瘢痕子宫再次妊娠产妇产阴道分娩的临床价值观察

黄玲

江西省崇义县人民医院 江西 赣州 341300

【摘要】目的：观察临床瘢痕子宫再次妊娠的产妇产阴道分娩的安全性及临床价值。方法：本院2020年1月-21年9月之间收治的瘢痕子宫再次妊娠孕妇40例视为研究的对象，结合临床实际分娩选择的方式，组别如下：最终开展剖宫产的25例患者为对照，最终开展自然分娩的15例为观察，以孕产妇住院时间、分娩期间出血毫升、Apgar（新生儿生理指标）、产后出血作为评比条件。结果：观察分娩住院时间为4.8天左右，产中出血量偏低，新生儿Apgar评分为8分左右，产后出血例数较少，对照组相应分娩安全性与分娩效率偏低，（ $P < 0.05$ ）。结论：瘢痕子宫的孕妇二次妊娠后，其分娩的形式与临床安全评估有一定的关联，经阴道分娩不仅产妇恢复较快，且新生儿的生理评估水平偏高，相较于剖宫产具有更高的分娩安全性，实际需结合孕妇分娩评估进行形式的酌选，若产妇可经阴道分娩，适应相应标准，则应首选引导分娩的形式。

【关键词】：瘢痕子宫；多次妊娠

曾有剖宫产妊娠史或因肌壁间肌瘤剥除术而在子宫处留下瘢痕的孕妇，在二次妊娠的时候，因子宫瘢痕可能导致妊娠凶险性、病理性问题，导致子宫破裂、产中大出血等，同时威胁孕妇与新生儿的生命。除了在孕期进行常规的检查与围生期保健外，分娩时应在专业医生的判断下，围绕孕妇的综合情况合理选择分娩形式，避免强迫性的选择剖宫产或者阴道分娩，而是对应适应症后，在产妇有阴道分娩的条件与准备下，谨慎的进行临床分娩方式的确认，而后以阴道分娩为主要形式进行推广^[1]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本院2020年1月-21年9月之间收治的瘢痕子宫再次妊娠孕妇40例视为研究的对象，依据产妇分娩形式，分为剖宫产的对照组，该组纳入产妇有15例，产妇指征如下：子宫手术史 ≥ 2 次；瘢痕子宫因素^[2-3]；指征与前次剖宫产相似或相同；存在既往子宫破裂史；前次妊娠合并子宫切口并发症；常规检查发现胎盘在瘢痕处附着；胎儿体质量 $\geq 4000g$ ；其他不宜进行阴道分娩的条件。阴道分娩的观察组，该组纳入产妇有25例，本组产妇指征如下：曾有阴道分娩史；妊娠周数 ≤ 39 周且自然临产；宫口扩张条件良好；距离上次剖宫产或子宫瘢痕手术的时间 ≥ 18 个月；产妇年龄偏低适应阴道生产。两组产妇的年龄、妊娠次数、胎儿数量无统计意义， $P > 0.05$ 。

1.2 方法

评估产妇的系列指征，通过综合的信息评价，确认产妇更适合剖宫产还是阴道分娩，说明分娩形式的选择因素与优势，促使患者能够配合分娩需求，分娩中由助产士、护理人

员协同医生做好手术准备，观察并记录产妇的产程、宫缩情况，分娩期间分析是否需要阴道分娩转剖宫产（本研究无顺转剖案例），术中严密的监测孕妇是否瘢痕性剧痛、是否有子宫破裂的先兆表现，观察宫口全开后胎头是否衔接，对妊娠的结局进行早期判断，以便于及时执行人工破膜、强负压等操作，保护产妇与新生儿的安全^[4]。准备分娩需要的物品，签署分娩同意书。

1.3 观察指标

对比分娩的住院时间（以产妇分娩到出院的时间为准）、产中出血量、新生儿Apgar评分（8~10分为最高水平，评价中主要针对新生儿皮肤的颜色、心率等指数进行基本的监测与记录，若评分低于8高于4则为轻度窒息，评估分三次进行，分别在新生儿诞生后的一分钟内、五分钟、十分钟之间，统计最高值）以及产后出血发生概率。

1.4 统计学处理

采取统计产品与服务解决方案SPSS21.0进行数据处理，均数 $\pm$ 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，配对资料t计量、计数 χ^2 检验，统计差异P判定（ $P < 0.05$ or $P > 0.05$ ）。

2 结果

观察组住院的时间较短，在4.8天左右出院，产中出血量偏低，新生儿有关的生理评估分值偏高，产后出血发生率为4%，低于对照组的20%，表明阴道分娩形式相较于剖宫产既能够缩短逐渐的时间，促使孕妇更快的恢复出院，同时能够降低出血量具有一定的医疗安全价值，新生儿经阴道分娩的生理指征完善，详见表1。

表1 瘢痕子宫再次妊娠孕妇不同分娩形式下有关情况调查

组别	观察组	对照组	χ^2	P
n	25	15	-	-
住院时间	3.56±1.25	5.14±1.95	2.152	< 0.05
产中出血量	205.26±27.48	426.56±29.58	2.745	< 0.05
新生儿 Apgar 评分	8.15±1.74	6.14±1.95	2.165	< 0.05
产后出血发生率	1(4%)	3(20%)	3.295	< 0.05

3 讨论

目前我国推广三胎政策,促使诸多的家庭产生多胎妊娠意愿。部分妊娠的孕产妇前期经剖宫产等导致子宫留有瘢痕,再次妊娠期危险性提升、并发症的发生率提高,无论是针对因剖宫产引起的子宫瘢痕,还是因子宫肌瘤剔除术、子宫畸形矫正术等造成的影响,都应结合科学的生殖技术评估,了解孕产妇分娩期间潜在的不良问题,对瘢痕子宫引起重视,并全程管理,降低母婴分娩前后的危险可能性。

随着瘢痕子宫高危分娩群体再次妊娠比率的增多,需鼓励孕产妇进行产前的咨询与评估,妊娠前分别需掌握孕产妇剖宫产次数、距离上次手术的时间、切口的类型、前次手术的指征与并发症情况,联合检查的瘢痕愈合情况,评估孕产妇是否有子宫破裂风险,给以孕产妇专业且详实的再次妊娠建议^[5]。

经影像学评估,确认孕产妇子宫切口基层均匀且愈合状况良好,无子宫瘢痕缺损、憩室,经阴道 CSD 检查无血淋漓、解剖结构正常的,则生育风险偏低,可经标准评估后施行阴

道分娩,而针对上述调查情况较为严重,孕产妇年龄偏高且瘢痕愈合不良的,阴道分娩并非安全选择,部分孕产妇在强制性要求阴道分娩后也可能因较长时间的瘢痕性剧痛而转换为剖宫产形式,带来了分娩的二次伤害,整体来说,阴道分娩的安全价值偏高,但需要经过适应症与禁忌症的综合评价,瘢痕愈合的特点、前后两次妊娠分娩的时间间隔等均是分娩形式的考察条件,目前临床针对瘢痕子宫再次妊娠的时间间隔建议存在争议,但普遍认为 18 个月以上的再次妊娠风险偏低,建议瘢痕子宫患者可在间隔 18~24 个月之间妊娠,规避瘢痕子宫带来的分娩危害^[6]。

本研究中,对孕产妇分娩的住院时间、新生儿有关指标进行评定,结果为观察组(阴道分娩)住院时间为 4.8 天左右,产中出血量 200ml 左右,新生儿 Apgar 评分 ≥ 8 分,仅有 1 例孕产妇发生产后出血;对照组(剖宫产)中孕产妇住院时间平均为 7、8 天左右,产中出血量为 400ml,新生儿 Apgar 评分 ≥ 6 分,有 3 例孕产妇发生产后出血,两组产后出血的比率分别为 4%、20%。对比具有统计意义, $P < 0.05$ 。相应数据表明,若孕产妇的指征达到阴道分娩的条件,则以阴道分娩为先,若不满足阴道分娩的条件,则需开展剖宫产术,可在术前经腹腔镜切除或修补瘢痕憩室,并加强对母婴分娩前后的监测^[7]。

综上所述,针对瘢痕子宫有再次妊娠需求的孕产妇,应在产科医生的建议下,通过对孕产妇的评估,对孕产妇系列分娩史、病史、并发症史的调查,早期识别瘢痕子宫妊娠风险,从而无论是阴道分娩还是剖宫产,都能够在早期规避因子宫瘢痕附着胎盘等引起的威胁。产前应了解胎位、头盆,对应非瘢痕子宫妊娠与瘢痕子宫妊娠的差异,在全程产程监护下,首选自然分娩,在孕产妇胎儿与头盆均不正常的情况下,自然分娩风险极高,需对应自然分娩与剖宫产的风险几率,酌选最优模式。

参考文献:

- [1] 叶晶,赵金荣,李萍,等.瘢痕子宫再次妊娠的分娩方式选择及经阴道分娩可行性,安全性研究[J].中外女性健康研究,2020(3):2.
- [2] 陈忠芳.瘢痕子宫再次妊娠分娩中阴道顺产对母婴结局的影响评价[J].健康必读,2020,000(007):264.
- [3] 李晨宇,许哲.瘢痕子宫再次妊娠产妇经阴道分娩与剖宫产的母婴结局[J].临床研究,2021,29(1):2.
- [4] 陈亚英.瘢痕子宫再次妊娠早产产妇经阴道分娩的护理效果观察[J].中国医药指南,2020,18(12):2.
- [5] 孙玮.瘢痕子宫再次妊娠产妇经阴道分娩的临床价值观察[J].中外女性健康研究,2021(22):3.
- [6] 王亚.瘢痕子宫妊娠经阴道无痛分娩,无镇痛自然分娩的临床对比分析[J].山西卫生健康职业学院学报,2021,31(2):2.
- [7] 林克菲,陶岚.剖宫产术后瘢痕子宫再次妊娠产妇经阴道分娩失败的影响因素探究[J].中国医学前沿杂志:电子版,2021,13(6):4.