

# 宫腔镜治疗剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的危险因素 logistics 分析

阿依努尔卡依提

乌鲁木齐市中医医院, 新疆 乌鲁木齐 830000

**摘要:** 目的: 观察宫腔镜治疗剖宫产术后瘢痕子宫再次妊娠的严重并发症, 分析其相关危险因素及预防措施。方法: 回顾性分析 526 例瘢痕子宫再次妊娠产妇的临床资料, 对严重并发症的发生率进行统计, 并对可能引起并发症的临床因素进行单因素及 logistic 多因素回归分析。结果: 单因素分析结果显示, 子宫切口选择、首次剖宫产术式、腹壁切口位置再次妊娠间隔和胎盘着胎位置与严重并发症的发生率有关( $P < 0.01$ )。将有意义的因素纳入多因素 Logistic 回归分析, 按照 OR 值由高至低依次排列, 首次剖宫产术式、子宫切口选择、再次妊娠间隔、腹壁切口位置和胎盘着胎位置是瘢痕子宫再次妊娠严重并发症的独立危险因素( $P < 0.05$ )。结论: 正确认识宫腔镜治疗剖宫产术后瘢痕子宫再次妊娠严重并发症的危险因素, 严格掌握手术适应证, 实施临床干预, 可有效降低严重并发症的发生率。

**关键词:** 宫腔镜; 剖宫产; 子宫瘢痕妊娠; 危险因素; logistics 分析

近年来, 随着科技的不断创新、医疗水平的提高, 剖宫产率呈上升趋势, 有资料显示, 我国目前的剖宫产率达 40%。高的剖宫产率同时也增加了产妇瘢痕的概率。而瘢痕子宫孕妇再次妊娠时, 极易出现孕囊或胚胎组织着床于瘢痕处的现象, 继而引发子宫破裂、产后出血、产后发热、宫外孕等严重并发症, 严重威胁产妇及新生胎儿的生命<sup>[1]</sup>。瘢痕子宫再次妊娠出现严重并发症的现象受到多种因素的影响, 因此通过评估并采取有效措施避免并发症的发生具有重要的意义<sup>[2]</sup>。本研究通过对本院自 2017 年 5 月至 2018 年 5 月接诊治疗的 526 例剖宫产术后子宫瘢痕妊娠产妇的临床资料进行回顾性分析, 从而对宫腔镜治疗的危险因素进行总结分析, 并提出合理的治疗措施, 进而提高产妇的安全性。现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

回顾性分析我院在 2017 年 5 月至 2018 年 5 月收治的 526 例瘢痕子宫再次妊娠产妇的病例资料, 所有产妇均经多普勒阴道超声诊断为子宫瘢痕妊娠, 主要表现为: 232 例子宫下段探及心血管搏动, 156 例产妇产前孕囊着床于子宫下段切口处; 138 例人工流产术后子宫下段切口出现不均质包块及彩色血流; 年龄 20~40 岁; 剖宫产史 1~2 次, 行剖宫产手术间隔时间 1~5 年; 瘢痕子宫出现时间 10~48 个月; 再次妊娠分娩方式: 397 例再次行剖宫产, 129 例行阴道分娩。

### 1.2 方法

所有患者入院后即常规检测血、尿、肝肾功能及血  $\beta$ -HCG 指标。以 5d 为 1 个疗程, 肌肉注射 MTX (甲氨蝶呤), 具体注射标准为: 血  $\beta$ -HCG < 8000 mIU/ml 者 20mg/d; 血  $\beta$ -HCG > 8000 mIU/ml 者 50mg/d。1 个疗程之后复查血  $\beta$ -HCG, 直至下降至正常水平。采用日本 Olympus 公司的宫腔治疗镜、宫腔镜检查、宫腔电切镜及其配套设备, 5% 甘露醇作为膨胀液。患者术前常规检查肝肾、血、尿功能, 禁食 6h, 留置导尿管。患者取仰卧位, 采用 Seldinger 技术局麻下股动脉逆行穿刺成功后置入 5F 动脉鞘, 4FCobra 2 导管依次对双侧子宫动脉行超选择性造影 (皮试阴性), 甲氨蝶呤 (MTX) 各 20mg 缓慢向子宫动脉注入, 再用适量明胶海绵条或明胶海绵颗粒栓塞双侧子宫动脉, 复查造影, 妊娠囊及子宫螺旋动脉血管征小时, 子宫动脉主干栓塞呈杵状, 栓塞效果满意。术中彩超监测妊娠囊及子宫动脉血流减少。术后监测患者血  $\beta$ -HCG 水平, 待血  $\beta$ -HCG 下降到 < 1000 U/L 后, 孕囊血流下降后, 一般在栓塞术后 24h 至 1 周内, 静脉全麻后在 B 超监护下行宫腔镜检术。经宫腔镜定位诊断, 确定胚胎组织的大小、位置。在组织不多的情况下, 宫腔镜下直接钳夹取出; 在组织较多的情况下, 定位后取出宫腔镜, 再用刮匙或吸管吸取或刮出组织, 术后应用 3~5 d 抗生素, 监测血  $\beta$ -HCG 水平<sup>[3]</sup>。

### 1.3 统计学方法

使用 SPSS22.0 进行分析, 所有数据当中, (%) 类计数数据, 行  $\chi^2$  检验检测; ( $\bar{x} \pm s$ ) 类计量数据, 行 T 检验检测; 单因素分析术后并发症的相关性, 并对有意义 ( $P < 0.01$ ) 的危险因素进行 Logistic 多因素回归分析。  $P < 0.05$  时, 提示差异显著。

## 2 结果

### 2.1 瘢痕子宫再次妊娠严重并发症的发生率

见表 1。

表 1 526 例剖宫产患者再次妊娠严重并发症的发生率 [例 (%) ]

再次分娩方式	例数	产后出血	盆腔、腹腔粘连	子宫破裂	胎盘异常	并发症发生率
剖宫产	397	52(13.10)	23(5.79)	21(5.29)	30(7.55)	126(31.74)
阴道分娩	129	13(10.07)	12(9.30)	10(7.75)	12(9.30)	47(36.43)
$\chi^2$	/	1.4731	3.2251	0.1295	0.6541	0.9729
P	/	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

### 2.2 瘢痕子宫再次妊娠严重并发症的单因素分析

见表 2。

表 2 瘢痕子宫再次妊娠严重并发症的单因素分析 [例 (%) ]

影响因素	例数 (n=526)	并发症 (n=173)	$\chi^2$ 值	P 值	
年龄 (岁)	<30 岁	326 (61.98)	100 (57.80)	1.1351	>0.05
	≥30 岁	200 (38.02)	73 (42.20)		
分娩方式	剖宫产	398 (75.67)	127 (73.41)	0.4826	>0.05
	阴道分娩	128 (24.33)	46 (26.59)		
子宫瘢痕出现时间	<24 个月	287 (54.56)	88 (50.87)	0.8722	>0.05
	≥24 个月	239 (45.44)	85 (49.13)		
首次剖宫产术式	子宫下段	370 (70.34)	72 (41.62)	47.3030	<0.01
	子宫体部	156 (29.66)	101 (58.38)		
腹壁切口位置	下腹正中	202 (38.40)	103 (59.54)	22.8175	<0.01
	Pfannenstiel	324 (61.60)	70 (40.46)		
	子宫下段横切口	132 (25.10)	22 (12.72)		
子宫切口选择	子宫体部	189 (35.93)	42 (24.28)	7.4356	<0.01
	子宫下段纵切口	94 (17.87)	57 (32.95)		
	T 形切口	111 (21.10)	70 (40.46)		
再次妊娠间隔	<20 个月	262 (49.81)	21 (12.14)	78.4411	<0.01
	≥20 个月	264 (50.19)	152 (87.86)		
胎盘附着部位	瘢痕子宫	224 (42.59)	130 (75.14)	53.8972	<0.01
	正常子宫	302 (57.41)	43 (24.86)		

### 2.3 瘢痕子宫严重并发症的多因素 Logistic 回归分析

见表 3。

表3 瘢痕子宫严重并发症的多因素 Logistic 回归分析

变量因素	β 值	S.E 值	Wald 值	P 值	OR 值
腹壁切口位置	1.652	0.322	12.472	0.001	2.671
子宫切口选择	0.981	0.196	3.291	0.006	4.511
胎盘着胎位置	1.322	0.272	9.736	0.005	1.851
首次剖宫产术式	1.577	0.181	16.155	0.012	7.322
再次妊娠间隔	0.853	0.325	11.133	0.047	3.977

### 3 讨论

随着剖宫产技术的日益进步与输血、麻醉等抗感染技术日益发展,手术的安全性显著提高,有关统计指出,孕产妇在剖宫产中的死亡率明显降低,手术安全性显著提高,同时无需产妇完全忍耐整个产程的分娩痛<sup>[4]</sup>。有资料指出,剖宫产比例呈逐年上升趋势的主要因素在于:①孕产妇对分娩痛高度恐惧;②试产失败后再行手术,多数孕妇及其家属无法接受;③担心胎儿缺氧或出生缺陷,不愿意承担此风险;④社会上开展的 IVF 等助孕技术越来越多,相对增加了珍贵儿的数量;⑤高龄的初产妇比例剧增;⑥受到周围环境的不良影响;⑦孕期营养过剩,导致出现巨大儿;⑧孕检和首诊医生的语言容易诱导先人为主的观点;⑨产科的医务工作人员被紧张医患纠纷所困扰;⑩传统思想中的选择良辰吉日进行分娩。上述因素皆会导致剖宫产率逐年上升,瘢痕子宫也随之逐年增加<sup>[5]</sup>。

瘢痕子宫是产妇行剖宫产后常形成的手术瘢痕,瘢痕子宫患者一般会在第一次剖宫产之后留下腹腔粘连、产后出血、子宫破裂等严重并发症。造成腹腔粘连的原因主要包括以下几点:①纤维蛋白的溶解系统失衡;②合成并沉积炎性细胞、成纤维细胞、间皮细胞和细胞间质;③细胞因子和生长因子间的反应失调;产后出血是指产妇在分娩过后的 24h 内出血量≥500ml,长期临床研究表明造成产后出血的因素包括胎盘粘连、宫缩乏力前置胎盘及胎盘植入等;子宫破裂是瘢痕子宫再次妊娠产妇选择阴道分娩方式常见的并发症,主要原因是胎儿巨大,产道扩张不充分,引产中应用缩宫素和宫腔感染等。为降低瘢痕子宫再次妊娠严重并发症发生率,需注意以下几个方面:①从源头开始预防,避免瘢痕子宫的形成。首次剖宫产术式的选择在根据每个产妇的实际情况的原则下以子宫下段横切口为首选,缩短切口愈合时间。②减少剖宫产率,结合产妇剖宫产指征,再次妊娠时考虑阴道分娩的可

行性。③防止产妇密产,加强产后宣传教育,首次剖宫产术后 2 年内严格避孕,降低瘢痕子宫指征。④术前做好高危因素的识别工作,争取早发现、早预防。⑤瘢痕子宫再次妊娠者术后相关护理,如子宫切口的缝合以单层连续锁扣缝合为佳,同时注意子宫切口的愈合情况,减少子宫切口感染的发生率。

综上所述,宫腔镜治疗剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的危险因素较多,其中,首次剖宫产术式、子宫切口选择、再次妊娠间隔、腹壁切口位置和胎盘着胎位置是主要危险因素,因此,术中应严格掌握剖宫产指征、把握术中各环节、术中操作仔细谨慎,预防并重视严重并发症的危险因素以降低并发症的发生率。

### 参考文献

[1]梁欣.剖宫产术后瘢痕子宫再次妊娠阴道试产失败危险因素 Logistic 回归分析[J].检验医学与临床,2017,14(24):3693-3695.  
 [2]李高振,高玉霞,杨月华.影响剖宫产瘢痕妊娠术中大出血发生的高危因素分析及风险预测模型构建[J].中国计划生育和妇产科,2018,10(10):252-253.  
 [3]Abacjew-Chmylko A, Wydra D G, Olszewska H. Hysteroscopy in the treatment of uterine cesarean section scar diverticulum: A systematic review[J]. Advances in Medical Sciences, 2017, 62(2):230-239.  
 [4]Chen Z Y, Li X Y, Zhao D. [Clinical analysis on hysteroscopic surgery for the treatment of type II cesarean scar pregnancy in the first trimester][J]. Zhonghua fu chan ke za zhi, 2017, 52(10):669.  
 [5]陈锰,张力,杨帆.剖宫产术后瘢痕子宫孕妇的子宫下段厚度与再次妊娠后子宫破裂风险的研究进展[J].中华妇产科杂志,2017,52(06):425-428.  
 作者简介:第一作者:阿依努尔卡依提(1968年11月),性别:女,民族:维吾尔族,籍贯:乌鲁木齐市,学历:大学本科,现职称:副主任医师,主要研究方向:中西医妇科,单位:乌鲁木齐市中医医院,科室:妇科,通讯地址:乌鲁木齐市友好南路 590 号,邮编:830000。