腹腔积液时,需及时进行腹腔穿刺,对积液的量、颜色、性质等进行评估以辅助诊断,避免漏诊、误诊。

2.3 初产妇孕期保健知识不足 胎心异常是子宫破裂敏感度最高(66%~76%)的症状,有近 50% 患者同时出现胎心监护异常和腹痛^[17]。有研究报道,初产妇妊娠期子宫破裂的胎儿死亡率极高^[18],但从出现首发胎心异常症状到胎心消失的时间并不短,且在胎心消失前 24~48 h 通常会出现胎动异常,能够提

醒孕妇尽早就诊。本组 6 例初产妇急诊就诊时无胎心音,初产妇在就诊前已经出现胎动异常,但并未引起重视,这可能与初产妇对自数胎动、胎动异常警惕及处理等孕期保健知识不足有关。目前国内孕期保健状况不容乐观,孕期保健状态较差的孕妇占 45.73%^[19]。良好的孕期保健可显著降低产妇产后并发症发生率,保障母婴健康^[19]。规律孕期检查及保健对于妊娠期母婴健康十分重要,但本组仅 2 例初产妇行规律孕期检查,9 例未规律行孕期检查,初产妇孕期获得的孕期保健知识不足,是导致其难以识别早期异常情况而错过最佳诊疗时间的原因之一。

3 护理对策

3.1 加强妊娠腹痛初产妇风险因素评估 重视妊娠腹痛患者风险因素筛查,建立有效评估机制,以提高急诊诊疗效率。分诊及风险筛查是急诊患者就诊的第一关,初产妇妊娠腹痛由于其症状非特异性,急诊护士在分诊评估时需要结合其既往史,特别是对人工流产史等的评估。对于妊娠腹痛初产妇在入院时评估其身高、体态、腹部隆起程度等,采集病史时需要有技巧地询问,必要时与初产妇单独沟通以保证资料的准确性。对于高危初产妇需结合首发症状、继发病状、病情变化及生化检查结果对其进行风险评估,注意与其他疾病尤其是消化系统疾病进行鉴别,避免误诊。建议制定一套标准化的评估流程,包括高危因素评估、症状评估、生化检查评估等,以准确判断病情,及时采取干预措施,避免病情进展。

3.2 动态观察生命体征变化及腹部症状 需重视腹痛变化及伴随症状的评估,动态观察生命体征变化并结合休克指数判断病情变化。生命体征是最常见且至关重要的信息,急诊护士接诊后需快速监测初产妇生命体征,动态观察生命体征对早期防范及病情预测尤其重要。本研究中,10 例血压均在正常范围内,仅 1 例血压异常,为 85/45 mmHg,故单纯观测血压值无法准确反映病情。对于急性出血性疾病患者,动态评估休克指数更具敏感性,当休克指数>0.5 且逐渐上升时提示患者即将发生休克。当休克指数为临界值时需立即急查血常规、生化指标等,并建立静脉通道。本组初产妇休克指数均>0.5,且 4 例休克指数>1,1 例休克指数接近 1,提示发生休克。既往有研究显示,术前血红蛋白<70 g/L 的孕妇发生子宫破裂的风险更高^[20]。需根据初步评估结果快速开放各检查绿色通道及优先就诊。此外,需重视评估初产妇的体位、表情及腹痛部位、程度与性质。发生于宫底和宫角的子宫破裂初产妇其主要表现为下腹痛,可能是受重力影响血液和羊水积聚下腹,出现腹膜刺激征,若处于被动坐位、膝胸位或蜷曲时,需提示医生进行辅助检查明确诊断。急诊工作节奏快,初产妇可能未诉不适但已经出现异常情况,故要求急诊护士需更注重细节,对疾病的发展有预判能力,多询问初产妇

主诉,密切观察病情变化,有利于病情预判,避免严重并发症的发生。

3.3 注意监测胎心和胎动变化 正常胎心为 110~160 次/min,胎心>160 次/min 或<110 次/min 持续 10 min 以上即为胎心过速或胎心过缓^[21]。急诊护士在接诊孕妇时需重视胎心率监测,以早期发现异常。胎动是妊娠期间孕妇与胎儿最初的互动,正常的胎动是胎儿对母亲“平安”信号。胎动最能反映胎儿的氧合状态,胎儿窘迫早期会出现胎动明显增加,继而胎动减少或消失^[22],孕妇在胎动异常早期及时就诊,有利于在不适症状出现之前确诊。急诊护士在接诊初产妇后详细询问胎动次数,并嘱其持续自数胎动,了解胎儿变化的同时分散初产妇注意力,避免情绪导致病情恶化。

3.4 提高孕期保健风险防范意识 目前子宫破裂的治疗手段较为成熟,导致不良结局主要原因是就诊延迟与诊断延迟,主要与初产妇孕期保健知识及风险意识不足有关。产科门诊护士在初产妇首次建档时需做好孕期保健知识宣教和风险筛查,教会初产妇自数胎动,记录胎动,告知孕期可能出现的异常情况及处理措施,在每次孕检时重复宣教,强化其风险意识;建档时警惕高危初产妇,按时提醒其孕检时间并追踪随访。适时在社区、基层普及孕期保健知识,强调初产妇妊娠期发生异常情况的处理方法,告知其正确的入院方式及途径,联合媒体等加强宣教力度,便于及时发现异常,早期就诊,保证母胎安全。

4 小结

初产妇妊娠期子宫破裂风险因素复杂多样,而急诊护理工作面临节奏快、患者流动性大,且初产妇对疾病认知不足、对病情隐瞒等。对于以腹痛急诊就诊的初产妇,需启动分诊和风险评估流程,快速重点评估生命体征及非特异性腹部症状,密切监测生命体征及胎心,准确预判病情变化,根据病情开放绿色通道,早期干预。同时注重病史跟踪,以预后反向评估急诊护理流程,不断改进优化,以改善初产妇妊娠期子宫破裂不良结局,促进母婴健康。

参考文献:

- [1] Colmorn L B, Petersen K B, Jakobsson M, et al. The Nordic Obstetric Surveillance Study: a study of complete uterine rupture, abnormally invasive placenta, peripartum hysterectomy, and severe blood loss at delivery[J]. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2015,94(7):734-744.
- [2] Vilchez G, Nazeer S, Kumar K, et al. Contemporary epidemiology and novel predictors of uterine rupture: a nationwide population-based study[J]. *Arch Gynecol Obstet*, 2017,296(5):869-875.
- [3] Al-Zirqi I, Daltveit A K, Forsen L, et al. Risk factors for complete uterine rupture[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2017,216(2):161-165.
- [4] Gibbins K J, Weber T, Holmgren C M, et al. Maternal and fetal morbidity associated with uterine rupture of the

unscarred uterus[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2015, 213(3):381-382.

- [5] Al-Zirqi I, Stray-Pedersen B, Forsen L, et al. Uterine rupture: trends over 40 years[J]. *BJOG*, 2016,123(5):780-787.
- [6] Hesselman S, Hgberg U, Ekholm-Selling K, et al. The risk of uterine rupture is not increased with single-compared with double-layer closure: a Swedish cohort study[J]. *BJOG*, 2015,122(11):1535-1541.
- [7] Kaczmarczyk M, Sparen P, Terry P, et al. Risk factors for uterine rupture and neonatal consequences of uterine rupture: a population-based study of successive pregnancies in Sweden[J]. *BJOG*, 2007,114(10):1208-1214.
- [8] Vandenberghe G, de Blaere M, van Leeuw V, et al. Nationwide population-based cohort study of uterine rupture in Belgium: results from the Belgian Obstetric Surveillance System[J]. *BMJ Open*, 2016,6(5):e10415.
- [9] Mukasa P K, Kabakyenga J, Senkungu J K, et al. Uterine rupture in a teaching hospital in Mbarara, western Uganda, unmatched case-control study [J]. *Reprod Health*, 2013,10:29-34.
- [10] Markou G A, Muray J M, Poncelet C. Risk factors and symptoms associated with maternal and neonatal complications in women with uterine rupture. A 16 years multicentric experience[J]. *Eur J Obstet Gynecol Repro Biol*, 2017,217:126-130.
- [11] 中华人民共和国国家和计划生育委员会. 中国卫生和计划生育统计年鉴 2017[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2017:225-227.
- [12] 罗振宇. 厦门市人工流产妇女特征分析及流产后服务现状的研究[D]. 广州:南方医科大学,2016.
- [13] 任建枝,韩冬梅,沙爱国,等. 胚胎移植周期中子宫内膜搔刮术的应用价值[J]. *临床军医杂志*, 2012,40(6):1480-1482.
- [14] 李先莲. 改良式内膜刺激对体外受精-胚胎移植的影响[J]. *中国药物与临床*, 2015,15(6):844-845.
- [15] 何茂旭,王佩,韩丽丽,等. 妊娠晚期不典型子宫破裂误诊 1 例分析[J]. *中国计划生育和妇产科*, 2018,10(6):92-93.
- [16] 陈莹莹,石琪,李佳平. 不典型晚期妊娠子宫破裂 1 例报告[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2012,28(7):552-553.
- [17] Zwart J J, Richters J M, Ory F, et al. Uterine rupture in the Netherlands: a nationwide population-based cohort study[J]. *BJOG*, 2009,116(8):1069-1078.
- [18] Berhe Y, Gidey H, Wall L L. Uterine rupture in Mekelle, northern Ethiopia, between 2009 and 2013[J]. *Int J Gynaecol Obstet*, 2015,130(2):153-156.
- [19] 阮一华. 产妇产前保健状况及其对母婴健康的影响研究[J]. *中国实用医药*, 2016,11(4):282-283.
- [20] Bujold E, Gauthier R J. Risk of uterine rupture associated with an interdelivery interval between 18 and 24 months[J]. *Obstet Gynecol*, 2010,115(5):1003-1006.
- [21] 万波. 产时胎心监测的判读[J]. *中华产科急救电子杂志*, 2017,6(4):211-215.
- [22] Lai J, Nowlan N C, Vaidyanathan R, et al. Fetal movements as a predictor of health[J]. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2016,95(9):968-975.

(本文编辑 李春华)