

· 病例报道 ·

双子宫两侧宫腔先后足月剖宫产分娩1例并文献复习

励侠 梁峰冰

双子宫畸形是女性生殖系统畸形中较为罕见的一类,它形成的原因在于苗勒管的融合异常,可并发或不并发阴道纵隔。它与不孕症及异常妊娠,包括反复的流产及早产均有密切联系^[1]。现有文献表明,苗勒管发育异常患者在育龄女性中的发病率约在2%~5.5%^[2],这些人中约1/4存在生育相关的问题^[3]。而双子宫畸形则占有类别子宫畸形的10%~13%^[4,5]。其对女性最大的影响是早产、流产发生率的增高,各种产科并发症的增加。本次报道1例双子宫女性,两侧子宫先后正常妊娠并剖宫产分娩,合并复习相关文献,探讨双子宫患者生育的特点及合理的产科处理方案。

1 临床资料

患者,女性,36岁,孕4产1,因“停经38周⁺,产检超声提示羊水减少半天”于2019-07-29入浙江大学医学院附属邵逸夫医院产科。该孕妇平素月经规则,周期28 d,行经4~5 d,末次月经2018-11-01,此次为自然妊娠,推算预产期2019-08-08,孕10周⁺建围产期保健卡,孕13周⁺行NT超声提示双子宫,右侧宫腔内单活胎。孕妇定期产检,孕24周⁺于我院行口服75 g葡萄糖耐量试验,空腹血糖5.30 mmol/L,餐后1 h血糖10.44 mmol/L,餐后2 h血糖9.66 mmol/L,均偏高,诊断为“妊娠期糖尿病”,给予糖尿病饮食控制,目前血糖控制尚可,余产检项目未见明显异常。孕中晚期双下肢轻度水肿,无头昏胸闷,无皮肤巩膜黄染,无皮肤瘙痒,无头晕眼花等不适。今晨孕妇至我院产检查胎儿生长发育超声提示羊水指数5.75 cm,无阵发性下腹痛,无阴道流血,无阴道流液,自觉胎动如常。孕来,神志清,精神可,胃纳可,大小便无殊,睡眠安,体重增加15.5 kg。入院时查

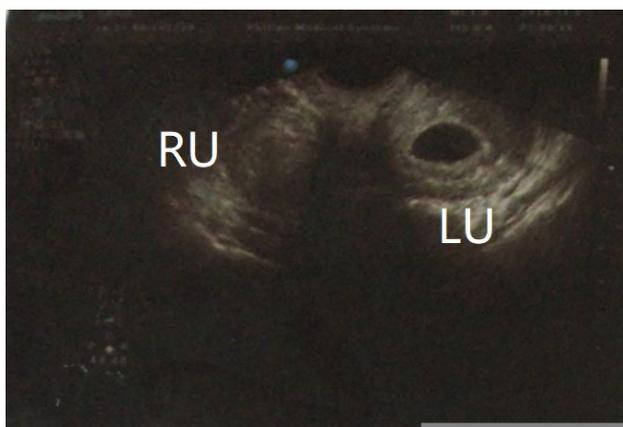
体:体温36.8℃,心率105次/分,呼吸20次/分,血压124/80 mmHg,神志清,精神佳,发育正常,营养状况良好,无病容,心肺听诊无殊,腹隆,软,耻骨联合上方2指处可见长约14 cm横行手术疤痕,愈合佳。宫高33 cm,腹围99 cm,阴道检查未行,胎膜未破,无宫缩。既往病史:2010年患者自然妊娠。孕6周⁺行B超检查(见图1)诊断为双子宫畸形,左侧宫腔可及孕囊,并见卵黄囊、胚芽,可见原始心管搏动,右侧宫腔内见0.9 cm囊性暗区,胚囊待排。孕8周复查超声提示双子宫双侧宫腔内早孕,其中左侧宫腔内孕囊可见胚芽及心搏,右侧宫腔内孕囊仅见卵黄囊,未见胚芽及心搏。孕12周⁺行NT超声(见图2)提示左侧宫腔内活胎,生长发育良好(顶臀径6.3 cm),右侧宫腔内仅见光整胚囊,囊内可见卵黄囊,但未见明显胚芽。至孕中晚期B超仅见左侧宫腔内单活胎。继续妊娠至孕38周⁺,因重度子痫前期、妊娠期肝内胆汁淤积症足月剖宫产分娩一活婴,重2370 g。产褥期恢复佳,新生儿生长发育良好至今。入我院后完善术前检查,于孕38周⁺行子宫下段二次剖宫产术,术中见盆腔无明显粘连,双子宫畸形,右侧子宫孕足月大小,子宫下段未形成,左侧子宫饱满,质软,略大,双侧附件外观无殊。取右侧子宫下段横切口见羊水清,量约500 ml,以左枕前位娩一活婴,Apgar评分10分/1~5 min,体重2480 g;脐带无绕颈;胎盘胎膜人工剥离。术后以抗生素预防感染及补液对症支持治疗,术后3 d恢复佳出院,产后42 d随访恢复佳。

2 讨论

本例患者为罕见的双子宫畸形合并妊娠。其中首次妊娠为双子宫两侧宫腔同时妊娠,类似的案例仅有零星的病例报道^[6,7],最终其左侧宫腔内胎儿发育至足月并剖宫产分娩。此次妊娠为双子宫右侧宫腔妊娠,并再次妊娠至足月剖宫产分娩一婴。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2020.001.024

作者单位:310016 浙江杭州,浙江大学医学院附属邵逸夫医院妇产科



注:左侧宫腔(LU)内可见孕囊,右侧宫腔(RU)内仅见囊性暗区。

图1 孕6周早孕超声示意图



注:左侧宫腔(LU)见成形胎儿,右侧宫腔(RU)仅见胚囊样结构。

图2 孕12周NT超声示意图

本例患者两次足月产均为自然妊娠,但这仅是个例,综合国内外文献可知,目前对于双子宫患者的受孕状况仍有争论:有针对数十例双子宫患者的一项长期随访观察中发现,双子宫患者的受孕能力

并不下降^[9],而国内则有学者持相反的观点^[8];但子宫畸形患者的生育表现及产科结局较无子宫异常的患者有显著区别却几乎是共同的结论:高流产率、高早产率及更高的胎位异常发生率是子宫畸形患者妊娠的几个重要特点^[9]。

当临床上出现反复流产及早产时,除外感染及宫颈机能不全,首先需要考虑的就是子宫发育异常。关于早产及流产率增高的原因,有研究认为可能是由于子宫收缩更频繁或不协调^[10],或子宫容量减少导致的^[11]。对于后一种假说,Meyer等^[12]的动物模型给出了印证,将小鼠单侧子宫角结扎后会导致胎盘尺寸和新生个体出生体重下降,宫内生长受限增加。也有学者提出与纵隔有关的子宫异常高流产率可能与覆盖于隔膜处的子宫内膜异常,导致受精卵着床、生长受到影响^[1]。但有异议者不在少数,Dabirashrafi等^[10]44例子宫内纵隔的活检标本中发现明显更多的血管,而Kupesic等^[13]发现子宫内有富有血管的纵隔患者的早孕失败和妊娠后期并发症的发生率明显高于无血管的。在所有子宫发育异常类型中,双子宫的妊娠结局是最差的^[2]。国外的学者针对不同类型的子宫发育异常患者的大样本研究表明,更严重的子宫融合异常畸形(如双子宫、单角子宫等)较轻微的子宫融合异常畸形(如弓形子宫、纵隔子宫等)具有更差的妊娠结局和更多的妊娠期并发症,特别是早产、胎儿宫内生长受限风险的升高^[14]。有数据显示双子宫早产风险可高达56%,而所有类别子宫畸形总体的早产率约40%,其中后者已经是正常人群早产风险的7倍^[5]。而双子宫妇女新生儿出生时的胎龄及体重偏低,中孕期宫颈机能不全导致的难免流产,都是导致围产儿死亡发生率增高的重要因素。有报道显示,双子宫患者产下新生儿的存活率仅约70%^[9]。如果由于子宫发育异常继发宫颈机能不全而诱发的早产,宫颈环扎术仍被认为是有效的^[9]。

本例患者没有无异常流产及早产的病史,这可能归功于其个体的子宫容受性更好,但是子宫发育异常仍导致了不良的产科结局:产妇虽两次均于38周足月剖宫产分娩,但新生儿出生体重均小于2500g。这可能是由于双子宫患者异常的子宫和胎盘间的血管化导致的“胎盘功能不全”^[14,15]。Cahen-Peretz等^[16]在2017年发表的研究中指出,苗勒管解剖异常的足月产儿低体重率高达10.1%,而正常生殖系统解剖女性的该数值仅3.6%。Fox等^[14]研究提

出患有双子宫等严重子宫畸形产妇所生新生儿出生体重低于第10百分位数的比例为27.9%，而低于第5百分位数的比例竟达到17.6%。除了增加未足月胎膜早破、胎儿宫内生长受限及剖宫产的发生率^[15]。对于双子宫的妊娠女性而言，前置胎盘、胎盘早剥、胎盘残留、羊水过少、慢性高血压、妊娠期高血压、妊娠期糖尿病、妊娠期贫血均较正常孕产妇更为常见^[16]。本例患者两次妊娠过程先后经历了重度子痫前期、妊娠期肝内胆汁淤积症及妊娠期糖尿病等产科并发症，推测亦可能与其子宫发育异常相关。子宫发育的异常阻止了胎位正常旋转至头位，导致异常胎位（主要是臀位）发生率明显升高，胎位异常率与疤痕子宫率高使子宫发育异常产妇的剖宫产率较普通人群明显升高，但产程延长及分娩中胎心异常的发生率较普通人群并不增长^[15]，同时，虽然子宫破裂的发生率在苗勒管发育异常的人群中升高，但其发生的主要原因却在于其疤痕子宫率高而非解剖异常本身^[17]，故在没有发生因苗勒管发育异常导致软产道梗阻（如阴道横膈、阴道斜膈等）的情况下，依然可积极阴道试产。但本例患者虽两次孕晚期胎位均为头位，仍选择了剖宫产妊娠，未行阴道试产，是因为由于双子宫妊娠案例稀少，临床上终止妊娠方式的选择趋于保守。

综上所述，双子宫患者的生育表现及产科结局均较正常子宫解剖人群更差，其主要特点为高流产率、高胎位异常率、高胎儿宫内生长受限率，诸多产科并发症的风险均升高，并面临着更高的剖宫产率，但只要进行合理的产科处理及新生儿监护治疗，大多数双子宫患者仍能获得满意的妊娠结局。

参考文献

- Raga F, Bauset C, Bonilla-Musoles F, et al. Reproductive impact of congenital müllerian anomalies on women willing to conceive[J]. *Fertil Steril*, 1997, 12(10): 2277-2281.
- Chan YY, Jayaprakasan K, Tan A, et al. The reproductive outcomes of women with congenital uterine anomalies: a systematic review[J]. *Ultrasound Obst Gyn*, 2011, 38(4): 371-382.
- Harger JH, Archer DF, Marchese SG, et al. Etiology of recurrent pregnancy losses and outcome of subsequent pregnancies[J]. *Obstet Gynecol*, 1983, 62(5): 574-581.
- Heinonen P. Clinical implications of the didelphic uterus: long-term follow-up of 49 cases[J]. *Eur J Obstet Gyn R B*, 2000, 91(2): 183-190.
- Meiling H, Odibo AO, Longman RE, et al. Congenital uterine anomalies and adverse pregnancy outcomes[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2011, 204(1): S334-S335.
- Yang MJ, Tseng JY, Chen CY, et al. Delivery of double singleton pregnancies in a woman with a double uterus, double cervix, and complete septate vagina[J]. *J Chin Med Assoc*, 2015, 78(12): 746-748.
- Ani EO, Ugwa EA, Taiye AB, et al. Simultaneous pregnancy in each uterine cavity of a double uterus in a young Nigerian multipara who presented with a retained second twin following an unsupervised preterm labor at home; Case report[J]. *Int J Surg Case Rep*, 2018, 42: 224-226.
- Zhang Y, Zhao YY, Qiao J. Obstetric outcome of women with uterine anomalies in China[J]. *Chin Med J*, 2010, 123(4): 418-422.
- Ación P. Reproductive performance of women with uterine malformations[J]. *Hum Reprod*, 1993, 8(1): 122-126.
- Dabirashrafi H, Bahadori M, Mohammad K, et al. Septate uterus: New idea on the histologic features of the septum in this abnormal uterus[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 1995, 172(1): 105-107.
- Propst AM, Hill JA. Anatomic factors associated with recurrent pregnancy loss[J]. *Semin Reprod Med*, 2000, 18(4): 341-350.
- Meyer KM, Koch JM, Ramadoss J, et al. Ovine surgical model of uterine space restriction: interactive effects of uterine anomalies and multifetal gestations on fetal and placental growth[J]. *Biol Reprod*, 2010, 83(5): 799.
- Kupesic S. Clinical implications of sonographic detection of uterine anomalies for reproductive outcome[J]. *Ultrasound Obst Gyn*, 2001, 18(4): 387-400.
- Fox NS, Roman AS, Stern EM, et al. Type of congenital uterine anomaly and adverse pregnancy outcomes[J]. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2014, 27(9): 949-953.
- Hirsch L, Yeoshoua E, Miremberg H, et al. The association between Müllerian anomalies and short-term pregnancy outcome[J]. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2015, 29(16): 2573-2578.
- Cahen-Peretz A, Sheiner E, Friger M, et al. The association between Müllerian anomalies and perinatal outcome[J]. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2019, 32(1): 51-57.
- Erez O, Dukler D, Novack L, et al. Trial of labor and vaginal birth after cesarean section in patients with uterine Müllerian anomalies: A population-based study[J]. *AJOG*, 2007, 196(6): 537.e1-11.

(收稿日期 2019-10-18)

(本文编辑 蔡华波)