

〔文章编号〕 1007-0893(2021)07-0159-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.07.077

# 疤痕子宫再次妊娠经阴道分娩 136 例临床分析

许建玲

(广宁县妇幼保健院, 广东 广宁 526300)

〔摘要〕 **目的:** 研究疤痕子宫再次妊娠经阴道分娩的可行性和安全性。**方法:** 选择 2017 年 1 月至 2018 年 12 月期间于广宁县妇幼保健院生产的 136 例疤痕子宫患者, 均进行阴道分娩, 其中中途转剖宫产有 35 例 (25.74%), 观察两种分娩方式产妇与新生儿情况。**结果:** 剖宫产产妇产后出血、住院时间、住院费用均高于对照组, 剖宫产产妇并发症发生率为 22.86%, 高于阴道分娩组的 5.94%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。阴道分娩组与剖宫产组新生儿体质量与 Apgar 评分之间比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。**结论:** 对于疤痕子宫患者再次妊娠行阴道分娩, 是可行的, 相比剖宫产患者出血与住院时间均明显改善, 且并发症较低。

〔关键词〕 疤痕子宫; 再次妊娠; 阴道分娩

〔中图分类号〕 R 714.4 〔文献标识码〕 B

随着剖宫产使用率上升, 疤痕子宫再次妊娠的发生率也相应提高。当患者进行剖宫产术后, 会形成疤痕子宫, 而且周围组织和宫腔会发生粘连, 导致子宫解剖位置和形态特征发生改变<sup>[1]</sup>。目前, 我国子宫疤痕妊娠发生率有明显上升趋势, 与剖宫产上升率有直接联系。子宫疤痕处肌壁十分脆弱, 而且此处聚集大量纤维组织, 在妊娠过程中会造成子宫破裂、大出血等严重并发症, 威胁患者生命<sup>[2]</sup>。本研究通过将疤痕子宫患者再次妊娠时采用阴道分娩纳入研究, 选择 2017 年 1 月至 2018 年 12 月期间于本院生产的 136 例疤痕子宫患者, 内容如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

抽调 136 例于本院 2017 年 1 月至 2018 年 12 月期间生产的疤痕子宫患者, 其中 35 例患者中途转剖宫产, 101 例实施阴道分娩。纳入标准: (1) 仅有过 1 次剖宫产史; (2) 估计胎儿体质量在 3500 g 以下; (3) 骨盆各径线正常; (4) 知晓不同分娩方式的利弊; (5) 胎监监护无异常, 先露头位, 已入盆。排除标准: (1) 存在其他妊娠疾病史者; (2) 存在明显头盆不对称; (3) 多胎妊娠; (4) 临床资料不完善者。其中阴道分娩组: 年龄为 25~38 岁, 平均年龄为 (31.54 ± 5.54) 岁; 孕周为 36~42 周, 平均孕周为 (38.54 ± 2.05) 周。剖宫产组: 年龄为 25~38 岁, 平均年龄为 (31.34 ± 5.34) 岁; 孕周为 36~42 周, 平均孕周为 (38.45 ± 2.01) 周。两组患者的一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 方法

所有患者均开始阴道分娩, 需要严格把握产妇产程, 密切关注产妇及胎儿状况变化, 根据产程情况、宫缩与胎心情况决定是否需要转为剖宫产术, 并及时观察患者手术指征。

阴道试产过程需要及时准备剖宫产, 对相关指标进行监测, 并观察是否出现子宫下段压痛和胎心音变化, 一旦出现异常需要及时处理, 确保母婴安全。出现协调性宫缩乏力, 需要观察宫颈扩张情况, 对于较为异常的患者, 需要及时转剖宫产。对于出现协调性宫缩乏力患者, 需要给与镇静剂, 并充分休息, 分娩后, 及时肌内注射 10 U 缩宫素 (上海上药第一生化药业有限公司, 国药准字 H31020862), 加强宫缩, 探查宫腔, 检查子宫瘢痕是否存在破裂。

剖宫产需要进行常规硬膜外麻醉, 麻醉满意后, 确定腹部皮肤前次瘢痕切口方向, 经皮肤组织逐层切开, 暴露手术视野。剪开膀胱子宫腹膜反折, 下推膀胱, 在前次瘢痕上约 1 cm 做切口, 羊水吸净后, 在子宫两侧做弧形切口。娩出胎儿后, 宫体注射催产素 (上海禾丰制药有限公司, 国药准字 H31020850) 10~20 U, 将两侧宫角与子宫切口上下缘夹住, 子宫肌层用 1-0 号可吸收线缝合。确定无出血后, 清除积血, 关闭腹腔。

### 1.3 观察指标

本研究通过观察两种分娩方式的产妇、新生儿情况, 并记录并发症发生率 = (细菌感染 + 胎盘植入 + 产褥病 + 产后出血 + 不完全子宫破裂) / 总例数 × 100%<sup>[3]</sup>。

### 1.4 统计学处理

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〕 2021-01-21

〔作者简介〕 许建玲, 女, 主治医师, 主要研究方向是妇产科学。

## 2 结果

### 2.1 所有产妇手术情况

136例产妇中, 顺利阴道分娩有101例(74.26%), 中途转剖宫产有35例(25.74%)。

### 2.2 两组产妇相关手术情况比较

剖宫产组产妇产后出血、住院时间、住院费用均高于阴道分娩组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表1。

表1 两组产妇相关手术情况比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	产后出血量/mL	住院时间/d	住院费用/元
剖宫产组	35	423.33 ± 50.85	6.98 ± 1.23	6211.54 ± 165.55
阴道分娩组	101	224.69 ± 48.96 <sup>a</sup>	3.25 ± 1.02 <sup>a</sup>	3254.54 ± 154.52 <sup>a</sup>

与阴道分娩组比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$

### 2.3 两组新生儿情况比较

阴道分娩组与剖宫产组新生儿体质量与Apgar评分比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 见表2。

表2 两组新生儿情况比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	新生儿体质量/g	Apgar评分/分
剖宫产组	35	3211.20 ± 126.94	9.15 ± 1.46
阴道分娩组	101	3252.58 ± 125.33	9.20 ± 1.52

### 2.4 两组产妇并发症发生情况比较

剖宫产产妇并发症发生率为22.86%, 高于对照组的5.94%, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表3。

表3 两种分娩方式并发症情况比较 (例)

组别	n	细菌感染	胎盘植入	产褥病	产后出血	不完全子宫破裂	总发生/n (%)
剖宫产组	35	2	0	2	2	2	8(22.86)
阴道分娩组	101	0	0	4	2	0	6(5.94) <sup>b</sup>

与阴道分娩组比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$

## 3 讨论

近年来, 我国剖宫产率上升明显, 虽然子宫瘢痕妊娠发生率不高, 但随着剖宫产人群基数增加, 对孕妇生命安全造成一定影响<sup>[4]</sup>。当疤痕子宫的孕妇再次妊娠时, 可能会增加前置胎盘、子宫破裂的发生率, 尤其是再次进行剖宫产术可加重手术粘连, 或使得患者出现感染, 造成切口愈合不良等<sup>[5]</sup>。因此疤痕子宫患者再次妊娠分娩时如何选择合适的分娩方式成为临床研究重点。

笔者通过将经阴道分娩产妇纳入研究, 其中部分产妇中转剖宫产, 结果显示剖宫产产妇产后出血、住院时间、住院费用均高于阴道分娩组, 剖宫产产妇并发症发生率为22.86%, 高于阴道分娩组的5.94%, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。阴道分娩组与剖宫产组新生儿体质量与Apgar评分之间比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。对于疤痕子宫患者, 子宫破裂属于危险性较高的并发症。随着孕周不断增加, 宫腔内压不断增加, 子宫下段变薄, 此时子

宫肌层厚度不均, 缺乏连续性, 甚至会出现缺损的情况, 容易出现子宫破裂, 导致其出现严重后果, 对母婴生命安全造成一定威胁<sup>[6]</sup>。疤痕子宫孕妇再次分娩时采取阴道试产会增加子宫破裂的危险, 增加产妇剖宫产意愿。但经研究显示, 与初次剖宫产相比, 二次进行剖宫产会明显增加手术住院时间, 出血量, 使得产妇家庭经济负担加重<sup>[7]</sup>。而经阴道分娩可对胎儿形成挤压, 使得肺液滞留大大减少, 有效预防呼吸窘迫综合征; 胎儿经过阴道分娩后, 经过挤压可排空肺部液体, 可有效提高新生儿身体素质。因此在严格把握阴道分娩指征后, 可积极采取阴道试产<sup>[8]</sup>。且在本研究中, 表明疤痕子宫经阴道分娩, 其产后恢复情况良好, 产后出血量也随之减少, 对新生儿并无影响, 安全性较高。主要是由于阴道分娩, 避免了剖宫产手术对机体造成的二次损伤, 有利于患者术后恢复。但在实际分娩时, 需要严格遵守阴道分娩指征, 对于存在剖宫产史的产妇, 需要严格监测产妇生命体征, 一旦出现先兆子宫破裂等情况, 需要及时转剖宫产手术。手术前需要对产妇产下段疤痕厚度进行检查, 及时明确手术指征, 保证产妇生命安全。虽然疤痕子宫再次妊娠并发症几率较高, 但产妇在进行阴道分娩前及时进行风险评估, 掌握手术指征, 出现危险及时转剖宫产手术, 分娩安全性将会大大提高。

综上所述, 对于疤痕子宫再次妊娠, 在严格掌握手术指征的情况下, 可积极尝试经阴道分娩, 相比剖宫产产妇出血量明显减少, 且住院时间有效缩短, 避免二次剖宫产造成的伤害。

## 〔参考文献〕

- (1) 沈红梅, 李璐. 经腹联合经阴道超声检测瘢痕子宫下段肌层厚度对分娩方式选择的指导价值(J). 中国超声医学杂志, 2019, 35(4): 358-361.
- (2) 刘春玲, 杨云萍, 周春兰, 等. 瘢痕子宫孕妇经阴道分娩的妊娠结局及与子宫下段瘢痕厚度关系探讨(J). 中国计划生育学杂志, 2019, 27(3): 335-338.
- (3) 魏素花, 王利娟, 包苏婉, 等. 运用助产士管理模式品管圈提高疤痕子宫孕妇再妊娠阴道分娩率(J). 护理学报, 2019, 26(6): 14-18.
- (4) 琚晓敏, 郭金凤. 剖宫产与阴道分娩对前次剖宫产再次妊娠产妇的应激及炎症状态分析(J). 中国计划生育学杂志, 2017, 25(7): 471-473, 478.
- (5) 江丹丹, 张振平, 莫萍, 等. 阴道分娩对疤痕子宫再妊娠孕妇围产期应激反应和免疫功能的影响(J). 中国性科学, 2019, 28(2): 86-89.
- (6) 罗丽莉, 伊媛, 杨艳贞, 等. 剖宫产后疤痕子宫再次妊娠经阴道分娩方式对母婴结局的影响(J). 实用临床医药杂志, 2018, 22(4): 116-119.
- (7) 马爱青, 李明江. 疤痕子宫再次妊娠分娩的风险及再次行剖宫产术的相关指标分析(J). 中国性科学, 2016, 25(11): 112-114.
- (8) 邵纯纯, 张媛, 洪凡真, 等. 山东省某三甲医院疤痕子宫产妇再次分娩住院费用及其影响因素(J). 山东大学学报(医学版), 2019, 57(2): 88-92, 124.