

疤痕子宫阴道分娩的临床分析

陶艳萍^{1,2)}, 张步振^{1,3)}

(1) 第三军医大学; 2) 昆明医科大学第一附属医院, 云南昆明 650032; 3) 成都军区昆明总医院, 云南昆明 650032)

[摘要] **目的** 分析疤痕子宫阴道分娩的可行性及母婴的安全性, 以降低剖宫产率; 对于试产失败的病例分析原因, 探讨产程中的注意事项, 为规范疤痕子宫阴道试产的产程监测提供依据. **方法** 查阅病例资料, 选取2014年1月至2014年12月昆明医科大学第一附属医院收治的疤痕子宫再次妊娠病例487例, 其中142例进行阴道试产的病例作为研究对象, 将阴道试产成功的113例产妇设为观察组, 按照随机抽样的原则, 选取昆明医科大学第一附属医院同期收治的非疤痕子宫再次妊娠阴道分娩的产妇113例作为对照组, 将2组产妇的临床资料进行回顾性的对比分析; 对阴道试产失败而改行剖宫产的病例分析原因, 探讨监护措施及如何规避风险. **结果** 疤痕子宫再次妊娠病例487例, 其中142例行阴道试产, 试产率29.2%, 成功阴道分娩的有113例, 成功率为79.6%, 其余29例产妇试产失败改行剖宫产手术, 手术指征分别为胎儿宫内窘迫9例, 可疑子宫破裂3例, 头盆不称5例, 母亲要求8例, 宫缩乏力1例. 观察组和对照组的2组产妇分析结果显示: 2组产妇在产程、出血量、住院时间、住院费用、新生儿Apgar评分等方面的差异无统计学意义 ($P > 0.05$). **结论** 在充分评估后, 疤痕子宫阴道分娩是可行的, 母婴预后良好. 产程中规范严密的监测和做好即刻剖宫产的准备是保障母婴安全的必要措施. 疤痕子宫孕产妇进行阴道分娩可降低剖宫产率, 值得推广应用.

[关键词] 疤痕子宫; 疤痕子宫阴道分娩; 产程监测

[中图分类号] R714.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 2095-610X (2015) 12-0131-03

Clinical Analysis of Vaginal Delivery after Previous Caesarean Section

TAO Yan-ping^{1,2)}, ZHANG Bu-zhen^{1,3)}

(1) *The Third Military Medical University, Chongqing 400038*; 2) *Dept. of Obstetrics, The First Affiliated Hospital of Kunming Medical University, Kunming Yunnan 650032*; 3) *Kunming General Hospital of Chengdu Military Region, Kunming Yunnan 650031, China*)

[Abstract] **Objective** To investigate the possibility and safety of vaginal delivery after previous caesarean section so as to reduce the rate of caesarean section; and to analyze the causes of failure in vaginal delivery, discuss the precautions during labor, and provide an evidence for vaginal delivery after previous caesarean section. **Methods** We selected 487 cases of uterine scar pregnancy admitted in our hospital from January to December in 2014 in this study. 142 of 487 cases tried for vaginal delivery. The clinical data of successful vaginal delivery were compared with those of 113 women of maternal pregnancy non-uterine scar in the same period. For the cases of failed vaginal delivery, the causes of failure were analyzed, and the monitoring measures and risk aversion were discussed. **Results** Of 142 cases (29.16%) who tried vaginal delivery, 113 (79.6%) succeeded and 29 cases (20.4%) converted to caesarean section after a failure vaginal delivery. The indications of caesarean section included fetal distress in 9 cases, cephalo-pelvic disproportion in 3 cases, suspicious of uterine rupture in 5 cases, mother required in 8 cases, and uterine atony in 1 case. There were no significant differences in stages of labor, amount of postpartum hemorrhage, hospital stays, hospitalization costs and new born Apgar scores between the two groups

[作者简介] 陶艳萍 (1974~), 女, 云南昆明市人, 护理本科, 主管护师, 主要从事妇产科临床护理及管理工作.

[通讯作者] 张步振. E-mail: zhangbuzheng@126.com

($P > 0.05$) . **Conclusion** Vaginal delivery after previous caesarean section is feasible and has good outcome for mother and baby on the basis of enough evaluation. Close monitoring and enough preparation for immediate cesarean delivery during labor are necessary to protect the maternal and infant safety. Vaginal delivery after previous caesarean section is a method to reducing the caesarean section rate, and should be popularized.

[**Key words**] Scar uterus; Vaginal delivery after previous caesarean section; Labor monitoring

有研究对 9 个亚洲地区国家或地区的孕妇生产方式进行调查, 结果显示亚洲国家的平均剖宫产率为 27%, 而在中国剖宫产率则高达 46.2%^[1], 针对过高的剖宫产率, WHO 倡导应将剖宫产率控制在 15% 以下^[2]. 长久以来, 中国超高的首次剖宫产率为二胎分娩带来了极大隐患, 瘢痕子宫对剖宫产率的影响日渐显现, 逐渐上升到剖宫产指征第一位的位置^[3]. 逐年攀升的瘢痕子宫发生率归结于既往过高的首次剖宫产率的影响. 如今, 全面放开二胎分娩的政策使得大量的瘢痕子宫妇女面临再次怀孕后分娩方式的艰难选择, “一次剖宫产, 永远剖宫产” 还是不是唯一的分娩方式. 在当今这样严峻的形势下, 社会公众和妇产科届应该理性的看待这个问题, 依据循证医学证据, 科学理智地应对, 为母婴健康提供最初的安全保障.

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2014 年 1 月至 2014 年 12 月在昆明医科大学第一附属医院住院的瘢痕子宫再次妊娠病例共 487 例. 对其中经阴道试产的 142 例进行分析统计, 查阅其病例资料. 瘢痕子宫原因均为剖宫产史, 距离上次剖宫产时间 2 ~ 9 a, 平均时间 (4.06 ± 1.46) a. 前次选择剖宫产的指征: 母亲要求 54 例, 胎儿偏大 25 例, 胎儿宫内窘迫 16 例, 羊水异常 13 例, 胎位异常 10 例, 脐带绕颈 8 例, 胎盘异常 9 例, 试产试产失败 3 例, 母亲发热 1 例, 过期妊娠 2 例, 原因不清 1 例. 将其中 113 例阴道试产成功的产妇设为观察组, 孕产妇年龄为 21 ~ 41 岁, 平均 (26.9 ± 3.56) 岁, 孕周 36 ~ 41 周, 平均 (38.15 ± 1.24). 并从同期本院收治的非瘢痕子宫再妊娠顺产分娩的孕产妇中随机选择 113 例设为对照组. 对照组年龄 22 ~ 42 岁, 平均 (26.17 ± 3 , 21) 岁; 孕周 35 ~ 41 周, 平均孕周 (37.73 ± 1.75). 2 组患者年龄、孕周等资料对比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$).

1.2 方法

1.2.1 回顾性分析产妇临床资料 将阴道试产成功的 113 例按 1 对 1 比例随机抽取同期内经阴道分娩

成功的 113 例非疤痕子宫妊娠者, 将产程时间、产后出血情况、住院时间、住院费用、新生儿 1 min Apgar 评分指标进行对比.

1.2.2 回顾性分析产妇失败的临床资料 将阴道试产失败的 29 例病例的手术指征及风险因素进行分析.

1.3 统计学方法

数据采用 SPSS 软件进行统计学处理, 计数资料行 χ^2 检验, 计量资料用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义.

2 结果

2.1 疤痕子宫病例分娩方式结果

487 例疤痕子宫再次妊娠产妇, 其中 142 例行阴道试产, 试产率 21.16%; 在试产病例中 113 例试产成功阴道分娩, 成功率 79.58%; 29 例试产失败改行急诊剖宫产结束分娩, 见表 1.

表 1 全年疤痕子宫分娩方式比例

Tab. 1 The proportions of delivery modes of pregnant women with scar uterus in 2014

项 目	<i>n</i>	百分率 (%)
剖宫产	374	76.79
阴道试产	142	21.16
试产成功	113	79.58
试产失败	29	20.42

2.2 疤痕子宫再次妊娠成功阴道分娩病例与同期随机抽取的阴道分娩病例的相关指标对比

观察组和对照组的产程时间分别是 (7.26 ± 2.3) h 和 (10.08 ± 1.5) h; 产后出血情况分别是 (221.50 ± 26.7) mL 和 (179 ± 22.7) mL; 住院时间分别为 (3.1 ± 1.0) d 和 (2.8 ± 1.3) d; 住院费用为 ($4\ 156.12 \pm 165.37$) 元和 ($3\ 834.33 \pm 175.41$) 元, 新生儿 1 min Apgar 评分分别是 (8.6 ± 1.1) 分和 (9.0 ± 0.4) 分. 2 组产妇均未发生子宫破裂现象, 无产褥感染病例, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 2.

2.3 疤痕子宫再次妊娠阴道试产失败而改行剖宫产的手术指征及母儿结局情况

在 29 例试产失败的病例中统计分析手术指征

分别为, 胎儿宫内窘迫 9 例; 母亲要求 8 例, 头盆不称 5 例, 可疑子宫破裂 3 例, 宫缩乏力 1 例, 产程进展情况分别为: 第一产程病例 21 例, 其中宫口扩张 3 cm 以下的 2 例, 宫口扩张 6 cm 以上的 8

例, 第二产程病例 8 例. 发生产后出血 (出血量 1 000 mL) 3 例, 新生儿转儿科观察 7 例, 不完全子宫破裂 2 例, 没有发生新生儿重度窒息及完全子宫破裂.

表 2 2 组母婴结局对比

Tab. 2 Comparison of the maternal and infant outcomes between the two groups

组别	n	总产程 (h)	产后出血 (mL)	住院时间 (d)	住院费用 (元)	新生儿 Apgar 评分 (分)
观察组	113	7.26 ± 2.3	221.50 ± 26.7	3.1 ± 1.0	3 256.12 ± 156.32	8.6 ± 1.1
对照组	113	10.08 ± 1.5	179.3 ± 22.7	2.8 ± 1.3	2 914.33 ± 163.43	9.0 ± 0.4

3 讨论

结合昆明医科大学第一附属医院的数据来看, 487 例疤痕子宫, 其中 142 例行阴道试产, 试产率 21.16%, 113 例试产成功, 成功率 79.58%, 选择阴道分娩是可行的, 分娩结局同正常孕产妇的分娩结局无统计学差异. 但是在一部分试产失败的病例分析来看, 母亲要求剖宫产 8 例, 因为存在恐惧和担心, 而在试产过程中改行剖宫产, 另外, 可疑子宫破裂 3 例, 一旦发生子宫破裂, 就会出现胎儿宫内窘迫、产时产后出血等, 立即威胁到母亲和胎儿的生命安全, 是产科最危急的并发症之一. 据报道占发生子宫破裂率 0.5% ~ 1%, 而阴道分娩的成功率为 60% ~ 80%^[4]. 大量的研究认为只要严格掌握阴道试产的适应症, 正确地评估病人的条件, 并且时刻做好发生不良突发事件时的救治准备, 可以将危害降至最低. 所以应当鼓励有阴道分娩条件的疤痕子宫再次妊娠患者选择阴道分娩^[5].

笔者经验, 应该加强以下工作: (1) 合理选择阴道试产的病人, 详细了解前次剖宫产情况, 掌握适应症: ①有 1 次剖宫产史, 原切口恢复良好无异常裂伤或延长. ②本次妊娠无绝对剖宫产指征, 无严重合并症, 骨盆条件合适. ③胎儿估重在 3500 g 以下. ④2 次妊娠间隔 2 a 以上, 超声提示子宫下段完好无损. ⑤孕妇同意阴道试产并接受可能出现的并发症^[6]. ⑥医院具备应对疤痕破裂、新生儿窒息等紧急情况下完善的应急预案、人力配备和手术麻醉等硬件设施. (2) 孕产妇的主观意愿对分娩方式的选择起着很大的主导作用, 也是造成再次剖宫产率升高的原因之一. 开设疤痕子宫产前专科门诊, 正确的观念引导, 实施个体化健康教育, 也应是产前保健的一项重要内容. (3) 试产过程及要求: 实行全程观察专人护理, 试产前做好剖宫产的术前准备, 有条件的情况下可以实施分娩镇痛, 预先麻醉置管, 更加利于紧急情况下的抢救. 密切观察阴道试产的进展情况, 监测产妇生命体征, 观察患者是否出现异常腹型与出血等变化, 若出现宫缩过强、尿潴留、

先露下降受到阻碍等情况, 要及时处理; 若产妇出现胎动频繁、血尿、呼吸急促、烦躁不安、持续腹痛、生命体征发生变化等情况, 应当立即停止试产, 改行剖宫产结束分娩. 进入第二产程应尽量缩短产程时间, 禁止外力施加腹压^[7], 必要时行阴道器械助产. 分娩后 B 超检查宫腔是否完整及子宫肌层连续性. (4) 产时监护尤为重要. 产程中将胎心监护作为最重要的观察指标, 使用胎心监护仪全程监护胎心变化, 动态评估, 对于可疑病理性图形要提高警惕, 及时判断, 果断处置, 适时采取阴道器械助产或剖宫产术结束分娩. (5) 成立产房手术室, 建立一支由产科医生、助产士、儿科医生、麻醉医生共同组成的应急医疗队伍, 进行即刻剖宫产的日常操练. 从硬件设施和人员素质、人员配备上为疤痕子宫产妇阴道分娩保驾护航.

总之, 疤痕子宫妊娠施行阴道分娩是可行的, 成功的阴道分娩有良好的母婴预后, 但是产程过程中存在一定的风险, 为规避风险, 除了严格把握其适应症以外, 严格规范的产程监护和多学科合作的安全措施为成功阴道分娩提供了安全保障, 可避免再次手术给患者带来的不良预后.

【参考文献】

- [1] 蒋小亚, 陈晓云. 10 年剖宫产率及指征分析[J]. 中国妇幼保健, 2004, 19(2): 54 - 55.
- [2] 余美佳, 刘颖蔚, 李俊男, 等. 1647 例非医学指征择期剖宫产回顾分析 [J]. 中华围产医学杂志, 2011, 14(1): 19 - 20.
- [3] 任小君. 剖宫产指征顺位浅析[J]. 吉林医学, 2014, 35(24): 5 395 - 5 396.
- [4] 杨洪波, 李晶, 陈杜平, 等. 剖宫产后再次妊娠的分娩方式探讨 [J]. 实用妇产科杂志, 2004, 20(5): 273 - 274.
- [5] 陶艳萍, 张步振. 5 年间剖宫产率影响因素及剖宫产指征变化分析研究 [J]. 昆明医科大学学报, 2015, 36(2): 106 - 109.
- [6] 余敏, 涂江蓬. 疤痕子宫足月妊娠孕妇阴道分娩的临床分析[J]. 中国医药导报, 2015, 12(8): 74 - 77.
- [7] 黄慧. 67 例剖宫产术后疤痕子宫妊娠的临床诊治分析 [J]. 中国医药导刊, 2013, 15(3): 427.

(2015 - 09 - 10 收稿)