

〔文章编号〕 1007-0893(2021)04-0187-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.04.092

# 瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的临床分析

汤玉平<sup>1</sup> 钟柳英<sup>2\*</sup>

(1. 广州市增城区增江街社区卫生服务中心, 广东 广州 511300; 2. 广州医科大学附属第三医院, 广东 广州 511300)

〔摘要〕 目的: 探讨剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠的分娩方式。方法: 将 2018 年 2 月至 2019 年 2 月在广州医科大学附属第三医院产科行剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠分娩的 120 例, 产妇按分娩方式不同分为两组, A 组 24 例阴道分娩, B 组 96 例剖宫产, 将同期 80 例非瘢痕子宫阴道分娩作为 C 组, 比较三组的产时出血量、产褥病发生率、住院时间、新生儿 Apgar 评分。结果: A 组产时出血量、产褥病发生率明显低于 B 组, 住院时间明显短于 B 组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), A、B 两组新生儿 Apgar 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); A 组与 C 组在产时出血量、产褥病发生率、住院时间、新生儿 Apgar 评分上比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠分娩应严格掌握阴道分娩指征, 在密切监视下行阴道分娩是安全可行的。

〔关键词〕 再次妊娠; 瘢痕子宫; 剖宫产; 阴道分娩

〔中图分类号〕 R 719.8 〔文献标识码〕 B

剖宫产后造成子宫遗留瘢痕称之为瘢痕子宫, 由于我国的剖宫产率较高, 剖宫产后瘢痕子宫的再次妊娠率也不断升高。瘢痕子宫再次妊娠的风险较大, 存在一定子宫破裂几率, 对母婴的安全造成威胁, 因此临床将瘢痕子宫再次妊娠作为再次剖宫产的指征, 导致部分有阴道试产条件的孕妇失去了阴道分娩机会<sup>[1]</sup>。而再次剖宫产在产时出血量、并发症发生率、新生儿病死率等方面明显升高, 因此根据产妇的分娩指征选择分娩方式至关重要。本研究进一步分析剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的临床效果, 现具体报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

将 2018 年 2 月至 2019 年 2 月在广州医科大学附属第三医院产科行剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠分娩的 120 例产妇按分娩方式不同分为两组。A 组 24 例, 年龄 25~38 岁, 平均年龄 ( $31.7 \pm 4.2$ ) 岁, 孕周 36~41 周, 平均 ( $39.2 \pm 1.8$ ) 周; B 组 96 例, 年龄 26~40 岁, 平均年龄 ( $32.1 \pm 4.4$ ) 岁, 孕周 36~42 周, 平均 ( $39.5 \pm 1.5$ ) 周; 所有产妇均符合剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠标准<sup>[1]</sup>, 剖宫产术均为子宫下段横切口, 距上次剖宫产术时间 1~8 年, 其中,  $< 2$  年 17 例, 2~5 年 68 例,  $> 5$  年 35 例; 将同期 80 例非瘢痕子宫阴道分娩作为 C 组, 年龄 24~36 岁, 平均年龄 ( $30.4 \pm 4.9$ ) 岁, 孕周 37~42 周, 平均 ( $39.4 \pm 1.9$ ) 周; 比较三组的年龄、孕周

等无明显差异 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 方法

阴道试产指征: 此次分娩距上次剖宫产超过 2 年, 且上次剖宫产无术后感染等并发症; 本次分娩无剖宫产指征; B 超检查提示子宫下段的延续性较好, 瘢痕厚度在 2~4 mm; 试产时胎头已入盆, 产程进展顺利; 院内医疗监护条件完善<sup>[2]</sup>。剖宫产指征: 有明确的剖宫产指征或合并不适宜阴道分娩的内科疾病; 距上次剖宫产时间不足 2 年; 有 2 次或以上剖宫产史; B 超提示子宫下段壁薄; 孕妇耻骨联合处有疼痛或压痛<sup>[3]</sup>。

所有孕妇在产前均进行身体情况个体化检查, 评估是否符合阴道分娩指征, 详细了解上一次剖宫产相关内容, 包括剖宫产指征、时间、地点、术式、产时及产后出血情况、新生儿情况, 向孕妇阐述阴道试产及剖宫产的优缺点, 结合孕妇自身情况选择分娩方式。

### 1.3 观察指标

记录三组产妇的分娩结局, 包括产时出血量、产褥病发生率、住院时间、新生儿 Apgar 评分。Apgar 评分标准: 10 分为正常新生儿, 7 分以下考虑患有轻度窒息, 4 分以下考虑患有重度窒息。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 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  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

〔收稿日期〕 2021-01-12

〔作者简介〕 汤玉平, 女, 主治医师, 主要从事妇产科工作。

〔\*通信作者〕 钟柳英 (E-mail: 2403206927@qq.com; Tel: 13676202926)

## 2 结果

### 2.1 三组产妇产结局各指标比较

A组产时出血量、住院时间明显少于B组,且A组的产褥病发生率为4.17%(10/24),明显低于B组的17.71%(17/96),差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ );A组与C组在产时出血量、产褥病发生率、住院时间、新生儿Apgar评分上比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表1。

表1 三组产妇产结局各指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	产时出血量/mL	住院时间/d
A组	24	201.6 ± 47.8 <sup>a</sup>	3.8 ± 0.5 <sup>a</sup>
B组	96	422.5 ± 90.9	7.2 ± 0.6
C组	80	205.4 ± 60.7	3.3 ± 0.4

与B组比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$

注: A组—瘢痕子宫阴道分娩; B组—瘢痕子宫剖宫产; C组—非瘢痕子宫阴道分娩

### 2.2 三组新生儿Apgar评分比较

三组产妇在新生儿Apgar评分上比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表2。

表2 三组新生儿Apgar评分比较 (n(%))

组别	n	4~7分	8~10分
A组	24	1(4.17)	23(95.83)
B组	96	2(2.08)	94(97.92)
C组	80	2(2.50)	78(97.50)

注: A组—瘢痕子宫阴道分娩; B组—瘢痕子宫剖宫产; C组—非瘢痕子宫阴道分娩

## 3 讨论

剖宫产是造成瘢痕子宫的主要原因之一,近年来随着我国剖宫产率的不断升高,瘢痕子宫再次妊娠的几率也逐年升高,所以如何选择瘢痕子宫再次妊娠的分娩方式是医务人员需要特别关注和重视的问题。

近年来国内外大量研究显示,瘢痕子宫再次妊娠行阴道分娩是可行的,对于符合阴道分娩指征的产妇应积极进行阴道试产,做好孕婴的监测,能够明显减少产时及产后出血量,降低并发症发生率,缩短住院时间及产后恢复时间。但部分产妇对阴道分娩有所顾虑,因为瘢痕子宫的下段瘢痕组织缺乏弹性,子宫随着孕周增大,加之宫腔压力的增大,瘢痕薄弱处容易发生子宫破裂,导致孕妇拒绝阴道试产<sup>[4]</sup>。其次,社会因素也是孕妇再次剖宫产的主要因素,在产科医生与孕妇交待情况时,过分强调阴道试产有子宫破裂的危险性,使孕妇更倾向于剖宫产<sup>[5]</sup>。因此,临床医生在与孕妇进行产前

沟通时,应实事求是,让孕妇了解阴道试产过程中可能出现的情况及子宫破裂发生率,告知科室内有完善的监测系统,能在第一时间获知有无子宫破裂,可快速转剖宫产,以确保阴道分娩的顺利进行。

临床对瘢痕子宫阴道分娩的风险性评估显示,严格掌握阴道分娩适应证及禁忌证,做好孕妇阴道试产的教育工作,产前正确评估胎儿大小及头盆位置,做好严密的胎心监护及心电监护,并准备好抢救药物及器材,确保阴道分娩的安全性。一旦发现胎心异常、晚期减速经改变体位及吸氧30min后仍不能恢复,或羊水Ⅱ度污染以上、胎心加快或减慢、阴道分娩在短时间内较为困难,则转剖宫产终止妊娠。若发生产程停滞、活跃期停顿超过2h,应快速评估是否发生宫缩乏力,可应用小剂量缩宫素,若发生宫颈水肿则使用利多卡因封闭,观察1h后仍无进展则选择剖宫产终止妊娠<sup>[6]</sup>。阴道分娩后需检查子宫下段完整性,行B超查看宫腔情况,以观察有无瘢痕处撕裂,确保产妇安全。

本研究结果显示,A组产时出血量、产褥病发生率明显低于B组,住院时间明显短于B组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );A、B两组新生儿Apgar评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );A组与C组在产时出血量、产褥病发生率、住院时间、新生儿Apgar评分上比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。充分证明剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠的孕妇在有阴道分娩指征的情况下积极行阴道试产是可行和安全的,能有效减少产时出血量,加快分娩后的恢复,且不对新生儿质量产生负面影响。

### [参考文献]

- (1) 金敏丽. 140例剖宫产后疤痕子宫再次妊娠分娩方式的临床分析(J). 中华全科医学, 2014, 12(10): 1614-1616.
- (2) 胡春青. 剖宫产后疤痕子宫再次妊娠分娩方式的临床分析(J). 齐齐哈尔医学院学报, 2016, 37(36): 4534-4535.
- (3) 王新艳, 苏琳, 朱韞春. 疤痕子宫再次妊娠分娩方式临床分析(J). 南京医科大学学报(自然科学版), 2016, 36(10): 1233-1236.
- (4) 杨桂香. 剖宫产后疤痕子宫再次妊娠分娩方式的临床探讨(J). 河北医学, 2013, 19(11): 1639-1642.
- (5) 蒋美琴, 陈霞, 凌静. 疤痕子宫再次妊娠阴道分娩的临床结局及可行性分析(J). 川北医学院学报, 2016, 31(5): 700-703.
- (6) 孟宏霞, 何庆华. 剖宫产后疤痕子宫再次妊娠分娩方式的选择及其影响因素分析(J). 内蒙古医学杂志, 2018, 50(9): 1083-1084.