

瘢痕子宫再次妊娠不同分娩方式的疗效观察

钟 豫 胡丽烨

梧州市中医医院 广西 梧州 543000

【摘要】目的：分析瘢痕子宫再次妊娠时采取不同分娩方法的疗效。**方法：**回顾性分析2019年1月—2021年9月本院收入瘢痕子宫再次妊娠合计30例产妇的临床资料，依据不同分娩方式分成对照组（剖宫产）、观察组（阴道分娩），分别包含15例，比较两组产时及产后出血量、住院时长、母婴并发症及新生儿预后情况。**结果：**观察组的产时及产后2h出血量低于对照组，住院时间短于对照组（ $P < 0.05$ ）。观察组伤口愈合不良、产后出血、新生儿窒息、新生儿黄疸以及新生儿湿肺等母婴并发症的发生率低于对照组（ $P < 0.05$ ）。两组新生儿体质量及Apgar评分相比无显著差异（ $P > 0.05$ ）。**结论：**瘢痕子宫再次妊娠时，对于无再次剖宫产指征的产妇，应结合其实际情况采用阴道试产，可降低产时及产后的出血量，缩短住院时间，减少母婴并发症的出现。

【关键词】瘢痕子宫；阴道分娩；剖宫产；母婴并发症

【中图分类号】R711.74

【文献标识码】B

【文章编号】2096-1685(2021)51-10-02

剖宫产属于保证高危妊娠孕妇及新生儿安全的一项重要手术方式，但剖宫产手术术中及术后相关风险不容忽视。随着全面二孩政策的开放，多数开展过剖宫产的经产妇再次受孕，由此引发的瘢痕子宫再次妊娠问题逐渐受到临床的高度关注。瘢痕子宫是指既往子宫经手术留下瘢痕，这类产妇再次妊娠时存在一定的子宫破裂及大出血风险，会严重威胁到母婴双方安全^[1]。为降低瘢痕子宫阴道分娩给母婴带来的危险及并发症，多数瘢痕子宫产妇于再次妊娠时选择剖宫产，会提高剖宫产率，部分地区的剖宫产率超过70%^[2]。剖宫产属于妇产科一类常见的助产技术，存在一定局限性，常引起近期或远期并发症。关于瘢痕子宫再次妊娠时具体的分娩方式选取十分重要。本文就2019年1月—2021年9月本院收入瘢痕子宫再次妊娠合计30例产妇的临床资料开展回顾性分析，探讨该类产妇采取不同分娩方法的疗效差异，旨在为临床合理选取分娩方式提供参考依据，具体内容如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

回顾性分析2019年1月—2021年9月本院收入瘢痕子宫再次妊娠合计30例产妇的临床资料，依据不同分娩方式分成对照组、观察组，分别包含15例，对照组年龄在22~40岁，均龄（ 30.25 ± 3.48 ）岁；孕周范围在37~40周，平均（ 39.58 ± 1.15 ）周；妊娠距离上次分娩时间在1~7年，平均（ 4.12 ± 1.20 ）年。观察组年龄在23~39岁，均龄（ 30.34 ± 3.32 ）岁；孕周范围在37~41周，平均（ 39.65 ± 1.12 ）周；妊娠距离上次分娩时间在2~8年，平均（ 4.15 ± 1.16 ）年。两组各项资料相比无显著差异（ $P > 0.05$ ），数据之间可对比分析。本研究得到院内医学伦理委员会许可，同时取得产妇知情同意。

纳入标准：（1）存在剖宫产史，同时与《妇产科学》^[3]中有关瘢痕子宫的诊断标准相符。（2）胎儿体重 $< 3.5\text{kg}$ 。（3）本次妊娠是单胎妊娠，胎儿头先露且已入盆。（4）临床资料完整。

排除标准：（1）多胎或者双胞胎者。（2）机体重要脏器或者系统存在严重病变者。（3）存在心理或者精神病者。（4）意识或者理解能力不佳者。（5）伴其他妊娠病史者。

1.2 方法

采取阴道试产产妇需满足下列条件：（1）剖宫产史仅有1次。（2）前次剖宫产离现在已有两年以上时间。（3）前次剖宫产为子宫下段横切口，且愈合情况良好。（4）B超观察到子宫下段位置的疤痕预后较好且厚度超出3.0mm。（5）无剖宫产有关指征。（6）头盆相称，同时胎儿体重在3.5kg以下。（7）宫颈Bishop得分在7分以上。（8）产妇和家属均自愿和同意采取阴道分娩；做好剖宫产有关准备工作，在必要情况下开展紧急剖宫产处理，

产妇于阴道试产时需医护人员严密观察其产程、宫缩、子宫下段、尿色和胎心等情况，必要时予以心电监护；待宫口开全后尽量缩短其第二产程，并适当助产，能有效防止第二产程宫缩强烈所致子宫瘢痕破裂，如试产过程中产妇存在先兆子宫破裂或者胎窘等紧急情况，需要立即将阴道试产停止转为剖宫产。

采取剖宫产产妇需满足下列条件：（1）本次剖宫产离上次的时间未超出两年。（2）产妇具备明确剖宫产指征。（3）B超发现子宫下段壁比较薄弱，且厚度在3.0mm以下。（4）产妇存在子宫破裂的前兆。（5）产妇和家属均自愿采取剖宫产。手术方法如下：瘢痕子宫通常腹壁粘连紧密，术中沿着原切口采取锐性进腹，在必要情况下断开腹直肌，以扩大出口，对于腹壁腹膜和子宫下段粘连者，需要先锐性打开腹膜下推膀胱，将子宫下段充分暴露。在膀胱腹膜反折位置的下方2~3cm或原手术切口上1~2cm（视胎头位置高低选择子宫切口，避开血管）做长度3cm横切口。采取刀将子宫下段肌壁缓缓切开，防止伤及胎儿，胎膜显露时破膜同时吸尽羊水。经韧带剪向两边延伸至长度12cm左右弯度朝上的弧形切口。于头位取出活婴，伸手至宫腔中，转动胎儿头部枕部向上，后上提胎儿的头部，另外一只手于腹外从宫底往下推压，娩出胎头后，清除口部黏液，后慢慢牵出身体，徒手将胎盘胎膜取出，对宫腔进行擦拭，予以10U缩宫素宫体注射，切口选择钳夹止血，并加以牵引，以便缝合。子宫切口选择1号可吸收线进行连续缝合，并对子宫膀胱的反折腹膜进行缝合。检查不存在出血，将盆腔中积液和积血清除，清点纱布无误，将腹腔关闭。

1.3 观察指标

（1）围产期指标：统计两组产时、产后2h出血量及住院时间。

（2）母婴并发症：包括伤口愈合不良、产后出血、新生儿窒息、新生儿黄疸以及新生儿湿肺等，统计两组出现各类母婴并发症的人数占比。

（3）新生儿预后：包括两组新生儿体质量和Apgar评分。Apgar评分是结合新生儿的皮肤颜色、呼吸、心搏速率、肌张力和运动、反射5项进行评分，8~10分代表是正常新生儿，4~7分考虑存在轻度窒息，0~3分考虑存在重度窒息^[4]。

1.4 统计学方法

经SPSS 23.0统计软件处理数据，计数资料以%代表，行 χ^2 检验；计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）代表，行 t 检验，将 $P < 0.05$ 作为评定存在差异的标准。

2 结果

2.1 两组围产期指标相比结果

观察组的产时及产后2h出血量比对照组更低，住院时间比

对照组更短 ($P < 0.05$), 详见表 1。

表 1 两组围产期指标相比结果 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	产时出血量 (mL)	产后 2h 出血量 (mL)	住院时间 (d)
观察组	15	272.45 ± 82.48	138.52 ± 40.76	2.28 ± 1.02
对照组	15	586.95 ± 75.34	305.74 ± 68.96	4.50 ± 1.65
<i>t</i>		10.904	3.250	4.396
<i>P</i>		0.001	0.001	0.001

2.2 两组母婴并发症相比结果
观察组伤口愈合不良、产后出血、新生儿窒息、新生儿黄疸以及新生儿湿肺等母婴并发症的发生率比对照组更低 ($P < 0.05$), 详见表 2。

表 2 两组母婴并发症相比结果 (%)

组别	例数	伤口愈合不良	产后出血	新生儿窒息	新生儿湿肺	新生儿黄疸	发生率
观察组	15	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (6.67)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (6.67)
对照组	15	1 (6.67)	1 (6.67)	2 (13.33)	1 (6.67)	1 (6.67)	6 (40.00)
χ^2							4.658
<i>P</i>							0.031

2.3 两组新生儿体质量及 Apgar 评分相比结果

两组新生儿体质量及 Apgar 评分相比无显著差异 ($P > 0.05$), 详见表 3。

表 3 两组新生儿体质量及 Apgar 评分相比结果 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	新生儿体质量 (kg)	Apgar 评分 (分)
观察组	15	3.26 ± 1.04	9.25 ± 0.60
对照组	15	3.35 ± 1.10	9.32 ± 0.58
<i>t</i>		0.326	0.459
<i>P</i>		0.746	0.648

3 讨论

剖宫产是临床一类常见术式, 安全性较高, 同时也是终止各类危重产妇产最佳方案与正常产妇产常见分娩方式。但有研究显示^[5], 二次剖宫产会对母婴双方产生较大损伤, 感染、切口愈合欠佳、出血量过高、胎儿吸入肺炎及呼吸窘迫综合征的出现比例会显著升高。为防止产妇产于分娩过程中发生危险, 选取合理的分娩方式有着重要意义。

瘢痕子宫的分娩方法选取始终是产科临床关注的一个热门话题, 产妇产和其家属对于阴道分娩的信心不高, 唯恐采取阴道试产有可能产生子宫破裂等, 促使瘢痕子宫二次剖宫产率处于较高水平^[6]。阴道分娩是和产妇产的生理符合的一类分娩方法, 具备损伤轻、产后恢复快、并发症少及费用低等特点^[7]。伴随医学技术的日渐进步, 阴道试产技术得到了发展, 且安全性显著提升。随着剖宫产技术的完善与抗生素的使用, 多数产妇产子宫瘢痕愈合较好, 能为再次妊娠阴道试产奠定较好基础; 围产期完善的保健工作使得瘢痕子宫妊娠产妇产获得良好的孕期管理; 超声技术发展可协助产妇产进行全面的母婴评估工作, 这些均能促进阴道试产进行^[8]。孙玉兰^[9]对瘢痕子宫后再次妊娠的 124 例产妇产开展研究, 一组予以剖宫产设为剖宫产组, 一组予以阴道分娩设为阴道分娩组, 最终发现, 阴道分娩组的产时及产后出血量比剖宫产组低, 住院时间比对照组短, 且母婴并发症比对照组少。本次研究发现, 观察组产时及产后出血量低于对照组, 住院时间短于对照组, 伤口愈合不良、产后出血、新生儿窒息、新生儿黄疸以及新生儿湿肺等母婴并发症出现比例低于对照组, 这和孙玉兰的研究结果一致, 提示阴道试产疗效更佳, 可减少产妇产产时及产后的出血量, 加快其康复进程, 减少母婴并发症的出现。考虑原因是阴道分娩期间, 子宫有收缩反应存在, 能有效锻炼胎儿的肺部, 使得胎儿分娩后的呼吸系统病发生明显减少; 产道挤压以及宫缩期间, 胎儿的呼吸道内羊水可逐步排出, 进而有助于减少肺炎以及窒息等并发症

的出现; 阴道分娩期间的阵痛能促使宫缩能力增加, 促进恶露排除, 进而加快术后子宫恢复, 减少产后的出血量^[10]。笔者认为, 瘢痕子宫产妇产于再次妊娠时采取阴道分娩需严格把握有关适应证, 为提高阴道分娩安全性, 需注意以下几个方面: (1) 对于孕妇产的孕妇产, 应做好其宣传教育工作, 提升其对剖宫产的认知。(2) 孕期需做好孕妇产饮食以及体质量的控制工作, 避免产生巨大儿等不良情况。(3) 产妇产选取分娩方法时, 应完善有关评估工作。对存在子宫疾病手术史、年龄超过 35 岁和体质量在 22.6kg/m² 以上的产妇产, 应对其胎儿大小以及头盆不对称等情况进行正确评估, 说明不同分娩方式风险, 充分尊重产妇产和家属意愿。(4) 分娩期间需要做好产妇产的生命体征监测, 同时做好剖宫产有关准备工作, 保证出现紧急情况时能及时转为剖宫产。

综上所述, 瘢痕子宫再次妊娠时, 对于无再次剖宫产指征的产妇产, 应结合其实际情况采用阴道试产, 可降低产时及产后的出血量, 缩短住院时间, 减少母婴并发症出现。但本次研究依旧存在不足, 如纳入的样本数不多, 且样本均源于一家医院, 未对两组开展远期随访等, 还需未来进行大样本、多中心随机对照研究, 得到更为客观、全面的研究结果, 更好地指导临床实践。

参考文献:

- [1] 吴婷婷. 剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的临床分析[J]. 中国社区医师, 2021, 37(28): 62-63.
- [2] 刘桃. 剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠分娩方式选择及安全性分析[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(21): 142-143.
- [3] 谢幸, 孔北华等. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 298-249.
- [4] 姜一飞. 瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的选择及对分娩结局的影响[J]. 中国急救医学, 2018, 38(z2): 306.
- [5] 胡群, 肖丽. 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]. 中外医疗, 2020, 39(11): 67-69.
- [6] 刘虹倩, 万小东, 张健. 瘢痕子宫再次妊娠分娩方式及妊娠结局 116 例分析[J]. 基层医学论坛, 2019, 23(7): 905-906.
- [7] 常海英. 剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的临床分析[J]. 中国民间疗法, 2019, 27(12): 79-81.
- [8] 余平平. 剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的临床分析[J]. 当代医学, 2019, 25(32): 71-72.
- [9] 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.
- [10] 徐媛. 60 例剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的临床研究[J]. 中国社区医师, 2019, 35(34): 17-18.