

3.2 宫缩乏力的原因较多,包括全身因素,如产妇精神极度紧张,临产后过多使用镇静剂,合并慢性全身性疾病等;产科因素,如产程延长导致产妇体力消耗过多,或产程过快等;子宫因素,如子宫肌瘤,羊水过多、产次过多等,均可引起宫缩乏力。因此,对宫缩乏力的产妇,应针对不同情况,采取相应的措施。如宫缩乏力为精神紧张所致,应加强对产妇的心理护理。护士应向产妇说明分娩经过,指导产妇学会放松和休息,解除其恐惧和心理紧张。此外,可采用按摩子宫等方法,还可以根据不同情况应用宫缩剂,或采用 B-Lynch 子宫缝合法、宫腔纱布填塞等^[1]。

3.3 子宫裂伤也是剖宫产产后出血的独立危险因素。本研究多因素 Logistic 回归分析显示,子宫裂伤发生剖宫产产后出血的风险是无子宫裂伤的 5.778 倍,其 OR 95% CI 为 1.963 ~ 17.009,进一步证实它是剖宫产产后出血的独立危险因素。其发生的原因比较多,如切口过小、巨大胎儿、胎位异常、瘢痕子宫或手术操作不慎等,应根据具体情况进行处理。

综上所述,为了降低剖宫产产后出血的发生率,应针对其有关危险因素制定相应的预防措施,包括严格掌握剖宫产手术指征;针对不同的危险因素,对孕妇进行围生期保健,减少胎盘粘连或植入的发生;产

前 B 超检查胎盘情况,严密观察产程;及时预防性使用宫缩剂预防产后出血等。此外,手术者应熟练剖宫产技术,尽可能避免切口撕裂。术后应密切注意产妇产后子宫复旧和出血情况,以便发现异常情况及时处理。

参考文献

- 1 丰有吉,沈 铿,主编. 妇产科学[M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,2012:212.
- 2 Bateman BT, Berman MF, Riley LE, et al. The epidemiology of postpartum hemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries[J]. Anesth Analg, 2010,110(5):1368-1373.
- 3 Mpemba F, Kambo S, Zhang X. Towards 2015: post-partum haemorrhage in sub-Saharan Africa still on the rise[J]. J Clin Nurs,2013. [Epub ahead of print]
- 4 李 萍,程 薇,周新娥. 336 例产后出血的相关因素分析[J]. 西部医学,2010,22(6):1071-1073.
- 5 南京市围产协作组刘晓梅(整理). 南京市妇女产后出血状况调查[J]. 中国妇幼保健,2004,19(20):114-115.
- 6 沈 瑶,林建华,林其德,等. 我国部分地区剖宫产率影响因素和指征分析[J]. 实用妇产科杂志,2011,27(3):183-187.
- 7 马雪梅. 剖宫产后出血相关因素分析及其预防措施探讨[J]. 中国医师进修杂志,2012,35(18):46-47.
- 8 田 丽,赵艳秦,秦保玲,等. 剖宫产后出血相关因素探讨[J]. 青岛医药卫生,2011,439(2):104-106.

[收稿日期 2013-03-25][本文编辑 黄晓红 韦 颖]

学术交流

瘢痕子宫再次妊娠分娩方式选择的效果观察

陆袖珍

作者单位: 532700 广西,隆安县妇幼保健院妇产科

作者简介: 陆袖珍(1966-),女,大学专科,主治医师,研究方向:瘢痕子宫再次妊娠分娩方式。E-mail:13737116305@163.com

[摘要] 目的 探讨瘢痕子宫再次妊娠的合理分娩方式,减少母婴近期和远期并发症。方法 对该院近 3 年来收治的 168 例剖宫产术后再次足月妊娠孕妇按分娩方式分为阴道试产组(观察组)48 例和择期剖宫产术组(对照组)120 例。对比分析两种分娩方式术中及术后并发症、产后出血、新生儿并发症等发生情况。结果 观察组 48 例阴道试产成功 42 例,成功率为 87.5%,未发现子宫破裂现象;术中及术后并发症、产后出血发生率低于对照组(P 均 < 0.05);住院时间短于对照组($P < 0.01$);住院费用也少于对照组($P < 0.01$)。结论 阴道分娩具有无术后并发症、产后出血发生率低、住院时间短、住院费用少等优点,瘢痕子宫再次妊娠在符合试产条件下实施阴道分娩是可行和安全的。

[关键词] 瘢痕子宫; 再次妊娠; 阴道试产

[中图分类号] R 714 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2013)07-0686-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.07.26

Clinical analysis on delivery mode selection of uterine scar pregnancy LU Xiu-zhen. Department of Gynecology and Obstetrics, Maternal and Children Health Hospital of Long'an County, Nanning 532700, Guangxi, China

[Abstract] **Objective** To analyze the reasonable mode of delivery of uterine scar pregnancy, and reduce maternal and infant complications. **Methods** A retrospective analysis of the mode of delivery in 168 cases of full-term pregnancy after cesarean section were performed, including vaginal delivery 48 cases (observation group), cesarean section in 120 cases (control group). **Results** In 48 cases of vaginal delivery trial production obtained success in 42 cases, the success rate was 87.5%, without rupture of the uterus; The incidence rates of the postpartum hemorrhage, the intraoperative and postoperative complication in observation group were lower than those in control group (P all < 0.05). The expense and time of hospitalization in observation group were less than those in control group (P all < 0.01). **Conclusion** For uterine scar pregnancy, implementation of vaginal delivery in accordance with the trial production conditions is feasible and safe.

[Key words] Uterine scar; Pregnancy; Vaginal delivery

近年来,随着剖宫产指征放宽和社会因素介入,剖宫产率明显上升,瘢痕子宫再次妊娠分娩率也逐年升高。因此,术后再次妊娠分娩方式的选择已逐渐受到重视,并成为产科医师关注的课题之一。为了探讨剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠的最佳分娩方式,本文对我院 2009-01 ~ 2011-12 收治的 168 例剖宫产后再次足月妊娠孕妇,按分娩方式分为阴道试产组和择期剖宫产术组,对比分析两种分娩方式术中术后并发症、产后出血、新生儿并发症等发生情况,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 从我院 2009-01 ~ 2011-12 收治的剖宫产术后再次妊娠的 254 例孕妇中,选取 168 例作为研究对象,并按分娩方式分为阴道试产组(观察组 = 48 例)和择期剖宫产术组(对照组 = 120 例)。研究对象均排除有影响产后出血量的妊娠并发症和合并症,如前置胎盘、羊水过多、多胎妊娠、妊娠期高血压疾病、血液病等。

1.2 方法 (1)阴道试产的条件:①前次剖宫产术式是子宫下段横切口,术中伤口无延裂,无术后感染;②子宫原切口的瘢痕经腹部检查无凹凸不平感,无压痛;③经 B 超检查子宫瘢痕愈合良好,子宫下段厚度 > 0.3 cm,瘢痕连续,无缺损区;④前次剖宫产的指征不复存在,又未发现新的剖宫产指征;⑤此次分娩距前次剖宫产 2 年以上;⑥骨盆内外径测量正常,先露已入盆,无相对头盆不称;⑦具有较好的监护条件,具备随时手术、输血、抢救条件。(2)阴道试产的禁忌证:①有两次以上剖宫产史,或前次剖宫产为古典式;②前次剖宫产发生感染或伤口愈合不良;③前次剖宫产指征依然存在或出现新的指征;④先兆子宫破裂或可疑子宫破裂(试产过程中全程监护,第一产程中及时行人工破膜,出现产程进度缓

慢、宫内窘迫或先兆子宫破裂等异常情况时急诊剖宫产;尽量缩短第二产程,必要时以阴道助产术结束分娩)。(3)剖宫产组的选择:前次手术为新式剖宫产,本次妊娠有阴道试产条件,而仅以瘢痕子宫这一因素而选择择期剖宫产的孕产妇;本次剖宫产方法仍为新式剖宫产术,手术步骤除楔形切除腹壁瘢痕外,其余步骤与前次相同。

1.3 观察指标 产妇阴道试产的成功率、术后并发症及新生儿并发症、产后出血、住院时间、住院费用等。

1.4 统计学方法 应用 SPSS13.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,两组比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组一般资料比较 两组在年龄、孕周、孕次、距前次剖宫产时间等方面比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组一般资料比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	年龄(岁)	孕周(周)	孕次(次)	距前次剖宫产时间(年)
观察组	48	27.2 \pm 5.5	38.2 \pm 4.8	3.2 \pm 1.5	4.6 \pm 2.4
对照组	120	28.1 \pm 3.9	37.8 \pm 5.4	3.4 \pm 1.6	4.5 \pm 3.0
t	-	1.03	0.47	0.77	0.22
P	-	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05

2.2 观察组分娩成功率 观察组成功分娩 42 例,成功率为 87.5%,试产失败改为剖宫产 6 例,指征依次为胎儿窘迫 2 例,持续性枕后位 4 例。无一例子宫破裂,无一例新生儿窒息发生。

2.3 两组术中及术后并发症、产后出血、新生儿并发症等发生率比较 对照组术中及术后并发症、产后出血等的发生率较观察组增高 (P 均 < 0.05); 两组

新生儿并发症发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表2。

表2 两组术中及术后并发症、产后出血、新生儿并发症发生率比较[n(%)]

组别	例数	子宫破裂	术后并发症	产后出血	新生儿窒息	新生儿呼吸窘迫
观察组	48	0(0.0)	0(0.0)	1(2.1)	0(0.0)	0(0.0)
对照组	120	0(0.0)	15(12.5)	12(10.0)	0(0.0)	2(1.7)
χ^2	-	0.00	5.33	4.36	0.00	0.79
P	-	>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	>0.05

2.4 两组住院时间、住院费用、产褥病发生率比较
观察组住院时间较对照组缩短,住院费用较对照组减少,产褥病发生率较对照组降低,差异均有统计学意义($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。见表3。

表3 两组住院时间、住院费用、产褥病发生率比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	住院时间(d)	住院费用(元)	产褥病发生率(%)
观察组	48	3 ± 1	1200 ± 120	0(0.00)
对照组	120	6 ± 2	2914 ± 521	13(10.83)
t/χ^2	-	13.63	7.07	4.69
P	-	<0.01	<0.01	<0.05

3 讨论

3.1 瘢痕子宫妊娠再次剖宫产不仅让患者承受比阴道分娩更大的手术风险,如麻醉意外、术中大出血、羊水栓塞、产褥感染、静脉血栓栓塞、植入性胎盘、盆腔粘连等,而且患者所承受的生理和心理上的痛苦比阴道分娩要大。二次剖宫产由于腹腔存在不同程度的粘连,解剖层次不清,手术比较复杂,难度也较大,所以,手术当中出血量明显比阴道分娩多,产妇病死率高于正常分娩的2~4倍或更高,其新生儿病死率也明显升高^[1]。

3.2 瘢痕子宫再次妊娠阴道试产的难点:在试产过程中子宫瘢痕有破裂的潜在危险,一旦发生破裂后果极其严重。所以医护人员为了减少医疗纠纷,不愿意冒风险让产妇试产。随着现代剖宫产手术方法的不断改进及监护技术的不断完善,首次剖宫产术后子宫切口愈合良好,为阴道试产的安全性提供了保证^[2]。国内外文献报道瘢痕子宫阴道试产成功率为60%~80%,而前次剖宫产术式为子宫下段横切口的其发生破裂的机会仅为0.1%~1.5%。许多大型病例系列研究也证实瘢痕子宫试产是相对安全的^[3]。本组研究资料表明,阴道试产的成功率为

87.5%,无一例子宫破裂发生。在产妇方面,阴道分娩产妇具有产后恢复快、住院时间短、并发症少、住院费相对低等优点;新生儿方面,与剖宫产儿相比,并不增加新生儿窒息的发生率,相反,在试产过程中经产道挤压,避免了大量肺液滞留所致的湿肺、减少新生儿呼吸窘迫综合征的发生^[4]。所以,并非所有的瘢痕子宫妊娠都是剖宫产的绝对指征,应严格掌握瘢痕子宫阴道分娩的适应证,加强医患沟通,不能片面强调子宫破裂的危险性,要与孕妇及家属共同分析阴道试产及再次剖宫产的利弊,同时促进患者及家属对医疗意外的理解及承受能力。产程中严密观察,有良好的产时监护及护理,阴道试产是可行的。

3.3 瘢痕子宫的孕妇应于孕38周前提前住院,做好各项相关检查,常规做B超检查以便了解胎儿大小及子宫瘢痕情况,并行头盆两项评分,≥8分无试产禁忌证者,可阴道试产。

3.4 试产过程中严密观察宫缩情况、产程进展、胎心变化、子宫下段有无压痛,禁止给腹部加压,慎用催产素引产。胎儿、胎盘娩出后常规行宫腔探查,了解子宫切口瘢痕处有无裂伤,预防产后出血。

综上所述,再次剖宫产具有母婴并发症多、住院时间长、费用高等缺点,给患者带来创伤和痛苦,而阴道分娩与其相比利多弊少。但阴道试产可能发生子宫破裂,造成严重后果,甚至引发医疗纠纷。产科工作者应该严格掌握阴道试产的适应证,从多方面综合考虑,认真评估;与家属交待病情时,不能过分强调子宫破裂的危险性,应本着实事求是的态度,让患者及家属了解子宫破裂的发生率、试产过程可能出现的情况及再次剖宫产可能发生的并发症等,让其知情选择分娩方式;试产过程中应严密监测,发现问题及时处理,剖宫产后再次妊娠阴道分娩是可行的。

参考文献

- 刘素芳,李力.剖宫产术后再次妊娠经阴道分娩的相关问题[J].中国妇幼保健,2008,23(6):869-870.
 - 罗世芳,叶少珍,江燕萍.剖宫产术后再次妊娠156例分娩方式分析[J].现代医院,2011,11:(7)74-75.
 - 王富英.瘢痕子宫再次足月妊娠的分娩方式[J].中国美容医学,2011,20(2):347-348.
 - 刘杰,王敬云.瘢痕子宫妊娠的引产与催产[J].中国实用妇科与产科杂志,2002,18(5):268-270.
- [收稿日期 2013-01-24][本文编辑 刘京虹 吕文娟]