

· 论 著 · DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.08.009

前次剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠患者晚期妊娠结局及危险因素分析

巴哈尔古丽·阿不来提,迪里达尔·玉山

(新疆维吾尔自治区喀什地区第二人民医院妇产科 844000)

摘要:目的 研究前次剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠患者晚期妊娠结局及危险因素分析。方法 选取 2014 年 9 月至 2016 年 9 月该院分娩的孕妇 117 例,其中瘢痕子宫再次妊娠的孕妇 60 例作为试验组,同期非瘢痕子宫再次妊娠的孕妇有 57 例为对照组。统计两组孕妇的年龄、孕周、孕次、孕期体质量增加情况、妊娠晚期并发症,以及新生儿等相关资料,比较两组孕妇的妊娠方式、分娩期、产褥期并发症,分析瘢痕子宫再次妊娠患者晚期妊娠结局及其危险因素。结果 与对照组相比,试验组孕妇剖宫生产率明显偏高,且试验组孕妇的胎盘早剥率较高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。此外,试验组子宫破裂率、产后出血率、产褥感染发生率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者的新生儿出生后 1、5、10 min 阿氏评分及新生儿窒息发生率差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 前次剖宫产瘢痕子宫的孕妇再次妊娠分娩的方式多为剖宫产,且瘢痕子宫孕妇再次妊娠时更容易发生前置胎盘、胎盘早剥等,分娩时更易出现子宫破裂、产后出血等危险症状,分娩危险系数加大。

关键词: 瘢痕子宫; 前次剖宫产史; 晚期妊娠

中图法分类号:R714

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)08-1083-03

Analysis of outcome and risk factors of late pregnancy in patients with posterior cesarean section

Bahaerguli · Abulaiti, Dilidaer · Yushan

(Department of Obstetrics and Gynecology, Second People's Hospital, Kashi District, Xinjiang Uygur Autonomous Region 844000, China)

Abstract: Objective To study the outcome of advanced pregnancy in patients with posterior cesarean section and to analyze the risk factors. **Methods** A total of 117 pregnant women were enrolled in the hospital from September 2014 to September 2016, of which 60 were pregnant women with scarring uterine pregnancy. As a test group, there were 57 pregnant women who were pregnant again with non-scar uterine pregnancy group. The age, gestational age, gestational age, gestational weight gain index, late pregnancy complications and neonatal and other related data were analyzed. The pregnancy patterns, childbirth and puerperium complications, late pregnancy outcome and risk factors of the two groups were compared. **Results** Compared with the control group, the cesarean section of pregnant women in the experimental group was significantly higher than that in the control group, and the placental abruption rate was higher in the pregnant group ($P < 0.05$). In addition, the results showed that the incidence of uterine rupture and postpartum hemorrhage and puerperal infection were significantly higher in the trial group than in the control group ($P < 0.05$). There was no significant difference in the incidence rate of neonatal asphyxia between 1 minute, 5 minutes and 10 minutes after birth, and there was no significant difference between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** The previous cesarean section of the uterus of pregnant women pregnant again pregnant way more than a cesarean section, and scar pregnant women pregnant again more prone to placenta previa, placental abruption, childbirth more prone to uterine rupture, postpartum hemorrhage such as dangerous symptoms, increased risk of childbirth.

Key words: scar of the uterus; previous cesarean section history; late pregnancy

有子宫手术史的女性,经过一系列修复后,子宫会出现瘢痕,也就是形成瘢痕子宫,特别在进行过剖宫产的妇女中最为常见。随着时代的变化,晚婚晚孕的推广,以及医疗水平的提高,越来越多的孕妇选择剖宫产,从而导致瘢痕子宫孕妇越来越多,据统计,我

国超过 40% 的孕妇进行了剖宫分娩,而 WHO 的理想剖宫率为 15%^[1]。随着我国二胎政策的实行,二胎分娩的孕妇越来越多,瘢痕子宫孕妇也越来越多,瘢痕子宫问题日渐突出,因此对瘢痕子宫孕妇的晚期妊娠结局和危险性因素进行分析具有重要的现实意

义^[2-3]。本研究通过对比瘢痕子宫孕妇和非瘢痕子宫孕妇妊娠期和分娩前后以及新生儿的情况,回顾性分析前次剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠患者晚期妊娠的结局和相关危险性因素,进一步加深对瘢痕子宫的认识和了解。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2014 年 9 月至 2016 年 9 月本院分娩的孕妇 117 例,其中瘢痕子宫再次妊娠的孕妇有 60 例为试验组,同期非瘢痕子宫再次妊娠的孕妇有 57 例为对照组。纳入标准:试验组孕妇有 1 次剖宫产史,对照组患者无剖宫产史,且两组孕妇均无其他子宫手术史;无其他严重妇科疾病和外科并发症,孕妇孕周都大于 37 周,无早产迹象。排除标准:孕妇早产,或患有严重妇科疾病,孕妇患有外科并发症。两组孕妇年龄均为 30~40 岁,无早产征兆。

1.2 方法

1.2.1 观察指标 收集孕妇的年龄、孕周、体质量等基本信息,统计孕妇在孕期体质量指数。妊娠期并发症,包括前置胎盘、胎盘粘连、胎盘早剥等,根据《中华妇产科学》^[2]和《妇产科学》^[4]中的妊娠期并发症诊断标准来判断。从孕妇的分娩记录、剖宫产手术记录和住院病历,并根据《妇产科学》中诊断分娩期、产褥期并发症的标准来判断孕妇的分娩期产褥期并发症,主要包括子宫破裂、产后出血和产褥感染等。

1.2.2 新生儿情况 统计新生儿出生后的体质量,以及出生后 1、5、10 min 后的阿氏评分,评分不小于 8 分为正常,小于 8 分说明新生儿随时会发生窒息^[5]。新生儿阿氏评分标准见表 1。

表 1 新生儿阿氏评分标准

体征	0 分	1 分	2 分
心率	无	低于 100 次/分钟	不低于 100 次/分钟
呼吸	无	慢,无规律	规律,会啼哭
肌张力	瘫软	四肢有反应	活跃
反射	无反应	皱眉	哭声响亮
皮肤颜色	青紫、苍白	四肢青紫,躯体红润	全身红润

1.3 统计学处理 采用 SPSS20.0 软件进行统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料以率表示,采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学

意义。

2 结果

2.1 两组孕妇分娩方式比较 两组孕妇在年龄、孕周、孕次和孕期体质量指数等方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。试验组孕妇剖宫产率高达 89.2%,明显高于对照组,而对照组孕妇多以阴道分娩为主,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

2.2 两组孕妇妊娠期并发症比较 试验组孕妇前置胎盘发生率、胎盘粘连/植入率、胎盘早剥率均高于对照组,即瘢痕子宫孕妇妊娠期并发症的发病率高于非瘢痕子宫孕妇,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 2 两组孕妇分娩方式比较[n(%)]

组别	n	阴道分娩	剖宫产
试验组	60	6(10.8)	54(89.2)
对照组	57	34(58.8)	23(41.2)
χ^2		181.3	179.5
P		0.000	0.001

表 3 两组孕妇妊娠期并发症情况[n(%)]

组别	n	前置胎盘	胎盘粘连/植入	胎盘早剥
试验组	60	7(11.9)	5(8.8)	2(3.7)
对照组	57	1(1.1)	1(1.1)	0(0.0)
χ^2		32.17	14.25	10.47
P		0.001	0.000	0.001

2.3 两组孕妇分娩期和产褥期并发症比较 试验组孕妇子宫破裂率、产后出血率、产褥感染率均高于对照组,即瘢痕子宫孕妇分娩期和产褥期并发症的发病率高于非瘢痕子宫孕妇,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 4 分娩期、产褥期并发症比较[n(%)]

组别	n	子宫破裂	产后出血	产褥感染
试验组	60	2(2.6)	7(10.5)	6(10.3)
对照组	57	0(0.0)	1(2.3)	2(4.6)
χ^2		6.47	19.68	8.46
P		0.001	0.000	0.001

表 5 新生儿情况比较

组别	n	体质量 (kg)	1 min 阿氏评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)	5 min 阿氏评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)	10 min 阿氏评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)	窒息 [n(%)]	无窒息 [n(%)]
试验组	60	3.46 ± 0.41	8.94 ± 0.53	9.34 ± 0.48	9.43 ± 0.38	4(7.1)	56(92.9)
对照组	57	3.41 ± 0.41	9.63 ± 0.42	9.38 ± 0.49	9.47 ± 0.36	3(6.5)	54(93.5)
t/χ^2		0.784	0.841	0.927	1.035	0.041	0.056
P		0.542	0.357	0.314	0.253	0.054	0.251

2.4 新生儿情况 两组孕妇的新生儿体质量均正常, 出生后阿氏评分均合格, 两组新生儿仅有 7 例新生儿有窒息危险, 两组新生儿窒息发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 见表 5。

3 讨 论

目前, 剖宫产是解决难产的有效手段, 且可以减轻孕妇的分娩痛苦, 但是剖宫产术中也可能存在诸多危险因素, 例如大部分进行过剖宫产手术的妇女的子宫都会出现瘢痕, 为再次妊娠分娩增大了危险系数^[6-7]。目前普遍认为, 有剖宫产史的瘢痕子宫孕妇再次妊娠时面对的危险因素主要有妊娠并发症、分娩危险系数增大等, 这与子宫部分组织受损有关^[8-11]。此外, 瘢痕子宫孕妇再次分娩时一般需要进行再次剖宫, 这样对子宫的损害加大, 进而产生恶性循环, 可能对新生儿的健康也可能存在着威胁^[12]。

本研究中, 试验组孕妇剖宫产率高达 89.2%, 明显高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 主要原因在于前次剖宫产手术在子宫下段切口愈合不完善, 子宫下段没有完全恢复, 子宫瘢痕处的纤维功能较差, 甚至退化, 不能进行正常的宫缩。瘢痕子宫孕妇妊娠期并发症的发病率高于非瘢痕子宫孕妇, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 主要原因在于瘢痕子宫的子宫内层受损, 增大了孕妇再次妊娠时发生前置胎盘的概率, 进而造成了无痛性阴道流血, 也可能是由于蜕膜发育不全, 子宫内层发生炎性病变, 当受精卵进入宫腔时由于子宫内层病变或退化, 不能提供足够的营养, 胎盘为了汲取更多营养, 从而面积有所增大, 从而造成了前置胎盘。瘢痕子宫孕妇分娩期、产褥期并发症的发病率高于非瘢痕子宫孕妇, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。前次剖宫产留下的子宫瘢痕会使孕妇多次分娩时子宫自发破裂, 因为瘢痕子宫的局部纤维组织增生, 子宫壁变得更薄, 弹性变弱, 另外前次剖宫时缝合位置偏高或缝合技术不佳也会增加子宫破裂的概率。本研究中, 两组孕妇的新生儿体质量均正常, 出生后阿氏评分均合格, 两组的新生儿仅有 7 例新生儿有窒息的危险, 两组新生儿窒息发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 可见瘢痕子宫对新生儿的影响不大。

综上所述, 孕妇应尽量避免对子宫的伤害, 尽量选择阴道分娩的方式。瘢痕子宫孕妇再次妊娠时很容易发生妊娠期和分娩期并发症。

参考文献

[1] SHERER D M, DALLOUL M, CHO Y, et al. Spontaneous

first-trimester perforation of the uterus following cesarean scar pregnancy choriocarcinoma [J]. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2015, 47(4): 519-521.

[2] FIOCCHI F, PETRELLA E, NOCETTI L, et al. Transvaginal ultrasound assessment of uterine scar after previous caesarean section: comparison with 3T-magnetic resonance diffusion tensor imaging [J]. *Radiol Med*, 2015, 120(2): 228-238.

[3] BOLLA D, RAILO L, FAVRE D, et al. Laparoscopic ultrasound guided repair of uterine scar isthmocele connected with the extra-amniotic space in early pregnancy [J]. *J Minim Invasive Gynecol*, 2015, 23(2): 261-264.

[4] KINJO T, MASAMOTO H, MEKARU K, et al. Transvaginal ultrasonographic measurement of lower uterine segment in term pregnant patients with previous cesarean section [J]. *Open J Obstet Gynecol*, 2015, 5(12): 646-653.

[5] XU Y, WANG Q, WANG F. Previous cesarean section and risk of urinary tract injury during laparoscopic hysterectomy: a meta-analysis [J]. *Int Urogynecol J*, 2015, 26(9): 1-7.

[6] WU X, XIE C, ZHANG Y, et al. Glutamate-glutamine cycle and exchange in the placenta-fetus unit during late pregnancy [J]. *Amino Acids*, 2015, 47(1): 45-53.

[7] PG F D, PASCOAL A G, CARITA A I, et al. Prevalence and risk factors of diastasis recti abdominis from late pregnancy to 6 months postpartum, and relationship with lumbo-pelvic pain [J]. *Manual Therapy*, 2015, 20(1): 200-205.

[8] HELLMUND A, MEYER C, FINGERHUT D, et al. Rupture of renal artery aneurysm during late pregnancy: clinical features and diagnosis [J]. *Arch Gynecol Obstet*, 2016, 293(3): 505-508.

[9] 凌丽, 杨弟芳, 谢煜, 等. 瘢痕子宫中期妊娠引产方法探讨 [J]. *医学综述*, 2015, 12(14): 2631-2633.

[10] 赵志梅. 76 例瘢痕子宫妊娠后的分娩方式分析 [J]. *今日健康*, 2015, 14(12): 193.

[11] 谭彬, 漆洪波. 瘢痕子宫再次妊娠阴道分娩相关问题 [J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2015, 31(5): 421-425.

[12] 杜明钰, 李航, 马润玫. 前次剖宫产史瘢痕子宫阴道分娩的评估及管理 [J]. *实用妇产科杂志*, 2016, 32(3): 167-170.

(收稿日期: 2017-09-15 修回日期: 2017-11-25)