

人工流产相关高危因素分析

袁 虹, 杨家义, 刘 念(重庆医科大学附属第一医院妇产科 400016)

【摘要】 目的 分析高危人工流产相关高危因素,减少高危人工流产人群,促进女性生殖健康。方法 2014 年 5 月至 2015 年 4 月该院自愿要求行人工流产的女性 3 360 例,对其中 1 120 例高危人工流产女性回顾性分析高危因素。结果 高危人工流产女性占同期人工流产女性的 33.33%,首位高危因素是重复流产,占 49.46%,其次是剖宫产术后,占 38.57%;已生育女性中存在高危因素占 67.68%,未生育女性中存在高危因素占 36.43%,有高危因素但没有采取避孕措施占 49.82%。结论 高危人工流产是目前计划生育工作者棘手的问题,其现状不容忽视,应采取相应对策减少高危因素。

【关键词】 高危人工流产; 重复人工流产; 高危因素

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.09.019 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)09-1204-03

Analysis of high-risk abortion-related risk factors and countermeasures YUAN Hong, YANG Jia-yi, LIU Nian (Department of Obstetrics and Gynecology, First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China)

【Abstract】 Objective To reduce high-risk abortion crowd and promote women's reproductive health by analyzing high-risk abortion-related risk factors. Methods Totally 3 360 cases of abortion women were selected from May 2014 to April 2015 in our hospital, of which 1 120 cases of women at high risk of abortion were retrospectively analyzed risk factors. Results High-risk abortion women accounted for 33.33% in the same period, ranking first in the risk factors are repeat abortions, accounting for 49.46%, followed by cesarean section, accounting for 38.57%, women who have given birth in the presence of risk factors accounted for 67.68%, the presence of risk factors for women without children accounted for 36.43%, with risk factors but did not take contraceptive measures accounted for 49.82%. Conclusion High-risk abortion is the thorny issue of family planning workers, their status can not be ignored and should take appropriate measures to reduce risk factors.

【Key words】 high-risk abortion; repeat abortion; risk factors

人工流产是避孕失败后终止妊娠的 1 种补救措施。目前,人工流产手术中、术后不可避免地会出现一些并发症和后遗症,如子宫穿孔、术中出血、子宫内膜损伤、继发不孕等,直接影响妇女的生殖健康。高危人工流产还会给手术造成一定难度,增加术中、术后并发症和后遗症,严重威胁妇女的生殖健康甚至生命,尤其不容忽视其对生育的影响^[1]。因此,本文旨在分析高危人工流产相关高危因素,提出相应对策,减少高危人工流产人群,促进女性生殖健康。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 5 月至 2015 年 4 月本院自愿要求行人工流产的女性 3 360 例,按人工流产高危因素纳入标准,确定 1 120 例高危人工流产女性。所有对象均经过术前 B 超诊断为宫内早孕,孕周 6~10 周。

1.2 方法 自行设计记录表,专人负责收集、填写人工流产女性的一般人口学资料、避孕情况、意外妊娠原因等。高危因素纳入标准为:年龄 ≤ 20 岁,剖宫产术后 ≤ 6 个月,剖宫产术后 ≤ 12 个月,半年内 ≥ 2 次人工流产、1年内 ≥ 3 次人工流产,哺乳期,生殖道畸形,既往妊娠有胎盘粘连史或大出血史。纳入排除标准:年龄 ≥ 50 岁,子宫过度屈曲,暴露宫颈困难,因某些病变不能取膀胱结石位。根据以上标准回顾性分析 1 120 例高危人工流产相关高危因素。

1.3 统计学处理 采用 Excel 软件进行统计学分析。

2 结 果

2.1 人工流产女性一般人口学特征 3 360 例人工流产女性,

年龄 16~49 岁,平均 31.20 岁;孕次 1~10 次,平均 2.95 次;产次 0~3 次,平均 1.06 次。已婚 2 174 例,未婚 1 186 例;已生育 1 623 例,未生育 1 737 例。3 360 例人工流产女性存在高危因素者 1 120 例。其中,20 岁及以下 74 例,占 6.61%;21~30 岁女性 751 例,占 67.05%。未婚女性 518 例,占 46.25%;未育女性 635 例,占 56.70%。无业人员 665 例,占 59.38%。大专及以下 667 例,本科及以上学历女性 453 例,分别占 59.55%和 40.45%。见表 1。

2.2 高危人工流产女性高危因素分布情况 高危人工流产女性 1 120 例,占同期人工流产女性 33.33%。重复人工流产和剖宫产术后是 2 个主要的高危因素,合并占 88.04%(986/1 120)。首位高危因素重复流产占 49.46%(554/1 120),其中,半年内 ≥ 2 次人工流产史占 24.46%,1年内 ≥ 3 次人工流产史占 25.00%。剖宫产术后占 38.57%(432/1 120),其中,剖宫产术后半年内占 17.50%,剖宫产 1 年内占 21.07%。已生育女性中存在高危因素占 67.68%(758/1 120),未生育女性中存在高危因素占 36.43%(408/1 120)。见表 2。

2.3 高危人工流产女性避孕情况 高危人工流产女性 1 120 例,其中 558 例未采取避孕措施,占 49.82%。562 例自认为避孕失败,占 50.18%,其中,不能坚持每次性生活都使用避孕套 277 例,占 49.29%(277/562);口服紧急避孕药失败 51 例,占 9.07%(51/562);安全期避孕失败 103 例,占 18.33%(103/562);带器妊娠 12 例,占 2.14%(12/562);其他方法避孕失败 19 例,占 3.38%(19/562)。

表 1 1 120 例高危人工流产女性一般人口学特征

一般人口学特征	指标	n	构成比(%)
年龄(岁)	≤20	74	6.61
	21~30	751	67.05
	31~40	351	31.34
	>40	258	23.04
婚姻	已婚	602	53.75
	未婚	518	46.25
生育	已育	485	43.30
	未育	635	56.70
职业	干部	303	27.05
	无业	665	59.38
	学生	152	13.57
学历	大专及以下	667	59.55
	本科及以上	453	40.45

表 2 1 120 例高危人工流产女性高危因素分布情况

高危因素	已育(n)	未育(n)	总数(n)	构成比(%)
年龄≤20岁	0	44	44	3.93
6个月内≥2次人工流产史	108	166	274	24.46
12个月内≥3次人工流产史	112	168	280	25.00
剖宫产术后≤6个月	196	0	196	17.50
剖宫产术后≤12个月	236	0	236	21.07
哺乳期	52	0	52	4.64
子宫畸形	45	27	72	6.43
既往妊娠有胎盘粘连及出血史	9	3	12	1.07
合计	758	408	1 166 [△]	100.00

注:△2例同时有4个高危因素,16例同时有3个高危因素,8例同时有2个高危因素,合计1 166>1 120。

3 讨论

高危人工流产指早期妊娠孕妇存在某些生殖器官局部或全身性的病理因素,在人工流产手术时增加了手术操作难度,并有较高的危险性^[2]。随着社会的发展,人们的性观念发生了很大变化,女性对流产的危害了解甚少,重复流产的人数居高不下。在流产妇女中,55.90%都有过人工流产史^[3]。另一方面,剖宫产率的不断升高,增加了人工流产高危因素,从而使人工流产并发症及后遗症增加,严重威胁女性的生殖健康甚至生命,应引起社会和广大医务工作者的关注。

本次调查显示,重复人工流产和剖宫产术后是2个主要的人工流产高危因素,占88.04%(986/1 120),其中,首位高危因素重复人工流产占49.46%(554/1 120),剖宫产术后占38.57%(432/1 120),2种高危因素增加了人工流产手术的风险以及并发症和后遗症的发生。人工流产次数与再次人工流产并发症发生率呈正比^[4],重复流产可致远期生育能力受损,增加不良妊娠结局发生^[1]。继发不孕患者中有88.20%曾有人工流产史^[5],继发不孕者后期寻求辅助生殖技术,助孕出生缺陷发生率2.27%^[6]。

加强流产后优质服务(PAC),减少重复人工流产。20世纪80年代,国际上提出PAC概念,即针对流产者通过单独咨

询、发放宣传手册、发放避孕工具、随访等多种形式的整体服务,帮助患者分析意外妊娠原因,防止再次意外妊娠,减少重复人工流产。本次调查显示,1 120例高危人工流产女性中,21~30岁年轻女性占67.05%,未生育女性比例(56.70%)高于已生育女性(43.30%);无职业女性(59.38%)高于干部(27.05%)和学生(13.57%);大专及以下女性(59.55%)高于本科及以上女性(40.45%)。由此,高危流产现状不容忽视,保护育龄女性尤其是年轻、未婚、未育女性生殖健康,是每个计划生育工作者的艰巨任务。吕丽华等^[7]报道,愿意接受人工流产后服务女性占98.85%,其中70.73%女性愿意接受避孕指导服务;妇科或计划生育医生提供服务居人工流产后服务途径首位(73.03%)。但是,提供人工流产技术的各级医疗机构缺乏规范流产后计划生育服务意识和途径,使流产女性离开医院后仍暴露在意外妊娠风险中。虽然已有多家医院开展PAC,但由于医生工作忙碌、医患关系,人工流产后放置IUD的数量少,术后也缺少细致计划生育服务和指导。国内很多医院在提供服务过程中缺少人工流产后避孕指导和生殖保健咨询服务,多数只针对并发症治疗而忽视避孕指导,与PAC服务要求有很大差距^[8]。在全球范围内,有40多个国家开展了PAC,而在全面实施PAC的国家中人工流产率下降了25%~50%^[9],因此,各级医院需加强PAC规范化,减少妇女非意愿妊娠,减少重复人工流产。

另一方面,近年来剖宫产率居高不下,加之产妇缺乏避孕知识,对流产危害、瘢痕子宫妊娠风险认识不够,导致瘢痕子宫妊娠不断增加,给手术者带来巨大挑战和压力,尤其是剖宫产术后切口妊娠,易导致术中大出血,严重威胁着妇女生殖健康甚至生命。剖宫产因素主要是社会因素,需针对性干预,正确引导,降低剖宫产率。计划生育医生、护士可与产科医生、护士合作,将高危人工流产健康管理应用于产前及产后延伸服务,让产妇充分认识瘢痕子宫妊娠危害性,及时、正确落实避孕措施,主动参与高危人工流产健康管理。这是降低人工流产、高危流产,保护妇女生殖健康的重要手段。

单因素和多因素分析结果显示,未婚同居、不采用避孕措施或者避孕措施使用不正确是发生重复人工流产的重要因素。本次调查显示,49.82%高危人工流产女性未采取避孕措施,49.29%高危人工流产女性不能坚持每次性生活使用避孕套,18.33%女性应用安全期避孕。陈颖等^[10]报道,86.80%女性知道“即使偶尔1次无保护措施的性行为也可能导致怀孕”,但发生性行为时仍有半数人心存侥幸心理而不采用任何避孕措施。李坚^[11]报道,高达50.30%的女性因避孕意识不够而不避孕。根据健康促进“知-信-行”理论模式,知识是态度和行为改变的基础。只有当人们了解有关健康知识,建立起积极、正确的信念与态度,才能主动形成有益于健康的行为,转变危害健康行为^[12]。要减少重复流产高危因素,对女性提供避孕知识指导、加强性教育十分重要。陈湘华^[13]报道,47.20%未婚人工流产女性生殖健康知识及避孕知识欠缺,仅12.24%通过医护人员获得相关知识。重复人工流产对未婚青少年女性的危害远高于单次人工流产^[4]。因此,对未婚女性加强性道德教育,加强流产后随访,及时了解和落实有效的避孕措施十分关键。

近年,一些民营医院宣传“保宫人流”、“美容人流”、“微创人流”、“可视人流”,美化人工流产手术,误导年轻女性,使其以为无痛就是无伤害,不会出现并发症和后遗症,导致很多女性人工流产后未能很好避孕而导致重复流产。因此,加强民营医院的管理也是值得关注的问题。

本院目前对于高危人工流产的处理方式:流产女性就诊时详细询问病史,仔细检查,对合并有高危因素的女性,在其门诊病历本上盖上“高危人工流产”红色印章,印章内印有具体高危因素,如重复流产、剖宫产、哺乳期、子宫畸形等,并在相应高危因素下面画上醒目标记,以提醒手术者重视。同时,向流产女性解释和沟通,并签字以明确知情同意。手术均由高年资医生操作,减少并发症和医患纠纷发生,提高患者满意度。术后加强 PAC,分别在 1、3、6 个月时进行随访,了解阴道流血、避孕措施落实、月经复潮等情况,避免再次非意愿妊娠而致重复流产。术中若有术中大出血、子宫畸形等特殊情况,予以登记并密切随访。在术前知情选择并有效沟通前提下,如术中无特殊情况可立即置放宫内节育器或皮下埋置剂,及时避孕。

总之,面对高危人工流产诸多高危因素,计划生育工作者责任重大,应充分利用好人工流产后的时效性和及时性,做好 PAC,落实好避孕措施,减少非意愿妊娠,减少人工流产、高危人工流产,保护育龄妇女生殖健康。

参考文献

[1] 蔡雅梅,程怡民,吕延红,等. 中国开展流产后计划生育服务的必要性[J]. 现代预防医学, 2007, 34(12): 2255-2257.
 [2] 陈建. 3 420 例高危人工流产回顾性分析[J]. 中国妇幼保健杂志, 2011, 26(36): 5767-5768.
 [3] 吴尚纯,邱红燕. 中国人工流产的现状与对策建议[J]. 中国医学科学院学报, 2010, 32(5): 479-482.

[4] Fergusson DM, Boden JM, Horwood IJ. Abortion among young women and subsequent life outcomes[J]. Perspectives on Sex Reproductive Health, 2007, 39(1): 6-12.
 [5] 马黔红,韩字研. 人工流产对生育功能的影响[J]. 实用妇产科杂志, 2007, 23(7): 389-391.
 [6] 成洁,赵君利,姜银芝,等. 辅助生殖技术子代出生缺陷的分析报告[J]. 宁夏医学杂志, 2012, 34(9): 872-873.
 [7] 吕丽华,田慧艳,张亦心,等. 对人工流产后妇女避孕知识知晓和需求调查[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(36): 6099-6101.
 [8] 程利南. 人工流产后的避孕指导与服务[J]. 中国计划生育学杂志, 2008, 16(2): 126-128.
 [9] 范光升. 流产后保健[J]. 国际生殖健康/计划生育杂志, 2010, 29(5): 315-319.
 [10] 陈颖,崔念,田爱萍. 成都市未婚女性重复人工流产情况及影响因素[J]. 中国妇幼保健, 2013, 1(28): 100-103.
 [11] 李坚. 人工流产和引产的相关问题[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2012, 28(9): 643-644.
 [12] 杨廷忠. 健康教育理论与方法[M]. 杭州:浙江大学出版社, 2004: 39-55.
 [13] 陈湘华. 未婚人工流产女性避孕知识现状调查分析[J]. 当代护士:专科版(下旬刊), 2010(7): 138-139.

(收稿日期:2015-10-25 修回日期:2015-12-24)

(上接第 1203 页)

染的典型临床症状。其中明确出现败血症的为 32 例,占 39.0%(32/82),可以看出泌尿道来源 ECO 继发血流感染时发生败血症的可能性高,应引起临床重视。

在本次回顾性分析中,尿常规白细胞增多成为泌尿道来源 ECO 继发血流感染的独立危险因素,试验组中尿常规白细胞增多的现象占 80.5%(66/82)。当尿常规白细胞明显增多时,结合临床症状、体征可以初步诊断尿路感染,在进行抗菌药物治疗的同时,完善尿液一般细菌培养,待尿液培养及药敏回报后,再进一步调整抗菌药物治疗。

综上所述,血流感染是临床上重症感染性疾病之一,由于近年来引起血流感染的病原菌对常用抗菌药物的耐药性增加,使血流感染的治疗面临严峻挑战。控制医院内血流感染需要采取多方位、多角度的手段,严格的消毒隔离、规范化的操作和患者个人状态的调整等,都对减少血流感染的发生起到积极作用;同时,积极治疗原发疾病,去除可能的诱发因素,注意无菌操作,合理使用抗菌药物是减少血流感染发生率、提高治愈率的关键。

参考文献

[1] 中华人民共和国卫生部. 医院感染诊断标准(试行)[J]. 中华医学杂志, 2001, 81(5): 314-320.
 [2] 魏泽庆,沈萍,陈云波,等. Mohnarin 2010 年报告:血流感染细菌构成及耐药性分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(3): 465-470.
 [3] Kang CI, Song JH, Chung DR, et al. Risk factors and pathogenic significance of severe septic shock in 2 286

patients with gram-negative bacteremia[J]. Journal of Infection, 2011, 62(1): 26-33.

[4] 徐英春,倪语星. 临床微生物学血培养操作规范[J]. 中华检验医学杂志, 2004, 27(2): 124-126.
 [5] Wu JN, Gan TE, Zhu YX, et al. Epidemiology and microbiology of nosocomial bloodstream infections: analysis of 482 cases from a retrospective surveillance study[J]. Journal of Zhejiang University Science B, 2015, 16(1): 70-77.
 [6] Dan M, Yair Y, Samosav A, et al. Escherichia coli isolates from patients with bacteremic urinary tract infection are genetically distinct from those derived from sepsis following prostate transrectal biopsy[J]. International Journal of Medical Microbiology, 2015, 305(4/5): 464-468.
 [7] Clermont O, Glodt J, Burdet C, et al. Complexity of Escherichia coli bacteremia pathophysiology evidenced by comparison of isolates from blood and portal of entry within single patients[J]. International Journal of Medical Microbiology, 2013, 303(8): 529-532.
 [8] 张丽丽,刘梅,陈明. 血流感染研究进展[J]. 医学综述, 2010, 16(4): 589-592.
 [9] Khasawneh FA, Karim A, Mahmood T, et al. Antibiotic de-escalation in bacteremic urinary tract infections: potential opportunities and effect on outcome[J]. Infection, 2014, 42(5): 829-834.

(收稿日期:2015-11-20 修回日期:2016-01-20)