

剖宫产术后子宫切口愈合不良的相关因素分析

嘎维娜

(西藏自治区藏医院 西藏拉萨 850000)

摘要:目的:探讨剖宫产术后子宫切口愈合不良的相关因素。方法:将我院 2020 年 2 月~2023 年 2 月诊疗的 80 例剖宫产术后患者纳入调研,根据其术后有无子宫切口愈合不良划分为两组。其中,子宫切口愈合不良组 20 例,子宫切口愈合良好组 60 例,最终通过临床数据分析子宫切口愈合不良原因。结果:子宫切口愈合不良组与子宫切口愈合良好组在体重指数、手术时间、术中出血量、胎膜早破、合并糖尿病、既往剖宫产史、羊水污染等方面比较差异明显 ($P < 0.05$)。影响剖宫产患者子宫切口愈合不良危险因素,包括体重指数 $\geq 30\text{kg/m}^2$ 、手术时间 $\geq 30\text{min}$ 、术中出血量 $\geq 200\text{mL}$ 、胎膜早破、合并糖尿病、既往剖宫产史、羊水污染等 ($P < 0.05$)。结论:剖宫产患者术后子宫切口愈合不良原因较多,临床应尽早预防,从而降低子宫切口愈合不良风险。

关键词:剖宫产; 术后; 子宫切口愈合不良; 危险因素

近年来,随着剖宫产技术的推广及应用以及子宫病变临床发生率提升,术后子宫切口愈合不良患者例数明显增加,如何预防术后子宫切口愈合不良等并发症发生,从而改善母婴结局为目前临床中的重点研究内容^[1]。由于子宫切口愈合不良的危险因素较为复杂,无法形成统一的预防标准,故而本文将我院 2020 年 2 月~2023 年 2 月诊疗的 80 例剖宫产术后患者纳入调研,旨在通过对引起剖宫产患者术后子宫切口愈合不良的危险因素进行阐述,以期临床工作人员采取针对性治疗提供帮助,现将研究结果报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2020 年 2 月~2023 年 2 月诊疗的 80 例剖宫产术后患者的病例资料进行回顾性分析,并按照患者术后有无子宫切口愈合不良分为子宫切口愈合不良组 20 例与子宫切口愈合良好组 60 例。全部患者年龄均值为 (30.47 ± 5.15) 岁,孕周均值为 (38.13 ± 1.19) 周。纳入标准:①同意入组且签写知情同意书;②临床资料无缺失者;③无交流障碍。排除标准:①伴有免疫、凝血功能障碍;②伴有精神障碍;③多器官衰竭者。

1.2 方法

统计剖宫产术后患者发生子宫切口愈合不良情况,并记录患者一般资料及临床数据,包括:体重指数、手术时间、术中出血量、胎膜早破、合并糖尿病、既往剖宫产史、羊水污染,进行单因素和多因素 Logistic 回归分析,并总结分析患者子宫切口愈合不良原因。

1.3 观察指标

1.3.1 剖宫产术后患者子宫切口愈合不良单因素分析。

1.3.2 剖宫产术后患者子宫切口愈合不良多因素 Logistic 回归分析。

1.4 统计学分析

采用 SPSS24.0 统计软件对本次研究数据进行统计学分析。计数资料采用百分比 (%) 表示,结果采用 χ^2 检验。当 $P < 0.05$ 表示差

异具有统计学意义。

2 结果

2.1 剖宫产术后患者子宫切口愈合不良单因素分析

通过下述数据发现,子宫切口愈合不良组与子宫切口愈合良好组在体重指数、手术时间、术中出血量、胎膜早破、合并糖尿病、既往剖宫产史、羊水污染等方面比较差异明显 ($P < 0.05$)。参数见表 1 所示。

表 1 剖宫产术后患者子宫切口愈合不良单因素分析

项目	指标	子宫切口愈		χ^2 值	P 值
		子宫切口愈 合良好组 (n=60)	子宫切口愈 合不良组 (n=20)		
年龄	< 30 岁	35 (58.33)	13 (65.00)	0.278	> 0.05
	≥ 30 岁	25 (41.67)	7 (35.00)		
初产妇	是	47 (78.33)	15 (75.00)	0.096	> 0.05
	否	13 (21.67)	5 (25.00)		
体重指数	< 30kg/m^2	49 (81.67)	4 (20.00)	25.511	< 0.05
	$\geq 30\text{kg/m}^2$	11 (18.33)	16 (80.00)		
手术方式	腹膜外	5 (8.33)	2 (10.00)	0.052	> 0.05
	子宫下段	55 (91.67)	18 (90.00)		
切口方式	竖切口	6 (10.00)	4 (20.00)	1.371	> 0.05
	横切口	54 (90.00)	16 (80.00)		
手术时间	< 30min	44 (73.33)	5 (25.00)	14.764	< 0.05
	$\geq 30\text{min}$	16 (26.67)	15 (75.00)		
术中出血量	< 200mL	40 (66.67)	7 (35.00)	6.207	< 0.05
	$\geq 200\text{mL}$	20 (33.33)	13 (65.00)		
围手术期用药	是	22 (36.67)	4 (20.00)	1.899	> 0.05
	否	38 (63.33)	16 (80.00)		
胎膜早破	有	21 (35.00)	12 (60.00)	3.868	< 0.05
	无	39 (65.00)	8 (40.00)		

合并高血压	有	26 (43.33)	11 (55.00)	0.821	> 0.05
	无	34 (56.67)	9 (45.00)		
合并糖尿病	有	20 (33.33)	14 (70.00)	8.252	< 0.05
	无	40 (66.67)	6 (30.00)		
既往剖宫产史	有	18 (30.00)	15 (75.00)	12.534	< 0.05
	无	42 (70.00)	5 (25.00)		
羊水污染	是	16 (26.67)	14 (70.00)	12.018	< 0.05
	否	44 (73.33)	6 (30.00)		
流产史	有	41 (68.33)	13 (65.00)	0.076	> 0.05
	无	19 (31.67)	7 (35.00)		
吸烟史	有	34 (56.67)	12 (60.00)	0.068	> 0.05
	无	26 (43.33)	8 (40.00)		
饮酒史	有	37 (61.67)	13 (65.00)	0.071	> 0.05
	无	23 (38.33)	7 (35.00)		

2.2 剖宫产术后患者子宫切口愈合不良多因素 Logistic 回归分析
通过下述数据发现,影响剖宫产术后患者子宫切口愈合不良包括:体重指数 $\geq 30\text{kg/m}^2$ 、手术时间 $\geq 30\text{min}$ 、术中出血量 $\geq 200\text{mL}$ 、胎膜早破、合并糖尿病、既往剖宫产史、羊水污染等($P < 0.05$)。参数见表2所示。

表2 剖宫产术后患者子宫切口愈合不良多因素 Logistic 回归分析

自变量	β 值	SE	χ^2 值	OR	P 值	95%CI
体重指数 $\geq 30\text{kg/m}^2$	0.740	0.456	5.184	2.126	0.025	1.104~4.087
手术时间 $\geq 30\text{min}$	0.746	0.250	10.277	2.117	0.001	1.614~3.069
术中出血量 $\geq 200\text{mL}$	0.825	0.213	13.118	2.291	0.001	1.482~3.658
胎膜早破	1.062	0.567	13.106	2.875	0.001	1.768~4.012
合并糖尿病	0.794	0.413	8.742	2.295	0.005	1.395~2.991
既往剖宫产史	0.205	0.105	4.128	1.227	0.006	1.022~1.526
羊水污染	0.360	0.107	13.350	1.476	0.004	1.186~1.793

3 讨论

剖宫产作为临床常见分娩模式,有助于提升分娩成功率。但由于多种因素影响,术后时常发生子宫切口愈合不良现象,对患者

术后康复存在消极影响。基于此,应该提高对剖宫产术后患者的重视,研究影响患者子宫切口愈合不良风险原因,从而对其进行及时有效的预防,全面降低风险事件的发生^[1]。

本次调研发现,子宫切口愈合不良组与子宫切口愈合良好组在体重指数、手术时间、术中出血量、胎膜早破、合并糖尿病、既往剖宫产史、羊水污染等方面比较差异明显($P < 0.05$);影响剖宫产患者子宫切口愈合不良危险因素,包括体重指数 $\geq 30\text{kg/m}^2$ 、手术时间 $\geq 30\text{min}$ 、术中出血量 $\geq 200\text{mL}$ 、胎膜早破、合并糖尿病、既往剖宫产史、羊水污染等($P < 0.05$)。剖宫产术后患者子宫切口愈合不良危险因素包括以下几个方面:①体重指数 $\geq 30\text{kg/m}^2$:体现为机体脂肪过多堆积,使得切口部位缺乏供血量,且切割操作时脂肪易附着于切口位置^[2],最终形成脂肪液化现象,严重影响子宫切口愈合。②手术时间 $\geq 30\text{min}$:会使得创面处于长时间暴露状态,为外界细菌提高入侵机会,增加切口感染率,提高了子宫切口愈合不良风险。③术中出血量 $\geq 200\text{mL}$:出血量过多会导致患者贫血,进一步加重营养不良现象,无法正常对切口位置进行血供,是造成子宫切口愈合不良的重要因素。④胎膜早破:会使得阴道潜藏的病菌在手术时上行,导致患者羊膜腔感染,增加了子宫切口愈合不良发生率。⑤合并糖尿病:血糖过高对细菌生存极为有利,加重切口感染概率,且血管病变还会影响切口供血量,使该处皮肤缺血坏死^[3],最终导致子宫切口愈合不良的发生。⑥既往剖宫产史:该类患者多数伴有瘢痕组织增生,二次手术进行子宫肌层分离操作过程中,会因瘢痕钝性不利于判断切口方向^[4],极易导致切口处撕裂,从而引起子宫切口愈合不良。⑦羊水污染:该症状的发生表明子宫内已发生感染事件,使得手术时切口污染率增加,严重时还会引发切口感染。与褚艳侠、奚晓雪^[5]等人的研究结论一致($P < 0.05$)。

综上所述,对于剖宫产术后患者来说,临床治疗中一定要结合其临床特点,进行合理预防干预,降低子宫切口愈合不良发生风险,提高患者预后效果。

参考文献:

- [1]陈怡帆,剖宫产术后手术切口子宫内层异位症发生率及影响因素分析[J].中国妇幼保健,2021,36(23):5496-5498.
- [2]张若,张鸾,贾利平,瘢痕子宫妊娠剖宫产术后切口感染特点及危险因素研究[J].中国妇产科临床杂志,2021,22(5):534-535.
- [3]王亚楠,董燕,王琳,等子宫瘢痕憩室形态学改变与异常子宫出血相关研究进展[J].现代妇产科进展,2022,31(9):711-713,717.
- [4]陶丽杰,贺琰,剖宫产术后晚期产后出血病因调查和干预对策分析[J].中国妇幼保健,2021,36(19):4536-4539.
- [5]刘艺,刘艳,董芳燕,等,剖宫产术后待产孕妇腹壁手术切口皮肤瘢痕增生的影响因素[J].贵州医科大学学报,2023,48(1):109-113.
- [6]褚艳侠,奚晓雪,剖宫产术后腹部切口感染的病原学特点及影响因素分析[J].中国实验诊断学,2022,26(1):62-65.