

# 94 例疤痕子宫再次妊娠分娩方式临床探讨

汪志星

(贵州省清镇市妇幼保健院 贵州 清镇 551400)

**【摘要】**目的：探讨疤痕子宫再次妊娠的分娩方式选择。方法：选择 2019 年 2 月-2021 年 1 月期间我院收治的疤痕子宫再次妊娠产妇 94 例为研究对象，根据分娩方式将其分为两组，其中对照组采用剖宫产分娩，而观察组则行阴道分娩，对两组的分娩结局进行比较分析。结果：两组均顺利完成分娩，观察组的出血量、住院时间以及产程时间均短于对照组 ( $P < 0.05$ )，但是两组的新生儿 Apgar 评分比较无差异 ( $P > 0.05$ )；同时，与对照组相比，观察组的并发症发生率低，组间比较差异明显 ( $P < 0.05$ )。结论：疤痕子宫再次妊娠产妇选择阴道分娩具有一定的可行性，应该严格掌握分娩指征，密切监测产程，从而提高阴道分娩率。

**【关键词】**经阴道分娩；分娩方式；疤痕子宫；剖宫产

疤痕子宫通常指的是由于子宫肌瘤剔除术、子宫穿孔修补术或者剖宫产术等使子宫出现疤痕的一种疾病。近年来，随着现代医学水平的提高，尤其是剖宫产技术和麻醉技术的进步，明确了剖宫产的安全性，再加上医务人员、社会因素以及孕妇自身等诸多因素的影响，我国的剖宫产率呈现出明显的上升趋势<sup>[1]</sup>。有文献报道，我国一些地区的剖宫产率达到 40%-80%，再加上我国全面三胎政策的开放，使得疤痕子宫再次妊娠的产妇人数明显增加，也升高了子宫破裂的风险，影响母婴安全。所以，选择一种合适的分娩方式，对改善母婴结局有着极其重要的意义。因此，本文对疤痕子宫再次妊娠的分娩方式进行了探讨，现报道如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选择我院 2019 年 2 月-2021 年 1 月期间收治的 94 例疤痕子宫再次妊娠产妇为研究对象，按照分娩方式将其分为两组，每组 47 例。对照组距上次剖宫产时间 2-9 年，平均  $(5.3 \pm 2.1)$  年，孕周 36-40 周，平均  $(37.8 \pm 2.1)$  周，年龄 24-37 岁，平均  $(30.3 \pm 5.1)$  岁；观察组距上次剖宫产时间 2-10 年，平均  $(5.4 \pm 2.2)$  年，孕周 37-40 周，平均  $(37.9 \pm 2.2)$  周，年龄 25-38 岁，平均  $(30.4 \pm 5.2)$  岁。两组的孕周、年龄等资料比较无差异 ( $P > 0.05$ )。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

对照组采用剖宫产手术，即产前完善各项检查，包括影像学、尿常规、肝肾功能以及血常规等，各项指标均正常，且产妇具备剖宫产指征后，则行剖宫产手术，即协助产妇合理摆放体位，一般为仰卧位，对产妇进行硬膜外麻醉后，选择子宫下段为手术入路，作一个横向切口，然后将手术步骤作为基本依据，将胎盘和胎儿依次取出，并且常规止血、缝合切口。

#### 1.2.2 观察组

观察组则行阴道分娩，有以下几点需要注意：(1)明确产妇符合阴道试产指征，包括经超声检查，子宫切口可见均匀回声，子宫疤痕厚度  $> 3\text{mm}$ ；无妊娠并发症；子宫未出现损伤；无剖宫产指征；无感染症状；手术伤口愈合良好；(2)协助产妇完成各项检查，对产妇的经阴道分娩风险进行评估，对子宫底高度与胎头衔接情况、胎儿胎头的位置与大小进行评估，对产妇的生命体征变化进行密切监测，对羊水的性质、胎儿的胎心变化进行观察，并且对产妇的产程进展进行观察。在产程的过程中，一旦出现异常情况，应该立刻行阴道检查，并且做好母婴抢救准备。同时，待产期间，运用缩宫素对产妇进行催产，可适当侧切会阴部，使第二产程缩短，待胎头下降至坐骨棘水平下 2cm 时，则对胎头进行吸引助产，使母婴安全性提高；(3)成功娩出胎儿后，给予产妇 200  $\mu\text{g}$  米索前列醇口服，运用 20U 缩宫素对产妇进行静脉滴注，促进子宫收缩，使产后出血量减少，并且对产妇的子宫下段疤痕部位进行检查，查看是否存在裂开现象。

#### 1.3 观察指标

观察以下指标：(1)新生儿 Apgar 评分；(2)产程时间、住院时间以及产时出血量；(3)产后并发症发生情况，包括子宫活动受限、切口疼痛、产后出血以及产褥感染等。

#### 1.4 统计学分析

本次研究数据由 SPSS20.0 软件分析，其中计数资料采用百分率 (%) 表示，组间比较行  $\chi^2$  检验，并且运用 t 检验计量资料对比，以  $P < 0.05$  表示有差异。

## 2 结果

### 2.1 两组分娩情况比较

与对照组比较，观察组的产时出血量、产程时间以及住院时间均较少，组间对比差异明显 ( $P < 0.05$ )，但是两组的新生儿 Apgar 评分比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，见表 1。

表 1 两组各项指标对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	产时出血量 (ml)	产程时间 (h)	住院时间 (d)	新生儿 Apgar 评分 (分)
对照组 (n=47)	290.4 ± 65.1	10.3 ± 2.1	6.7 ± 0.6	9.18 ± 0.55
观察组 (n=47)	148.7 ± 33.4	8.2 ± 2.2	3.2 ± 0.9	9.17 ± 0.51
t 值	6.409	8.112	5.973	6.843
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 2 两组并发症比较 [n (%)]

组别	子宫活动受限	产后出血	切口疼痛	产褥感染	发生率
对照组 (n=47)	1 (2.13)	3 (6.38)	3 (6.38)	2 (4.26)	9 (19.15)
观察组 (n=47)	0 (0.0)	1 (2.13)	1 (2.13)	1 (2.13)	3 (6.38)
$\chi^2$ 值					12.864
P 值					<0.05

(下转第 29 页)

者实施不同手术治疗<sup>[3]</sup>。本研究显示,术后一周观察组VAS评分低于对照组,其他随访点评分与对照组差异不显著。术后6个月观察组AOFAS评分高于对照组( $P < 0.05$ ),其他随访时间评分无差距。多是由于关节镜下改良Brostr(o)m术中切口相对小,对患者损伤组织剥离程度相对更小,对血管神经产生的损伤也可能最小,患者在术后一周的疼痛体验更少,踝关节功能极大增强<sup>[4]</sup>。

两组并发症无统计学意义。分析可知:开放手术以及关节镜下改良Brostr(o)m术均有各自优势。开放手术优势是可手术直视下进行,并可将CFL损伤处理,缝合牢固,不足是切口长<sup>[5]</sup>。关节镜下改良Brostr(o)m术优势是微创,可将关节内部病变处理,并能够极大程度的缩短住院时间,不足之处在于手术费用高。医生可依据不同患者实际病情以及其它因素考量手术方式的选择。将开放手术作为基础,使其成为关节镜下改良Brostr(o)m术的补救手术。

#### 参考文献:

- [1] 焦晨,胡跃林,郭秦炜,等.不同方法修复踝关节外侧副韧带慢性损伤的稳定性评价[J].中国组织工程研究,2018,11(13):90-99.
- [2] 李国胜.全关节镜下锚钉修复对慢性踝关节不稳距腓前韧带损伤术后患者踝关节功能的影响[J].中国疗养医学,2021,30(3):309-311.
- [3] 顾晓晖,潘晓华,余嘉.关节镜下Brostr(o)m-Gould术治疗慢性踝关节外侧不稳的疗效评价[J].中华创伤杂志,2019,35(6):534-542.
- [4] 马苟平,张晓文,俞华军,等.改良Brostr(o)m手术结合带线锚钉治疗慢性踝关节外侧不稳定[J].浙江创伤外科,2019,14(4):399-400.
- [5] 陈明亮,周耀君,谷成毅,等.开放与关节镜下改良Brostr(o)m术式治疗慢性踝关节外侧副韧带损伤的对比研究[J].中国运动医学杂志,2020,39(2):104-110.

(上接第27页)

#### 2.2 两组并发症发生情况对比

相比较对照组而言,观察组的产后并发症发生率低,组间对比有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表2。

#### 3 讨论

剖宫产是形成疤痕子宫的一个主要因素。近年来,随着我国全面三胎政策的开放,再加上剖宫产率持续居高不下,疤痕子宫已经成为比较常见的一种产科现象。因为疤痕子宫的疤痕组织丧失弹性,在妊娠期间,随着孕周的增加,产妇的子宫也明显增大,尤其是临产时,产妇产宫承受的压力较大,容易诱发子宫疤痕薄弱处破裂,不仅影响分娩的顺利进行,在一定程度上还会危害母婴健康。为了使疤痕子宫妊娠产妇的子宫破裂风险降低,临床上往往采用剖宫产分娩<sup>[2]</sup>。但是因为疤痕子宫是上一次剖宫产导致的,产妇的膀胱、腹膜以及子宫可能存在黏连,若再次行剖宫产分娩,则容易出现诸多不良事件如羊水栓塞、术中大出血等,具有较大的危害性。临床研究资料表明,与经阴道分娩产妇相比,剖宫产产妇的死亡率、术中出血量、产褥感染率、术后并发症发生率以及新生儿死亡率均较高<sup>[3]</sup>。为了解决上述问题,近年来,国内外关于疤痕子宫再次妊娠产妇分娩方式的研究报道明显增多,并且认为,对于符合阴道分娩指征的疤痕子宫再次妊娠产妇,其采用阴道分娩具有一定的可行性<sup>[4]</sup>。有文献报道,经阴道分娩具有术后并发症发生率少、住院时间短以及术中出血量少等诸多优点,可以降低产后出血率和产褥感染率,对改善母婴结局有着极其重要的意义<sup>[5]</sup>。所以,对于疤痕子宫再次妊娠产妇,若具备阴道试产指征,则应该选择经阴道分娩。通常情况下,在阴道分娩的过程中,胎儿在阴道的挤压下,能够使大量肺液滞留减少,降低并发症如呼吸窘迫、湿肺等发生率<sup>[6]</sup>。本次研究结果显示,与对照组

比较,观察组各项指标恢复较好,提示疤痕子宫再次妊娠产妇行阴道分娩具有一定的可行性。疤痕子宫再次妊娠产妇在行阴道分娩时,有以下几点需要注意:(1)产前通过超声检查子宫下段疤痕厚度,通常情况下,子宫下段疤痕厚度 $> 2.5\text{mm}$ 时比较安全,且各层次回声持续、均匀,说明疤痕愈合较好;(2)剖宫产术后2-3年,子宫疤痕肌肉化程度较好,且疤痕组织弹性好;(3)产妇无妊娠期合并症<sup>[7]</sup>。

综上所述,对于疤痕子宫再次妊娠产妇,在条件允许的情况下,其阴道分娩可以获得较好的效果,但是要对其产程进展进行密切监测,预防并发症。

#### 参考文献:

- [1] 林高梅.剖宫产后疤痕子宫再次妊娠分娩方式的临床研究[J].International Infections Diseases(Electronic Edition),2020,9(01):91-92.
- [2] 李燕青.疤痕子宫再次妊娠分娩方式的选择及经阴道分娩安全性的临床分析[J].现代医学与健康研究电子杂志,2019,3(23):36-38.
- [3] 张洁清,罗绮雯.疤痕子宫再次妊娠分娩方式的选择及经阴道分娩安全性的临床研究[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(39):133+144.
- [4] 朱莉.疤痕子宫再次妊娠分娩方式的选择及经阴道分娩安全性的临床分析[J].甘肃科技,2018,34(16):115-116+71.
- [5] 罗小年,唐秋华.疤痕子宫再次妊娠分娩方式的选择及经阴道分娩安全性的临床分析[J].临床医学工程,2014,21(12):1585-1586.
- [6] 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.
- [7] 杨桂香.剖宫产后疤痕子宫再次妊娠分娩方式的临床探讨[J].河北医学,2013,19(11):1639-1642.