

(文章编号) 1007-0893(2021)16-0144-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.16.061

瘢痕子宫足月妊娠时行阴道分娩的临床研究

孙会丽¹ 陈闪闪²

(1. 宜阳县计划生育服务站医院, 河南 宜阳 471600; 2. 宜阳县人民医院, 河南 宜阳 471600)

〔摘要〕 **目的:** 探讨瘢痕子宫产妇足月妊娠时行阴道分娩的临床效果。**方法:** 选择2017年1月至2019年12月在宜阳县计划生育服务站医院分娩的80例瘢痕子宫妊娠产妇作为研究对象, 随机编号1~80号, 将单数归为对照组, 双数归为观察组, 各40例。对照组予以剖宫产术进行分娩, 观察组予以阴道分娩试产。统计观察组阴道分娩成功率, 阴道分娩成功者纳入阴道分娩组, 比较对照组与阴道分娩组产妇分娩时间、分娩出血量、新生儿Apgar评分、住院时间及产后并发症发生率。**结果:** 观察组40例瘢痕子宫产妇中, 有31例阴道分娩成功, 9例改行剖宫产, 阴道分娩成功率为77.50%。两组产妇的分娩时间、新生儿Apgar评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 阴道分娩组产妇的分娩出血量少于对照组, 住院时间短于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 阴道分娩组产妇的产后并发症发生率为3.23%, 低于对照组的22.50%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 瘢痕子宫产妇足月妊娠时行阴道分娩的出血量较剖宫产术分娩更少, 且住院时间更短, 并发症发生率更低, 具有可行性。

〔关键词〕 瘢痕子宫; 足月妊娠; 阴道分娩; 剖宫产术

〔中图分类号〕 R 714.4 **〔文献标识码〕** B

瘢痕子宫再次妊娠时可能发生子宫破裂、前置胎盘、产后出血等并发症, 故瘢痕子宫产妇再次妊娠时对分娩方式的选择尤为谨慎, 大多以安全性更高的剖宫产术为主要选择^[1]。剖宫产术虽具有较高的安全性, 但常会给瘢痕子宫带来二次伤害, 使宫腔损伤、粘连加重, 易形成肠粘连、肠梗阻, 增加术后并发症的发生率, 影响术后产妇康复^[2]。而近年来有研究指出, 瘢痕子宫再次妊娠时行阴道分娩对产妇的伤害较小, 分娩出血量少, 并发症少, 产后恢复快, 并发症发生率低, 且母乳喂养及时, 可促进婴儿正常发育^[3]。同时, 在阴道分娩过程中遇到紧急情况可及时转行剖宫产术, 增加了阴道分娩的安全性, 具有较高的可行性。基于此, 本研究进一步探讨了瘢痕子宫足月妊娠时行阴道分娩的临床效果, 具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2017年1月至2019年12月在宜阳县计划生育服务站医院分娩的80例瘢痕子宫妊娠产妇作为研究对象, 随机编号1~80号, 将单数归为对照组, 双数归为观察组, 各40例, 将观察组中阴道分娩成功者纳入阴道分娩组。对照组年龄25~36岁, 平均(31.59±3.25)岁; 孕次2~6次, 平均(3.15±0.83)次; 孕周37~40周, 平均(38.29±1.04)周; 距上次剖宫产时间3~8年, 平均(4.86±1.21)年。观察组年龄26~37岁, 平均(31.62±3.17)岁; 孕次2~6次, 平均(3.22±0.76)次; 孕周37~40周, 平均(38.33±0.96)周;

距上次剖宫产时间3~7年, 平均(4.94±1.15)年。两组产妇的一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。所有产妇及其家属均知情, 并同意参与本研究。

1.2 纳入与排除标准

(1) 纳入标准: ①胎位正常; ②胎儿体质量 < 4 kg; ③无上次剖宫产指征; ④既往仅有1次剖宫产史, 且手术顺利, 无产后出血及感染情况发生; ⑤B超检查子宫下段肌层连续性好, 瘢痕厚度 > 2 cm; ⑥距离上次行剖宫产术时间 > 2 年; ⑦盆骨无异常, 具备阴道试产条件。(2) 排除标准: ①合并妊娠糖尿病、妊娠高血压等妊娠期疾病; ②超声检查瘢痕处有胎盘附着; ③合并肝肾功能严重障碍; ④有剖宫产指征出现。

1.3 方法

1.3.1 对照组 予以剖宫产术进行分娩: 术前行青霉素药敏试验, 留置导尿, 医护人员进行心理护理, 主动与产妇交谈, 耐心说明手术方法、麻醉方式、术中和术后可能出现的问题等, 促进其更好地配合手术。术后予以抗菌药物预防感染及促宫缩治疗, 观察产后流血情况, 注意子宫复旧。

1.3.2 观察组 予以阴道分娩试产: 从产妇第一产程开始, 医护人员需全程陪护, 密切监测产妇生命体征、胎儿心率及宫缩情况, 根据产妇个体情况使用麻醉药物及人工破膜, 若出现剖宫产指征则立即改为剖宫产术。

1.4 评价指标

(1) 记录观察组阴道分娩成功率; (2) 记录对照组

〔收稿日期〕 2021-05-03

〔作者简介〕 孙会丽, 女, 主治医师, 主要从事妇产科工作。

与阴道分娩组分娩时间、分娩出血量及住院时间, 并采用 Apgar 评分^[4]对新生儿皮肤颜色、心搏速率、呼吸、肌张力及运动、反射 5 个方面进行评估, 总分范围 0~10 分, Apgar 评分 < 4 分患有重度窒息, 4 分 ≤ Apgar 评分 < 7 分患有轻度窒息, 7 分 ≤ Apgar 评分 ≤ 10 分则为基本正常; (3) 观察对照组与阴道分娩组产妇住院期间并发症发生情况, 包括肠粘连、产后出血及尿潴留。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 23.0 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 观察组产妇的阴道分娩成功率

观察组 40 例瘢痕子宫产妇中, 有 31 例阴道分娩成功, 9 例改行剖宫产, 阴道分娩成功率为 77.50%。

2.2 两组产妇分娩时间及出血量比较

两组产妇的分娩时间、新生儿 Apgar 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 阴道分娩组产妇的分娩出血量少于对照组, 住院时间短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组产妇分娩时间及出血量比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	分娩时间 /min	分娩出血量 /mL	新生儿 Apgar 评分 /分	住院时间 /d
对照组	40	77.61 ± 10.95	361.75 ± 31.69	9.03 ± 0.35	9.62 ± 2.08
阴道分娩组	31	80.35 ± 11.58	226.49 ± 25.16 ^a	8.95 ± 0.39	5.64 ± 1.86 ^b

与对照组比较, ^a $P < 0.05$

2.3 两组产妇产后并发症发生率比较

阴道分娩组产妇的产后并发症发生率为 3.23%, 低于对照组的 22.50%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组产妇产后并发症发生率比较 (n (%))

组别	<i>n</i>	肠粘连	产后出血	尿潴留	总发生
对照组	40	3(7.50)	2(5.00)	4(10.00)	9(22.50)
阴道分娩组	31	0(0.00)	0(0.00)	1(3.23)	1(3.23) ^b

与对照组比较, ^b $P < 0.05$

3 讨论

瘢痕子宫主要发生于剖宫产术之后, 对再次妊娠的孕期、分娩及产后等过程有较大影响, 对于瘢痕子宫足月妊娠产妇的分娩方式可选择剖宫产, 也可采用阴道分娩^[5]。既往, 瘢痕子宫产妇在分娩时倾向于选择剖宫产, 认为阴道分娩一旦出现子宫破裂则会危及母婴生命安全^[6]。但近年来相关研究指出, 剖宫产术并不会降低瘢痕子宫产妇的不良母婴结局发生率, 反而使母婴并发症增多, 而阴道分娩具有较高的可行性^[7]。因此, 本研究重点观察瘢痕子宫足月妊娠时行阴道分娩的临床效果。

本研究结果显示, 观察组 40 例瘢痕子宫产妇中, 有 31 例阴道分娩成功, 9 例改行剖宫产, 阴道分娩成功率为 77.50%; 对照组与阴道分娩组分娩时间、新生儿 Apgar 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 但阴道分娩组分娩出血量少于对照组, 住院时间短于对照组, 且产后并发症发生率低于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明瘢痕子宫足月妊娠时行阴道分娩可行性较高。分析原因在于, 剖宫产已成为解决难产和某些产科合并症的有效手段, 通过在子宫下段行横切口, 可安全地将婴儿取出。同时, 手术操作技术、感染防治以及营养措施不断加强, 使得术后子宫愈合良好。但因瘢痕子宫产妇情况特殊, 再次行剖宫产分娩时会加重宫腔损伤、粘连, 严重会形成肠粘连、肠梗阻, 甚至造成术后切口感染、不愈合, 对产后恢复有较大影响^[8]。而阴道分娩仅有会阴部位伤口, 分娩出血量少, 并发症少, 产后恢复快, 且并发症发生率低。同时, 随着医学技术成熟发展, 瘢痕子宫产妇在阴道分娩过程中出现紧急情况可及时转剖宫产, 与剖宫产术具有同样的安全性^[9]。有研究报道, 瘢痕子宫产妇采用剖宫产术后会因手术切口的疼痛而造成腹部胀气, 进食减少, 进而延迟母乳喂养时间, 影响婴儿身体发育^[10]。因此, 对于瘢痕子宫足月妊娠产妇, 行阴道分娩的效果较好, 可减少分娩出血, 缩短住院时间, 降低产后并发症发生率。但需要注意的是, 瘢痕子宫再次妊娠产妇行自然分娩需要符合相应的适应证, 在宫颈条件成熟情况下严格把握适应证进行阴道试产, 且在产妇分娩过程中需要给予全方位的护理干预, 指导产妇进行分娩, 以提高阴道分娩成功率。

综上所述, 瘢痕子宫足月妊娠在把握适应证的情况下行阴道分娩具有可行性, 并可减少分娩出血量, 缩短住院时间, 降低产后并发症发生率。

[参考文献]

- (1) 曾木兰, 温穗文, 何倩影. 剖宫产与经阴道分娩对瘢痕子宫再次妊娠母婴结局的影响对比 (J). 现代诊断与治疗, 2019, 30(3): 451-452.
- (2) 何淑萍. 瘢痕子宫再次妊娠孕产妇采用不同分娩方式对母婴结局的影响情况分析 (J). 现代诊断与治疗, 2018, 29(9): 1478-1480.
- (3) 邱海凡, 王连云, 潘圆圆, 等. 剖宫产术后瘢痕子宫阴道分娩的可行性和安全性研究 (J). 中华全科医师杂志, 2019, 18(5): 458-461.
- (4) 关蓓蓓. 米非司酮联合甲氨蝶呤治疗剖宫产瘢痕部位妊娠的疗效及对新生儿 Apgar 评分的影响 (J). 中国妇幼保健, 2018, 33(5): 1120-1122.
- (5) 严文彦, 卢纹, 欧燕珊. 瘢痕子宫足月妊娠经阴道分娩可行性及临床结局探讨分析 (J). 中国病案, 2019, 20(6): 91-93.
- (6) 孙东霞, 郝亚宁, 李毅飞, 等. 剖宫产术后瘢痕子宫妊娠至足月选择阴道试产成功孕产妇与再次剖宫产孕产妇临床资料分析 (J). 河北医科大学学报, 2019, 40(6): 729-732.

- (7) 程芙蓉, 陈裕坤, 董锦莲, 等. 瘢痕子宫再次妊娠足月后不同分娩方式的临床结局 (J). 西部医学, 2019, 31(5): 727-730.
- (8) 孙玉兰. 剖宫产术后瘢痕子宫再次妊娠分娩方式对母婴结局及出血量的影响 (J). 中国性科学, 2019, 28(11): 82-85.
- (9) 孙杨芳, 谢真, 余雁, 等. 瘢痕子宫再次妊娠孕妇阴道试产的结局及安全性分析 (J). 浙江临床医学, 2019, 21(7): 906-908.
- (10) 许占英. 瘢痕子宫再次妊娠采取阴道分娩的成功率与安全性 (J). 中国药物与临床, 2019, 19(12): 2022-2023.

(文章编号) 1007-0893(2021)16-0146-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.16.062

胸腺五肽联合肠内营养对重症脓毒症临床疗效观察

陆政 唐小刚

(广西壮族自治区人民医院, 广西 南宁 530021)

[摘要] **目的:** 探讨胸腺五肽联合肠内营养对于重症脓毒症患者的临床应用价值。**方法:** 选取2017年1月至2019年1月广西壮族自治区人民医院收治的86例重症脓毒症患者作为研究对象, 依随机数表法分为对照组和观察组, 每组43例。两组患者均给予抗菌药物及肠内营养, 对照组患者加用0.9%氯化钠注射液治疗, 观察组患者加用胸腺五肽治疗, 比较治疗前后两组患者肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、超敏C反应蛋白 (hs-CRP) 及免疫球蛋白G (IgG) 水平, 评估两组患者不良反应发生率、病死率及器官功能损伤情况。**结果:** 治疗后两组患者TNF- α 、hs-CRP水平均有所下降, 且观察组明显低于对照组, 治疗后两组患者IgG水平均有所上升, 且观察组明显高于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者不良反应发生率及28 d死亡率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组患者器官功能损伤率明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 胸腺五肽联合肠内营养对于重症脓毒症患者有显著临床效果, 可显著降低炎症因子水平, 有效改善免疫功能, 减轻器官功能损伤。

[关键词] 重症脓毒症; 胸腺五肽; 肠内营养; 炎症因子

[中图分类号] R 631 **[文献标识码]** B

脓毒症是一种全身炎症反应综合症, 属严重感染疾病、重度创伤、重症胰腺炎等疾病的常见并发症^[1]。该病症易引发多器官功能衰竭、脓毒性休克, 生存率较低, 久居重症监护病房 (intensive care unit, ICU) 死亡因素之首^[2]。其发病机制涉及多个方面, 如凝血功能障碍、免疫功能异常、全身炎症反应等, 致使机体发生多系统、多器官的生理及病理变化^[3]。重症脓毒症包括严重脓毒症和脓毒性休克, 指脓毒症伴有组织灌注不良、低血压或器官功能障碍。研究发现^[4], 脓毒症的病理过程与机体炎症细胞过度激活、炎症因子大量释放有密不可分的关系, 从而刺激炎症反应、损伤组织细胞、加剧病情进展。基于此, 有效提升机体免疫力、积极控制炎症反应是治疗此病症的核心关键。胸腺五肽作为免疫增强剂, 对体液免疫功能有增强效用, 但对重症脓毒症患者免疫恢复及炎症控制的具体疗效尚有待深入研究。故本研究选取86例重症脓毒症患者进行分组研究, 探讨胸腺五肽联合肠内营养对于重症脓毒症患者的应用价值, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院ICU 2017年1月至2019年1月收治的重症脓毒症 (严重脓毒症 / 脓毒性休克) 患者86例, 按照随机数表法分为两组, 每组43例。对照组男23例, 女20例, 年龄30~60岁, 平均 (44.55 ± 3.22) 岁, 急性生理与慢性健康评分II (acute physiology and chronic health evaluation II, APACHE II) (22.51 ± 2.85) 分, 平均病程 (9.4 ± 3.3) d; 观察组男21例, 女22例, 年龄29~61岁, 平均 (45.68 ± 4.10) 岁, APACHE II (23.38 ± 2.94) 分, 平均病程 (8.8 ± 3.7) d。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: 诊断均符合《中国严重脓毒症 / 脓毒性休克治疗指南》^[5] 相关标准; 均对本研究知情且自愿参与。**排除标准:** 不适合肠内营养者; 患精神疾病或意识障碍者; 严重心、肝、肾功能障碍者。

[收稿日期] 2021-06-21

[作者简介] 陆政, 男, 副主任医师, 主要研究方向是脓毒症、血流动力学、重症超声等。

1.2 方法

两组患者入住 ICU 后，依多器官功能障碍综合征治疗原则，均给予基础治疗：（1）控制原发病；（2）重点监测患者的生命体征；（3）改善循环；（4）改善氧代谢；

（5）加强全身支持治疗。24 h 内管饲或口服给予肠内营养乳剂（华瑞制药有限公司，国药准字 H20020588），第 1 天初始用量从 20 mL·h⁻¹ 开始，同时监测患者液体平衡及耐受性，连续输注 5 h 后暂停 1 h，以后用量每日增加 20 mL·h⁻¹ 或依患者耐受情况调整，直至达到维持量 25 kcal·kg⁻¹·d⁻¹。观察组加用胸腺五肽（国药一心制药有限公司，国药准字 H20058005），用量 10 mg·d⁻¹，皮下注射，连续 14 d。对照组加用 10 mg·d⁻¹ 0.9% 氯化钠注射液作为安慰剂，用药 2 周。

1.3 观察指标

（1）检测治疗前后两组患者炎症因子水平及免疫功能指标。检测方法：治疗 2 周后，抽取所有患者清晨空腹外周静脉血 5 mL，应用酶联免疫吸附法检测肿瘤坏死因子-α（tumor necrosis factor-α，TNF-α）、超敏 C 反应蛋白（hypersensitive C-reactive protein，hs-CRP）水平，应用免疫透射比浊法检测免疫球蛋白 G（immunoglobulin G，IgG）水平。（2）记录两组患者不良反应发生率、28 d 病死率及器官功能损伤情况。不良反应包括恶心、呕吐、皮肤瘙痒等。器官功能损伤包括呼吸、凝血、肝脏、循环、神经、肾脏等损伤。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 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 两组患者治疗前后炎症细胞因子水平及免疫功能比较

治疗前，两组患者 TNF-α、hs-CRP、IgG 水平比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）；治疗后两组患者 TNF-α、hs-CRP 水平均有所下降，且观察组明显低于对照组，治疗后两组患者 IgG 水平均有所上升，且观察组明显高于对照组，差异均具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

表 1 两组患者治疗前后炎症细胞因子水平及免疫功能比较
(*n* = 43, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	TNF-α/ng·L ⁻¹	hs-CRP/mg·L ⁻¹	IgG/g·L ⁻¹
对照组	治疗前	295.44 ± 143.16	196.84 ± 41.23	5.61 ± 0.38
	治疗后	211.75 ± 90.22 ^a	171.77 ± 38.95 ^a	6.11 ± 0.98 ^a
观察组	治疗前	296.13 ± 142.85	197.13 ± 41.17	5.73 ± 0.55
	治疗后	167.53 ± 51.16 ^{ab}	151.74 ± 22.24 ^{ab}	8.16 ± 0.22 ^{ab}

与同组治疗前比较，^a*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^b*P* < 0.05
注：TNF-α—肿瘤坏死因子-α；hs-CRP—超敏 C 反应蛋白；IgG—免疫球蛋白 G

2.2 两组患者不良反应发生率、28 d 病死率及器官功能损伤情况比较

两组患者不良反应发生率及 28 d 死亡率比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）；观察组患者器官功能损伤率明显低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 2 两组患者不良反应发生率、28 d 病死率及器官功能损伤情况比较
(*n* = 43, 例)

组别	不良反应				28 d 病死 / <i>n</i> (%)	器官功能损伤						
	恶心	呕吐	皮肤瘙痒	总发生 / <i>n</i> (%)		呼吸	凝血	肝脏	循环	神经	肾脏	总发生 / <i>n</i> (%)
对照组	2	2	3	6(13.95)	3(6.98)	3	5	4	4	3	3	22(51.16)
观察组	1	1	2	4(9.30)	1(2.33)	1	2	1	2	1	1	8(18.60) ^c

与对照组比较，^c*P* < 0.05

3 讨论

脓毒症是由感染源引起的不可控全身炎症反应综合征，发病率较高，尽管目前对脓毒症采用了抗内毒素、广谱抗菌药物等治疗手段，但全球每天的病死人数依然未能得到有效控制。国外研究指出^[6]，机体的抗炎、促炎机制失衡是脓毒症发生和发展的关键诱因，且其严重程度与死亡率有密切关系。

本研究结果显示，治疗前两组的 TNF-α、hs-CRP 及 IgG 水平差异无统计学意义（*P* > 0.05），治疗后两组的 TNF-α、hs-CRP 水平均有所下降，且观察组下降幅度明显大于对照组，两组的 IgG 水平有所上升，且观察组相较于对照组上升更明显，差异具有统计学意义（*P* < 0.05）。说明胸腺五肽联合肠内营养能显著调节机体细胞炎症反应并有效提升免疫功能。原因是胸腺五肽能强化巨噬细胞吞噬功能，增强红细胞免疫黏附能力，促进 T 细胞分化增值，引起细胞内部

反应，从而调节并增强机体细胞的免疫功能^[7]。同时，通过肠内营养辅助，可恢复黏膜屏障功能及肠道蠕动能力，利用其肠道保护功能，促进肠道激素分泌与养分吸收，防止肠道细菌易位，并能加速肝脏血液循环，增强肝脏功能。二者联合有助于促进机体功能恢复，从而帮助患者恢复免疫功能^[8]。两组患者不良反应发生率及 28 d 死亡率比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）。说明胸腺五肽联合肠内营养对改善患者不良反应方面的作用不明显，对控制预后死亡率亦无显著帮助。观察组器官功能损伤率明显低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05）。说明胸腺五肽联合肠内营养能有效降低重症脓毒症患者的炎症反应水平，对器官功能损伤有一定缓解作用。由于脓毒症病情的特殊性，细菌感染出现在血液系统，病原菌随血液游走全身，进到各重要脏器，并且脓毒症恶性感染导致机体免疫功能混乱，以致随病情进展会发