

〔文章编号〕 1007-0893(2021)01-0167-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.01.080

瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩的效果及安全性

陈冰容 姚丽汾

(漳州市第三医院, 福建 漳州 363000)

〔摘要〕 **目的:** 观察瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩的效果及安全性。**方法:** 选取漳州市第三医院 2019 年 4 月至 2020 年 4 月收治的 102 例瘢痕子宫再次妊娠者为研究对象, 按照分娩方式不同将其分为对照组 (51 例, 剖宫产分娩) 与观察组 (51 例, 经阴道分娩), 比较两组产妇分娩效果与安全性。**结果:** 与入院时相比, 两组产妇产后 48 h 的泌乳素水平均升高, 且观察组高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 观察组产妇产后 24 h 初次泌乳率 (80.39%) 显著高于对照组 (65.85%), 产后并发症发生率比对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组产妇入院时的数字疼痛量表 (NRS) 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组产妇产后 24 h、产后 48 h 的 NRS 评分均明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组产妇住院费用明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 在严格把控指征下, 瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩效果好, 安全性高, 对母婴好处优于剖宫产。

〔关键词〕 瘢痕子宫; 再次妊娠; 阴道分娩; 剖宫产

〔中图分类号〕 R 714 〔文献标识码〕 B

瘢痕子宫产妇既往有剖宫产手术史, 再次妊娠后伴随胎儿体积的增大, 子宫瘢痕组织受压逐渐提升, 因瘢痕组织纤维弹性低, 瘢痕组织再次妊娠后子宫破裂、出血、产褥感染等并发症发生风险较高^[1-2]。瘢痕子宫再次妊娠剖宫产产后出血、产后感染、瘢痕憩室、血栓性静脉炎等并发症发生率较高, 产后相关并发症的发生可降低产妇产后舒适度, 加重产妇产后躯体疼痛, 继而影响产妇产后泌乳。对此, 本研究为论证瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩的效果及安全性, 比较了本院 102 例行剖宫产分娩、经阴道分娩的瘢痕子宫再次妊娠者的分娩情况, 详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2019 年 4 月至 2020 年 4 月收治的 102 例瘢痕子宫再次妊娠者, 按照分娩方式不同将其分为对照组与观察组, 各 51 例, 观察组为经阴道分娩者, 年龄 24~37 岁、平均 (32.52 ± 1.42) 岁, 孕周 37~42 周, 平均孕周 (39.52 ± 1.42) 周。对照组为剖宫产分娩者, 年龄 25~36 岁、平均 (32.51 ± 1.44) 岁, 孕周 37~42 周, 平均孕周 (39.55 ± 1.44) 周。两组产妇平均年龄、平均孕周等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 参与本研究的产妇均既往有子宫下段横切口剖宫产手术史, 剖宫产术后未出现感染, 距本次妊娠时间 ≥ 18 个月, 前次剖宫产指征不存在。(2) 产前

检查显示骨盆、胎位均正常且为单胎, 排除巨大儿, 未合并妊娠期并发症。(3) 产妇均获悉本研究且表示可配合研究行阴道试产。本研究获得产妇、产妇家属知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 排除确诊严重精神疾病产妇。

(2) 排除子宫瘢痕处厚度小于 3 mm, 而且超声检查下各层次回声不均匀的产妇。(3) 排除伴心、肝、肾等重要脏器疾病产妇。(4) 排除 > 2 次剖宫产史, 有子宫破裂史, 高位纵切口的古典式剖宫产史, 子宫下段纵切口。试产过程中做好急诊剖宫产术准备。

1.3 方法

1.3.1 对照组 行剖宫产: 该组产妇均瘢痕子宫择期顺利行剖宫产术, 术中麻醉方式为腰硬联合麻醉, 常规铺巾消毒后于产妇下腹部原瘢痕处做手术切口, 经该切口进入腹腔, 吸净羊水后将胎儿取出, 并连续缝合子宫切口, 术后预防性应用抗菌药物并静脉滴注缩宫素 (马鞍山丰原制药有限公司, 国药准字 H34020474)。

1.3.2 观察组 行阴道分娩: 在阴道分娩试产过程中护理人员持续监测产妇血压、心率等各项生命指征以及胎心音变化, 子宫收缩情况, 当宫口开 2 cm 后将其送入待产室, 在第二产程护理人员应指导产妇配合宫缩情况, 正确用力以将胎儿娩出。若该组产房在分娩观察中出现胎心异常、阴道异常出血、宫颈停止扩张时间超过 2 h、先兆性子官破裂等情况应转为剖宫产。该组产妇阴道分娩后应肌内注射缩宫素 10 U, 检查胎盘黏膜是否完整, 并行床边 B 超以观察原瘢痕部位是否完整。

〔收稿日期〕 2020-09-29

〔作者简介〕 陈冰容, 女, 主治医师, 主要从事妇产科临床工作。

1.4 观察指标

(1) 比较两组产妇入院前、术后 24 h 泌乳素变化情况。
 (2) 比较两组产妇产后并发症发生情况。(3) 比较两组产妇产后 24 h 内泌乳情况。(4) 比较两组产妇平均住院费用。
 (5) 借助数字疼痛量表 (numerical rating scale, NRS) 判断两组产妇入院时、产后 24 h、产后 48 h 躯体疼痛, 该量表总分在 0~10 分, 随着评分的提升躯体疼痛程度也逐渐加重。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇的泌乳素变化情况泌乳情况比较

与入院时相比, 两组产妇产后 48 h 的泌乳素水平均升高, 且观察组高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1; 观察组有 41 例产妇产后 24 h 初次泌乳, 对照组则有 27 例, 观察组产妇产后 24 h 初次泌乳率 (80.39%) 显著高于对照组 (65.85%), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 两组产妇产前产后泌乳素变化情况比较

($n = 51, \bar{x} \pm s, \text{ng} \cdot \text{mL}^{-1}$)

组别	入院时	产后 48 h
对照组	225.54 ± 5.24	365.43 ± 20.43 ^a
观察组	225.56 ± 5.25	415.43 ± 20.44 ^{ab}

与同组入院时比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组产后 48 h 比较, ^b $P < 0.05$

2.2 两组产妇产后并发症发生情况比较

观察组产妇的产后并发症发生率比对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组产妇产后并发症发生情况比较 ($n = 51, n(\%)$)

组别	产后出血	产后感染	瘢痕憩室	血栓性静脉炎	总发生/%
对照组	4(7.84)	5(9.80)	0(0.00)	1(1.96)	19.60
观察组	1(1.96)	1(1.96)	1(1.96)	0(0.00)	5.88 ^c

与对照组比较, ^c $P < 0.05$

2.3 两组产妇不同时期 NRS 评分及住院费用比较

两组产妇入院时的 NRS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组产妇产后 24 h、产后 48 h 的 NRS 评分均明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组住院费用明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组产妇不同时期 NRS 评分及住院费用比较 ($n = 51, \bar{x} \pm s$)

组别	NRS 评分 / 分			住院费用 / 元
	入院时	产后 24 h	产后 48 h	
对照组	4.75 ± 0.22	6.76 ± 0.11	5.31 ± 0.09	6000.00 ± 200.36
观察组	4.76 ± 0.21	5.04 ± 0.12 ^d	3.23 ± 0.08 ^d	3000.43 ± 200.32 ^d

与对照组比较, ^d $P < 0.05$

注: NRS—数字疼痛量表

3 讨论

瘢痕子宫指既往有子宫穿孔修补术、剖宫产术或行子宫肌瘤剔除术等妇科手术, 子宫损伤并有瘢痕组织生成的产妇。瘢痕子宫再次妊娠产妇因子宫瘢痕纤维组织弹性低, 在自然分娩过程中伴随腹内压的升高, 子宫破裂、出血以及感染等风险发生率高^[1]。对于瘢痕子宫再次妊娠孕妇, 产前医护人员会向产妇及其家属介绍阴道分娩风险, 继而影响产妇对分娩方式的选择, 但是瘢痕子宫再次妊娠剖宫产术后出血、瘢痕憩室、产后感染等并发症发生率高, 因此, 医护人员掌握阴道分娩指征以及剖宫产指征, 结合产妇实际情况, 选择合适的分娩方式^[4-5]。术前护理人员在密切关注产妇各项生命指征的同时应指导产妇配合宫缩且正确用力以促使胎儿娩出, 缩短第二产程时间, 防止产妇在分娩过程中出现宫缩乏力^[6-7]。郑丽清^[8]临床研究显示, 瘢痕子宫再妊娠产妇产后并发症发生率为 7.14%, 本研究观察组产妇产后并发症发生率为 5.88%, 显著低于对照组产后并发症发生率 19.60%, 且经阴道分娩观察组无产妇发生瘢痕憩室, 与上述研究相近。由此可见, 对于瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩可有效降低产妇产后出血、产后感染等并发症发生风险, 从而提升瘢痕子宫再次妊娠产妇分娩安全性。

本研究观察组产妇产后 48 h 泌乳素显著高于同期对照组, 且观察组产后同期 NRS 评分显著低于对照组, 孕妇分娩时大量合成并释放催产素, 催产素的升高可推动分娩进程, 经阴道分娩产妇胎儿娩出后体内泌乳素应激性升高, 大量泌乳素的分泌有利于子宫缩复加强, 减少产后出血, 而剖宫产产妇通过手术将胎儿娩出, 泌乳素应激性升高反应明显低于机体正常应激反应, 此外, 瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩可有效降低手术操作对机体造成一定的损伤, 与剖宫产术相比, 对产妇机体造成的损伤小, 因此, 瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩产妇术后躯体疼痛程度比阴道分娩产妇重, 同时观察组产妇产后 24 h 初次泌乳个体明显多于对照组, 产妇平均住院费用明显少于对照组, 瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩产妇产后泌乳素升高, 产后躯体疼痛程度低, 有利于产后尽早泌乳, 住院费用与剖宫产相比, 相对较低。

综上所述, 在严格把控指针下瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩效果好, 安全性高, 对母婴好处优于剖宫产。

〔参考文献〕

- (1) 王玉梅. 瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩的效果观察及安全性 (J). 中外女性健康研究, 2018, 11(13): 66-67.
- (2) 王涵. 瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的选择及经阴道分娩安全性的临床效果观察 (J). 母婴世界, 2019, 3(6): 92.
- (3) 李红玲. 瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩的可行性及安全性研究 (J). 母婴世界, 2017, 5(6): 46.
- (4) 李妮. 瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩的可行性研究 (J). 中外女性健康研究, 2019, 10(13): 105, 135.

- (5) 赖文君, 廖绮琳, 陈梅英. 瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩的相关因素分析 (J). 中国病案, 2018, 19(6): 86-88.
- (6) 施展. 瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩的可行性探讨研究 (J). 现代养生 (下半月版), 2017, 5(6): 152-153.
- (7) 杨艳菊. 瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩的可行性及安全性 (J). 母婴世界, 2017, 5(8): 45.
- (8) 郑丽清. 瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩临床观察 (J). 深圳中西医结合杂志, 2017, 27(7): 142-143.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)01-0169-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.01.081

宫缩乏力性产后出血患者应用卡前列素 氨丁三醇治疗的临床效果评价

马 琴

(东莞大朗明彰纪念医院, 广东 东莞 523700)

〔摘要〕 **目的:** 探讨宫缩乏力性产后出血患者应用卡前列素氨丁三醇治疗的临床效果。**方法:** 选取 2018 年 6 月至 2019 年 6 月期间在东莞大朗明彰纪念医院进行分娩且发生宫缩乏力性产后出血的 64 例产妇为研究对象, 采用系统抽样法随机分成两组, 对照组 (32 例) 进行常规治疗, 观察组 (32 例) 在对照组的基础上加用卡前列素氨丁三醇, 比较两组治疗效果。**结果:** 观察组产妇产后 2 h、产后 24 h 出血量均明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组产妇临床总有效率为 96.88% 高于对照组的 81.25%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组产妇不良反应发生率为 9.38%, 与对照组的 15.63% 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论:** 宫缩乏力性产后出血患者应用卡前列素氨丁三醇治疗效果显著, 能促进子宫收缩、减少出血量、降低不良反应发生率, 是疗效好、安全性高的治疗方式。

〔关键词〕 产后出血; 宫缩乏力; 卡前列素氨丁三醇; 宫缩素

〔中图分类号〕 R 714.46^{†1} 〔文献标识码〕 B

临床中导致产妇死亡的主要危险因素之一就是产后出血, 当胎儿娩出后 24 h 出血量超过 500 mL 时, 称之为产后出血, 约有 2%~3% 的发生率。常见的诱发因素有软产道损伤、凝血功能障碍、胎盘因素、子宫收缩乏力等, 其中子宫收缩乏力占比 70%~80%, 主要发生在产后 2 h, 需要及时给予干预, 降低生命风险。以往在临床中主要运用子宫按摩等方式, 尽管能取得一定效果, 但是见效慢, 容易耽误治疗, 所以探寻到更加有效的治疗措施有着重要意义。基于此, 笔者将卡前列素氨丁三醇应用到宫缩乏力性产后出血的治疗中, 并围绕其应用效果进行深入研究, 现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 6 月至 2019 年 6 月期间在本院进行分娩且发生宫缩乏力性产后出血的 64 例产妇为研究对象, 采用系统抽样法随机分成对照组与观察组, 各 32 例。观察组产

妇年龄范围 21~43 岁, 年龄均值 (27.13 ± 5.64) 岁, 其中 12 例经产妇、20 例初产妇, 分娩方式: 18 例自然分娩、14 例剖宫产; 对照组产妇年龄范围 22~42 岁, 年龄均值 (27.08 ± 5.37) 岁, 其中 11 例经产妇、21 例初产妇, 分娩方式: 19 例自然分娩、13 例剖宫产。两组产妇一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: 产后 2 h 出血量超过 400 mL; 经检验为宫缩乏力性产后出血, 具体参考《产后出血防治》^[1]; 产妇和家属都知晓本研究, 并自愿参与。**排除标准:** 对研究用药物过敏者; 合并凝血功能障碍者; 1 年内发生过出血性疾病者; 肝肾肺等器官功能严重障碍者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 仅进行常规的治疗, 在分娩后静脉注射宫缩素 (上海禾丰制药有限公司, 国药准字 H31020850), 剂量为 20 U, 同时配合间断性子宫按摩; 如果宫缩乏力症状、产妇生命体征在 30 min 无好转, 再次给药。

〔收稿日期〕 2020-09-18

〔作者简介〕 马琴, 女, 主治医师, 主要研究方向是妇产科急危重症。