

# 经阴道彩色 B 超诊断剖宫产后子宫瘢痕妊娠的应用效果分析

王晓凤

(诸暨艾玛妇产医院 浙江绍兴 311800)

**摘要:** 目的探讨经阴道彩色 B 超诊断剖宫产后子宫瘢痕妊娠的应用效果。方法选取 2020 年 7 月–2022 年 7 月我院收治的 72 例剖宫产后子宫瘢痕妊娠患者, 随机数字表法分为对照组和研究组各 36 例, 对照组应用经腹部超声诊断, 研究组应用阴道彩色 B 超诊断。观察分析两组诊断准确率、血流参数、灵敏度及特异度情况。结果研究组诊断准确率高于对照组 ( $P < 0.05$ ); 研究组阻力指数、搏动指数及收缩期峰值流速舒张期流速高于对照组 ( $P < 0.05$ ); 研究组的灵敏度为 86.0% (37/43), 特异度为 75.9% (22/29) 高于对照组灵敏度为 60.5% (26/43), 特异度为 48.3% (14/29) ( $P < 0.05$ )。结论经阴道彩色 B 超诊断剖宫产后子宫瘢痕妊娠具有较高的诊断准确率、灵敏度及特异度, 可提高血流参数, 值得临床应用。

**关键词:** 阴道彩色 B 超; 剖宫产; 子宫瘢痕妊娠; 诊断准确率; 血流参数; 灵敏度

剖宫产术后子宫瘢痕妊娠指的是当接受过剖宫产术的女性再次妊娠时, 胚胎或者受精卵处于剖宫产切口瘢痕位置进行着床的一种异位妊娠, 是一种剖宫产术后远期并发症<sup>[1]</sup>。如果没有早期发现剖宫产术后子宫瘢痕妊娠, 就会随着孕周的增加, 加重病情, 严重威胁到患者的生命安全, 甚至有些患者会切除子宫来挽救生命。虽然切除子宫可以挽救患者生命, 但是也会失去生育能力, 导致严重影响了其身心健康<sup>[2]</sup>。超声作为妇产科常采用的影像学技术, 其具备操作简单和无创等多种优势, 能够清楚显示瘢痕位置和孕囊着床状况。因此本文特此分析经阴道彩色 B 超诊断剖宫产后子宫瘢痕妊娠的效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2020 年 7 月–2022 年 7 月我院收治的 72 例剖宫产后子宫瘢痕妊娠患者, 随机数字表法分为对照组和研究组各 36 例。研究组患者年龄 25 ~ 37 岁, 平均 (31.2 ± 2.7) 岁, 停经时间 34 ~ 59d, 平均 (46.5 ± 3.8) d。对照组患者年龄 27 ~ 36 岁, 平均 (31.7 ± 2.5) 岁, 停经时间 37 ~ 58d, 平均 (46.7 ± 3.6) d。患者同意本次研究, 两组患者的一般资料具有可比性 ( $P > 0.05$ ), 经医院伦理委员会批准。

### 1.2 方法

对照组: 患者在检查前需要喝适量的水, 保持膀胱充盈度, 呈仰卧位, 应用经腹部扫查探头对下腹部实施纵切面、横切面和斜切面的扫描, 观察子宫形态、子宫大小以及内膜厚度等情况, 查看瘢痕妊娠位置。

研究组: 患者需将膀胱排空, 在套有安全套的阴道超声探头中涂抹耦合剂, 然后探头慢慢伸入到阴道后穹窿处, 需与阴道壁紧贴, 将子宫和双侧附件区进行扫查, 观察妊娠组织大小和形态等。

### 1.3 观察指标

观察两组诊断准确率。

观察分析两组血流参数。

观察分析两组灵敏度及特异度。经手术病理结果证实孕囊型 43 例, 团块型 29 例。

### 1.4 统计学方法

数据应用 SPSS18.0 进行分析, 其中计数进行  $\chi^2$  (%) 检验, 计量进行 t 检测 ( $\bar{x} \pm s$ ) 检验,  $P < 0.05$  提示有显著差异。

## 2 结果

研究组诊断准确率高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 诊断准确率对比 (例, %)

组别	例数	诊断准确率	误诊率
对照组	36	23 (63.9)	13 (36.1)
研究组	36	35 (97.2)	1 (2.8)
$\chi^2$	/	5.254	4.697
P	/	< 0.05	< 0.05

研究组阻力指数、搏动指数及收缩期峰值流速舒张期流速高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 血流参数对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	阻力指数	搏动指数	收缩期峰值流速舒张期流速
对照组	36	0.5 ± 0.1	0.7 ± 0.2	1.1 ± 0.1
研究组	36	1.7 ± 0.4	1.4 ± 0.3	1.8 ± 0.4
T	/	11.358	11.245	10.974
P	/	< 0.05	< 0.05	< 0.05

研究组的灵敏度为 86.0% (37/43), 特异度为 75.9% (22/29) 高于对照组灵敏度为 60.5% (26/43), 特异度为 48.3% (14/29) ( $P < 0.05$ ), 见表 3。

表 3 灵敏度及特异度对比

超声诊断	手术病理结果		合计	
	孕囊型	团块型		
对照组	孕囊型	26	8	34
	团块型	12	14	26
	未检出	5	7	12
合计		43	29	72
研究组	孕囊型	37	6	43
	团块型	4	22	26
	未检出	2	1	3
合计		43	29	72

## 3 讨论

剖宫产术后子宫瘢痕妊娠指的是妊娠物在剖宫产子宫切口瘢痕部位的完全种植, 其能够造成子宫破裂和胎盘植入等不良后果, 能够威胁到患者的生命安全。引起这种疾病的原因可能是剖宫产后缝合较差或者子宫内层受到损伤有关<sup>[3]</sup>。

因此剖宫产术后子宫瘢痕妊娠是一种剖宫产术后比较严重的并发症, 临床需要引起重视, 保证患者的生活安全。临床通常与患

者的临床症状、血人绒毛膜促性腺激素以及影像学检查结果等因素结合来判定子宫瘢痕妊娠<sup>[4-5]</sup>。而彩超检查剖宫产后子宫瘢痕妊娠存在可重复性和简单操作等特征,能够显著提升诊断准确率,现已成为剖宫产后子宫瘢痕妊娠的首选方式<sup>[6]</sup>。

B超检查可以在一定程度上获得患者各个脏器的断面图像,具有较高的清晰度和实体感,能够应用于早期诊断。而B超可以连续性探查脏器变化,并展示病理和立体变化,也不会受到分层成像影响<sup>[7]</sup>。B超检查包含经腹部和阴道B超,其中经腹部超声可以借助适当的充盈膀胱和调节探头放置角度详细扫描子宫处的病灶状况,清楚观察到子宫前壁下段肌层状况,但是膀胱充盈和腹部脂肪厚度等会在一定程度上降低腹部超声诊断准确性<sup>[8-9]</sup>。而且经腹部超声在诊断时还会充盈膀胱,操作时间也相对比较长,能够显著增加患者的痛苦。患者经阴道彩色B超检查前不用充盈膀胱,能够缩短检查时间,还可以显著提高其舒适度<sup>[10]</sup>。经阴道彩色B超可清楚显示出妊娠囊位置,反映出膀胱和团块间的关系,并且还可以鉴别区分残角子宫妊娠和黄体破裂出血等。同时这种检查方式还可以通过旋转探头从不同角度探查子宫和附件情况,准确反映出子宫瘢痕妊娠的特征和构造,干扰因素相对来说比较少,进而可以显著提高诊断准确率<sup>[11]</sup>。结果显示,研究组诊断准确率高于对照组( $P < 0.05$ )。表示经阴道彩色B超诊断具有较高的诊断准确率。分析原因可能是经阴道彩色B超检查能够贴近患者的子宫,可更加深入观察子宫及其双侧附件区的形状和病变等情况。能够显著提升子宫疾病的诊断正确率<sup>[12]</sup>。

经阴道彩色B超因存在准确性高和简单易学等多种优势,其是检查妇科疾病常用方式<sup>[13]</sup>。研究显示,与经腹部超声诊断相比,经阴道彩色B超的图像清晰度更高<sup>[14]</sup>。因经阴道彩色B超在检查时不需充盈膀胱,可以快速进行检查,能够准确观察子宫和宫腔等,准确率也会更高。研究显示,经阴道彩色B超可以非常清晰地显示出血流参数,有利于让医师根据血流参数确定妊娠囊位置<sup>[15]</sup>。经阴道彩色B超的探头分辨率比较高,能够全面了解子宫、妊娠囊以及血流情况等。瘢痕子宫妊娠的影像学特征为宫腔存在积血积液;内膜线明显增厚;宫腔内没有妊娠囊;附件区没有包块,子宫前壁下段的有关肌层比较薄;妊娠囊位于剖宫产切口位置;包块和妊娠囊附近的血流比较丰富,且血流阻力指数比较低。结果显示,研究组阻力指数、搏动指数及收缩期峰值流速舒张期流速高于对照组( $P < 0.05$ )。表示经阴道彩色B超诊断能够清晰显示出血流参数。

经阴道彩色B超能够准确显示出妊娠囊位置和大小等,其在诊断瘢痕子宫异常妊娠时具有较高的诊断准确率。按照患者超声图像特征可以将疾病分成孕囊型和团块型。其中团块型患者体内有团块在子宫前壁下段存在回声,分界不清晰,呈网格状或海绵状,还可发现子宫内膜出现后移,经过阴道彩色B超检查后能够发生孕囊和团块内部的血流信号较为丰富。

经阴道超声检查则可深入探查患者宫腔,明确患者盆腔器官内部结构以及声像特点,可掌握患者子宫形态、孕囊周边血流等信息。而综合经腹部、经阴道两种超声检查,可掌握更多检查资料,有利于为医师诊断提供更多影像学信息和依据。结果显示,研究组的灵敏度为86.0% (37/43),特异度为75.9% (22/29) 高于对照组灵敏度为60.5% (26/43),特异度为48.3% (14/29) ( $P < 0.05$ )。说明经阴

道彩色B超诊断具有较高的灵敏度和特异度。

综上所述,经阴道彩色B超诊断剖宫产后子宫瘢痕妊娠具有较高的诊断准确率、灵敏度及特异度,可提高血流参数,值得临床应用。

参考文献:

[1]史文伟,应祝.双侧子宫动脉栓塞后清宫术与阴式子宫瘢痕妊娠病灶清除联合子宫修补术对患者生活质量影响[J].中国计划生育学杂志,2020,28(4):488-491.

[2]刘克杰,徐郑军.两种方法治疗剖宫产术后 II 型子宫瘢痕妊娠效果比较[J].中国计划生育学杂志,2021,29(1):17-20.

[3]Periyannan M,Selvaraju M,Senthilkumar K,et al.Unusual incidence of uterine torsion in a mecheri ewe with bicornual twin pregnancy and its successful management[J].AkiNik Publications,2021,10(6):1-3.

[4]李涛,谢志江,成艳梅等.子宫动脉栓塞术对子宫瘢痕妊娠患者卵巢功能的影响[J].实用医学杂志,2021,37(14):1842-1845.

[5]武爱芳,朱彤宇,靖新城等.高强度聚焦超声联合甲氨蝶呤用于宫腔镜治疗子宫瘢痕妊娠预处理效果及远期再生育结局[J].中国计划生育学杂志,2021,29(3):457-460.

[6]石辛景,康志平,邢龙颜等.经阴道多普勒彩色超声联合血清人绒毛膜促性腺激素对子宫瘢痕妊娠的诊断价值分析[J].影像科学与光化学,2020,38(2):280-285.

[7]Martins L, Veiga E, Ribeiro C, et al. Uterine vascular resistance and other maternal factors associated with the risk of developing hypertension during pregnancy. [J]. Braz. J. Med. Biol. Res. 2021, 3(1):10118-10118.

[8]阎冰洁,李鹏,徐晓菊等.两种不同功率高强度聚焦超声治疗子宫瘢痕妊娠的比较[J].介入放射学杂志,2021,30(6):580-584.

[9]魏常辉,蔡春仙,赵世胜等.剖宫产后子宫瘢痕妊娠的 MRI 分型及临床价值[J].实用放射学杂志,2021,37(1):84-87,96.

[10]张雅清,李红.子宫瘢痕妊娠影像学诊断和介入治疗现状[J].介入放射学杂志,2020,29(10):1052-1055.

[11]Care A S, Bourque S L, Morton J S, et al. Reduction in Regulatory T Cells in Early Pregnancy Causes Uterine Artery Dysfunction in Mice (vol 72, pg 177, 2018) [J]. Hypertension: An Official Journal of the American Heart Association, 2021, 72(1):177-187.

[12]潘玉平,程金华,靳博等.子宫动脉栓塞术联合 B 超引导下清宫治疗剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的效果观察[J].中国实用医刊,2020,47(1):54-57.

[13]Lu J, Liu G, Wang Z, et al. Restraint stress induces uterine microenvironment disorder in mice during early pregnancy through the beta(2)-AR/cAMP/PKA pathway [J]. Stress: the international journal on the biology of stress, 2021, 24(5):514-528.

[14]赵倩,李全香,杨娜等.阴道子宫瘢痕妊娠病灶切除术临床效果及术后恢复情况分析 [J]. 中国计划生育学杂志, 2022, 30(1):60-62, 66.

[15]Polin M, Hur H C. Radiofrequency Ablation of Uterine Myomas and Pregnancy Outcomes: An Updated Review of the Literature [J]. Journal of minimally invasive gynecology, 2022, 29(6):709-715.