

# 瘢痕子宫再次妊娠产妇阴道分娩的结局及影响因素分析

张姝静

作者单位: 415000 湖南, 常德市职业技术学院附属第一医院(常德市第三人民医院)妇产科

作者简介: 张姝静(1975-), 女, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 妇产科疾病的诊治。E-mail: zhangmanzm1982@163.com

**[摘要]** **目的** 分析瘢痕子宫再次妊娠产妇阴道分娩的结局及影响因素。**方法** 回顾性分析 2014-03 ~ 2016-08 在该院接受分娩的 100 例瘢痕子宫产妇的临床资料, 根据其分娩方式分为经阴道分娩组 42 例和剖宫产组 58 例。观察比较两组产妇分娩前后血流动力学的变化和新生儿 Apgar 评分, 分析影响瘢痕子宫经阴道分娩的因素。**结果** 两组产妇分娩前的血流动力学指标无明显差异, 分娩后经阴道分娩组的血红蛋白(Hb)、血小板(PLT)水平高于剖宫产组( $P < 0.05$ ), 而两组的脉搏血氧饱和度( $SpO_2$ )、呼气末二氧化碳分压( $P_{ET}CO_2$ )和中心静脉压(CVP)水平差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 两组新生儿吸入性肺炎、颅内出血发生率和出生后 Apgar 评分差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ); 经阴道分娩组分娩后 24 h 内出血量为( $234.45 \pm 15.42$ ) ml, 明显低于剖宫产组的( $385.62 \pm 14.56$ ) ml, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。Logistic 回归分析结果显示, 距离上次剖宫产的时间、胎儿重量、产前体重指数(BMI)和阴道分娩史是影响瘢痕子宫产妇经阴道分娩的危险因素( $P < 0.05$ )。**结论** 瘢痕子宫产妇经阴道分娩的安全性较高, 且预后较好。距上次剖宫产时间、胎儿重量、产前 BMI 和阴道分娩史是影响瘢痕子宫产妇经阴道分娩的危险因素。

**[关键词]** 瘢痕子宫; 妊娠; 阴道分娩; Apgar 评分

**[中图分类号]** R 714 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2019)05-0550-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2019.05.21

**Analysis of pregnancy outcome and influencing factors of vaginal delivery of scar uterus** ZHANG Shu-jing.  
Department of Obstetrics and Gynecology, the First Affiliated Hospital of Changde Vocational Technical College (the Third People's Hospital of Changde City), Hunan 415000, China

**[Abstract]** **Objective** To analyze the pregnancy outcome and the influencing factors of vaginal delivery of scar uterus. **Methods** The clinical data of the pregnant women with scar uterus treated in our hospital from March 2014 to August 2016 were retrospectively analyzed. According to the modes of delivery, the patients were divided into the vaginal delivery group and the cesarean section group. The changes of hemodynamics and neonatal Apgar score were observed in the two groups before and after delivery, and the influencing factors affecting the vaginal delivery of scar uterus were analyzed. **Results** There were no significant differences in hemodynamic parameters before delivery. After delivery, the levels of hemoglobin(Hb) and platelet(PLT) in the vaginal delivery group were higher than those in the cesarean section group( $P < 0.05$ ), while there were no differences in the levels of  $SpO_2$ ,  $P_{ET}CO_2$  and CVP between the two groups( $P > 0.05$ ). The incidence rates of aspiration pneumonia, intracranial hemorrhage and Apgar scores after birth showed no significant differences between the two groups( $P > 0.05$ ). The 24-hour bleeding volume of the vaginal delivery group[ ( $234.45 \pm 15.42$ ) ml] after delivery was significantly less than that of the cesarean section group[ ( $385.62 \pm 14.56$ ) ml] ( $P < 0.05$ ). Logistic regression analysis showed that the last cesarean section time, fetal weight, prepregnance BMI and vaginal birth history were associated with vaginal delivery ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Vaginal delivery is feasible for the repregnant women with scar uterus and the multiparas usually have a better prognosis of vaginal delivery. The last cesarean section time, fetal weight, prepregnance BMI and vaginal birth history are the influencing factors of vaginal delivery of scar uterus.

**[Key words]** Scar uterus; Pregnancy; Vaginal delivery; Apgar score

瘢痕子宫是因剖宫产、子宫肌瘤剔除术、子宫畸形矫治术所致子宫处留下的瘢痕,近几年来,随着剖宫产术发生率的不断上升,瘢痕子宫的发生率也不断升高<sup>[1]</sup>。瘢痕子宫再次妊娠产妇在分娩时常会出现子宫破裂、盆腔疼痛、小肠梗阻等不良事件,对母婴安全造成严重影响,甚至出现不孕不育。因此,选择合适的分娩方式对瘢痕子宫再次妊娠产妇具有重要意义。瘢痕子宫再次妊娠产妇主要采用经阴道试产与剖宫产两种分娩方式,但其对母婴结局的影响已引起临床及产妇的关注<sup>[2]</sup>。本研究对我院100例瘢痕子宫产妇分别采用经阴道分娩与剖宫产,对比其分娩前后血流动力学与新生儿Apgar评分情况,分析影响瘢痕子宫经阴道分娩的因素,为临床提供可靠的依据。报告如下。

**1 资料与方法**

**1.1 一般资料** 回顾性分析2014-03~2016-08在我院接受分娩的100例瘢痕子宫产妇的临床资料。纳入标准:(1)年龄18~41周岁;(2)足月妊娠<sup>[3]</sup>;(3)无严重系统性疾病;(4)前次剖宫产的指征消失;(5)评估有阴道试产条件,无头盆不称、无其他阴道试产禁忌证,并同时满足相关抢救条件,能随时转剖宫产;(6)剖宫产史仅1次;(7)估计胎儿体重<3750g。排除标准:(1)临床资料不全者;(2)距上次剖宫产≤2年者;(3)有妊娠合并症及并发症。根据纳入、排除标准共纳入病例数100例,根据其分娩方式分为经阴道分娩组和剖宫产组。其中经阴道分娩组42例,年龄24~40(30.02±2.34)岁,孕周37~41(39.15±1.49)周;剖宫产组58例,年龄25~41(30.08±2.41)岁,孕周37~41(39.12±1.53)周。两组的年龄、孕周比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 方法** (1)经阴道分娩组:孕妇出现宫缩,有

临产表现后送其入产房,由专人观察,产程图上严密记录血压、脉搏、宫缩强度、持续时间、间隔时间,严密注意产妇与胎心变化。观察子宫形状、尿液颜色,子宫下段是否压痛等。同时做好剖宫产准备,若出现剖宫产指征,则应及时改为剖宫产。分娩后,医生对产妇常规行阴道及B超检查,了解子宫下段瘢痕处有无裂伤及出血。肌注10U缩宫素,利于子宫恢复。(2)剖宫产组:于下腹部两髂前上棘连线下2~3cm处做横行直切口,钝性分离脂肪层及腹直肌,横向撕开腹膜,肠线单层连续缝合子宫肌层,不缝合腹膜,肠线连续缝合筋膜,间断全层缝合皮肤及皮下组织,使用剪刀将宫颈前筋膜剪开,翻转膀胱,对子宫下段进行剥离,取出胎儿及其附属物,缝合子宫与腹壁。

**1.3 观察指标** 观察两组产妇分娩前后血流动力学的变化和新生儿Apgar评分<sup>[4]</sup>的差异,分析影响瘢痕子宫经阴道分娩的因素。

**1.4 统计学方法** 应用SPSS11.5统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较采用t检验,计数资料以百分率(%)表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验,采用Logistic回归分析法分析影响瘢痕子宫经阴道分娩的因素。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

**2 结果**

**2.1 两组产妇分娩前后血流动力学指标比较** 两组产妇分娩前的血流动力学指标无明显差异,分娩后,经阴道分娩组的血红蛋白(Hb)、血小板(PLT)水平显著高于剖宫产组( $P<0.05$ ),而两组的脉搏血氧饱和度(SpO<sub>2</sub>)、呼气末二氧化碳分压(P<sub>ET</sub>CO<sub>2</sub>)和中心静脉压(CVP)水平差异无统计学意义( $P>0.05$ )。见表1。

表1 两组产妇分娩前后血流动力学指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	Hb(g/L)		PLT( $\times 10^9/L$ )		SpO <sub>2</sub> (%)		P <sub>ET</sub> CO <sub>2</sub> (mmHg)		CVP(cmH <sub>2</sub> O)	
		分娩前	分娩后	分娩前	分娩后	分娩前	分娩后	分娩前	分娩后	分娩前	分娩后
剖宫产组	58	146.04±8.82	128.34±5.87*	246.85±18.69	186.45±7.89*	98.56±0.93	98.35±0.61	43.76±2.68	42.88±2.35	11.59±2.16	11.44±1.75
经阴道分娩组	42	145.97±10.21	135.85±6.58*	247.03±18.14	212.46±8.56*	98.74±0.45	98.38±0.35	43.85±1.88	42.97±1.97	11.84±2.08	11.37±1.82
t/t'	-	0.037	6.001	0.048	15.699	1.159	0.286	0.197	0.202	0.580	0.194
P	-	0.971	0.000	0.962	0.000	0.249	0.388	0.844	0.840	0.563	0.847

注:与同组分娩前比较,\* $P<0.05$

**2.2 两组新生儿吸入性肺炎、颅内出血、Apgar评分及分娩后出血量比较** 两组新生儿吸入性肺炎、颅内出血发生率和出生后Apgar评分差异均无统计

学意义( $P>0.05$ )。经阴道分娩组分娩后24h内出血量明显低于剖宫产组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表2。

表2 两组新生儿吸入性肺炎、颅内出血、Apgar 评分及分娩后出血量比较 [n, ( $\bar{x} \pm s$ ) ]

组别	例数	吸入性肺炎	颅内出血	Apgar 评分(分)		分娩后 24 h 内出血量 (ml)
				1 min	5 min	
剖宫产组	58	3	1	9.87 ± 0.54	9.92 ± 0.62	385.62 ± 14.56
经阴道分娩组	42	1	0	9.83 ± 0.63	9.94 ± 0.48	234.45 ± 15.42
$t/\chi^2$	-	0.035	0.027	0.341	0.175	49.988
<i>P</i>	-	0.852	0.871	0.734	0.862	0.000

**2.3 瘢痕子宫产妇经阴道分娩的影响因素** Logistic 回归分析结果 将瘢痕子宫产妇是否经阴道分娩作为因变量(1 = 是, 0 = 否), 在查阅以往相关研究的基础上, 以年龄、孕周、产前体重指数(BMI)、距离上次剖宫产的时间、阴道分娩史和胎儿重量作为自变量, 进行 Logistic 回归分析。结果显示距离上次剖宫产的时间、胎儿重量、产前 BMI 和阴道分娩史是影响瘢痕子宫产妇经阴道分娩的危险因素( $P < 0.05$ )。见表 3。

表3 瘢痕子宫产妇经阴道分娩的影响因素 Logistic 回归分析结果

因素	<i>B</i>	Wald $\chi^2$	<i>P</i>	OR(95% CI)
距离上次剖宫产的时间	1.937	6.921	0.027	6.389(1.683 ~ 12.583)
胎儿重量	1.482	10.153	0.000	4.382(1.573 ~ 18.392)
产前 BMI	0.356	15.328	0.000	1.372(1.112 ~ 9.428)
阴道分娩史	2.821	9.503	0.004	4.924(1.482 ~ 11.347)

**3 讨论**

瘢痕子宫是临床妇科的常见疾病, 再次妊娠产妇因瘢痕因素, 分娩风险性较大, 对母婴的安全造成威胁<sup>[5]</sup>。以往研究认为<sup>[6,7]</sup>, 瘢痕子宫再次妊娠产妇只能采用剖宫产, 但随着医疗技术的不断发展、B 超与胎心监护器的应用, 阴道试产指征放宽, 使得经阴道分娩具有可行性。

**3.1 两组产妇分娩血流动力学与新生儿 Apgar 评分比较** 瘢痕子宫再次妊娠行经阴道分娩, 对产妇产子宫的创伤较小, 对盆腹腔脏器粘连较轻, 降低分娩后切口感染、切口不愈合等并发症的发生率<sup>[8,9]</sup>。经阴道分娩过程中, 新生儿在子宫有规律的收缩、产道挤压中分娩, 降低了湿肺、肺透明膜、吸入性肺炎的发病率<sup>[10,11]</sup>。产妇的血流动力学、新生儿 Apgar 评分及分娩并发症是反映母婴生命安全的重要指标, 同时也是衡量分娩方式是否可行的主要标准<sup>[12,13]</sup>。本研究通过对两组产妇以上指标进行记录得出, 两组产妇分娩前的血流动力学指标差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 分娩后, 经阴道分娩组的 Hb、PLT 水平高于剖宫产组( $P < 0.05$ ), 而两组的 SpO<sub>2</sub>、P<sub>ET</sub>CO<sub>2</sub> 和 CVP

水平差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 且两组新生儿吸入性肺炎、颅内出血发生率和出生后 Apgar 评分差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。这提示, 瘢痕子宫再次妊娠产妇采用经阴道分娩方式不会对产妇的血流动力学及新生儿的生命质量产生影响, 瘢痕子宫并非剖宫产绝对指征, 产前应对产妇全面评估, 排除经阴道分娩禁忌证, 利于降低剖宫产率。

**3.2 两组产妇分娩后 24 h 内出血量比较** 本研究中经阴道分娩组分娩后 24 h 内出血量为 (234.45 ± 15.42) ml, 明显低于剖宫产组的 (385.62 ± 14.56) ml, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。这提示瘢痕子宫再次妊娠产妇经阴道分娩的出血量低于剖宫产术, 其原因主要为瘢痕子宫再次妊娠产妇行剖宫产时, 会出现盆腹腔粘连、前置胎盘、子宫破裂等并发症, 增加了手术难度, 尤其是肠管与膀胱粘连, 在分离过程中极易对组织造成渗血, 同时, 粘连、瘢痕的组织弹性较差, 不易被充分暴露, 术中取胎头困难所致手术时间延长, 出血量增多<sup>[14,15]</sup>。

**3.3 瘢痕子宫产妇经阴道分娩的影响因素** 本研究将瘢痕子宫产妇是否经阴道分娩作为因变量, 以年龄、孕周、产前 BMI、距离上次剖宫产的时间、阴道分娩史和胎儿重量作为自变量, 进行 Logistic 回归分析。结果显示距离上次剖宫产的时间、胎儿重量、产前 BMI 和阴道分娩史是影响瘢痕子宫产妇经阴道分娩的危险因素, 这提示瘢痕子宫再次妊娠仍可阴道分娩。因此, 对于此部分孕妇, 应密切关注其产前 BMI, 防止过度肥胖; 经阴道分娩过程中应注意产妇以上因素, 大部分符合阴道试产条件的产妇在医生监护下实施经阴道分娩方式是安全可行的。本研究对两组产妇临床资料进行回顾性分析, 实验设计与分娩方式均较好, 并对影响瘢痕子宫产妇经阴道分娩的因素进行分析, 使得实验结果更可信。但本研究尚未明确影响因素中距离上次剖宫产的具体时间、胎儿的最大重量及适合经阴道分娩的胎位, 这有待于进一步深入探究。

综上所述, 瘢痕子宫产妇经阴道分娩的安全性较高, 且预后较好, 距上次剖宫产的时间、胎儿重量、产前 BMI 和阴道分娩史是影响瘢痕子宫产妇经阴道分娩的危险因素, 需严格遵守分娩适应证。

**参考文献**

- 刘 星, 刘俊丽. 瘢痕子宫再次妊娠分娩方式临床分析[J]. 陕西医学杂志, 2015, 44(12): 1639 - 1641.
- 厉叶青. 177 例瘢痕子宫再次妊娠分娩结局的临床分析[J]. 江苏医药, 2015, 41(19): 2337 - 2338.

- 3 王 丽,符小艳,王碧文,等. 超声检查对瘢痕子宫再次妊娠晚期的子宫下段连续性评估价值分析[J]. 河北医药, 2016, 38(10):1475-1477.
- 4 柳 玲. 瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的临床分析[J]. 辽宁医学院学报, 2014, 35(2):38-39.
- 5 张海娟,杨玉秀,张志敏,等. 瘢痕子宫再次妊娠阴道试产临床分析[J]. 河北医药, 2014, 36(20):3110-3112.
- 6 郑晓妙,陈 丽,卢章霞,等. 疤痕子宫再次妊娠经阴道分娩的可能性分析[J]. 浙江创伤外科, 2015, 20(2):254-255.
- 7 肖 捷. 阴道分娩在瘢痕子宫再次妊娠分娩中可行性的临床分析[J]. 中南医学科学杂志, 2014, 42(2):176-177,185.
- 8 张志敏,杨玉秀,张海娟,等. 瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的探讨[J]. 河北医科大学学报, 2014, 35(9):1067-1069.
- 9 金敏丽. 140例剖宫产后疤痕子宫再次妊娠分娩方式的临床分析[J]. 中华全科医学, 2014, 12(10):1614-1616.
- 10 刘华香. 瘢痕子宫再次妊娠产科处理48例分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2015, 25(20):107-109.
- 11 李 宏. Apgar评分与重度窒息新生儿心率变异性的关联性探讨[J]. 中国临床新医学, 2015, 8(11):1079-1081.
- 12 霍永清. 瘢痕子宫再次妊娠不同分娩方式对母婴结局的影响[J]. 实用妇科内分泌杂志(电子版), 2016, 3(5):98-100.
- 13 王丽静. 瘢痕子宫再次妊娠的风险研究及其对妊娠结局的影响[J]. 北京医学, 2016, 38(1):92-94.
- 14 卢 芳. 瘢痕子宫再次妊娠行阴道分娩对妊娠结局的影响[J]. 河南医学研究, 2016, 25(3):503-504.
- 15 周漫天,吴 坚,胡李男,等. 剖宫产切口瘢痕妊娠26例的影像学特点与治疗分析[J]. 中国临床新医学, 2016, 9(3):223-227.

[收稿日期 2018-05-02][本文编辑 韦所苏 刘京虹]

## 临床论著

# 宫腔镜手术终止早期Ⅱ型剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的临床效果观察

党水英

作者单位: 466100 河南,商水县中医院妇产科

作者简介: 党水英(1981-),女,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:妇产科疾病的诊治。E-mail:dangshuiying1981@163.com

**[摘要]** **目的** 观察早期Ⅱ型剖宫产术后子宫瘢痕妊娠(CSP)实施宫腔镜手术终止妊娠的效果。**方法** 选择该院妇产科2015-08~2017-08收治的早期Ⅱ型CSP患者110例,随机分为对照组与观察组,每组55例。对照组实施经腹子宫瘢痕病灶清除术治疗,观察组实施宫腔镜手术治疗,对比两组患者的手术效果。**结果** 观察组患者手术时间、术中出血量、术后血清人绒毛膜促性腺激素(HCG)恢复正常时间、术后住院时间、月经恢复时间及术后不良反应发生率均显著低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 早期Ⅱ型CSP实施宫腔镜手术终止妊娠临床效果显著,且不良反应轻微,是一种安全有效的治疗方案。

**[关键词]** 剖宫产术后子宫瘢痕妊娠; 宫腔镜手术; 终止妊娠

**[中图分类号]** R 714 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2019)05-0553-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2019.05.22

**Clinical study on hysteroscopic surgery for treatment of type II cesarean scar pregnancy in the first trimester**  
DANG Shui-ying. Department of Obstetric and Gynecology, Traditional Chinese Medicine Hospital of Shangshui County, Henan 466100, China

**[Abstract]** **Objective** To investigate the efficacy of hysteroscopic surgery for the treatment of type II cesarean scar pregnancy(CSP) in the first trimester. **Methods** One hundred and ten patients with type II CSP in the first trimester were selected in the Department of Obstetric and Gynecology in our hospital from August 2015 to August 2017, and were randomly divided into the control group and observation group, with 55 cases in each group. The control group received uterine scar pregnancy debridement surgery, and the observation group was treated with hysteroscopic surgery. The surgical efficacy was compared between the two groups. **Results** The surgical time, the amount of bleeding during surgery, the time for postoperative serum human chorionic gonadotropin(HCG) returning to the