

瘢痕子宫再次妊娠剖宫产与非瘢痕子宫剖宫产临床对比研究

张建红

(贵阳市清镇市妇幼保健院 551400)

摘要: 目的: 研究瘢痕子宫再次妊娠剖宫产与非瘢痕子宫剖宫产的临床效果对比。方法: 我院收治的瘢痕子宫再次妊娠剖宫产的产妇中抽取 50 例设为瘢痕组, 非瘢痕子宫剖宫产的产妇中抽取 50 例设为非瘢痕组, 对两组临床手术效果比较。结果: 非瘢痕组手术相关指标明显优于对照组, 非瘢痕组术后并发症发生率低于对照组; 瘢痕组新生儿的胆红素水平、新生儿体重均低于非瘢痕组, 瘢痕组新生儿的 5min Apgar 评分高于非瘢痕组, $P < 0.05$ 。结论: 瘢痕子宫再次妊娠剖宫产的分娩方式, 对于产妇产后、新生儿结局均会产生不良影响, 不仅产妇产后并发症较多, 而且新生儿胆红素、体重等指标也会受到很大影响, 临床要加强对产妇教育, 引导产妇尽可能选择自然分娩的方式, 利于母婴改善不良结局, 具有积极的影响。

关键词: 瘢痕子宫; 再次妊娠; 剖宫产; 临床效果

据统计, 我国剖宫产率呈逐年上升的趋势, 随着二胎政策的放开, 很多在第一次分娩时选择剖宫产分娩方式的产妇, 再次妊娠瘢痕子宫选择何种分娩方式也成为临床研究的热点问题^[1]。瘢痕子宫对再次妊娠分娩会产生不良影响, 研究发现^[2], 瘢痕子宫再次妊娠在剖宫产术后易发生多种并发症, 其中常见的有产后出血、子宫破裂及前置胎盘等。剖宫产分娩还可能增加术后感染、粘连和切口愈合不良等情况发生, 为瘢痕子宫再次妊娠产妇确定科学的分娩方案, 对于改善产妇病情, 尽可能减轻分娩对瘢痕子宫产妇造成的损伤, 具有重要的作用^[3]。分娩作为女性特有生理特征, 如果选择剖宫产的分娩方式可以取得一定的效果, 可是术后易发生多种并发症, 近期并发症及远期并发症发生的风险较高, 对母婴健康、安全造成严重的影响。临床研究发现, 瘢痕子宫再次妊娠的产妇在面临分娩时, 要了解相关风险, 选择合适的分娩方式, 才能确保母婴安全^[4]。如果再次妊娠产妇有极高的风险就要考虑及时终止妊娠, 避免产妇的生命安全受到影响。鉴于此, 本文对瘢痕子宫再次妊娠的产妇, 针对产妇实际情况, 选择合适分娩方式, 尽可能引导产妇自然分娩的方式, 对于提高人口素质具有重要价值, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院收治的瘢痕子宫再次妊娠剖宫产的产妇中抽取 50 例设为瘢痕组, 非瘢痕子宫剖宫产的产妇中抽取 50 例设为非瘢痕组。瘢痕组: 年龄 20-42 岁, 均值 (28.95 ± 5.64); 孕周 37-42 周, 均值 (39.11 ± 1.38); 体质量 51-82kg, 均值 (68.11 ± 6.85); 非瘢痕组: 年龄 21-43 岁, 均值 (29.14 ± 5.28); 孕周 37-42 周, 均值 (38.46 ± 1.61); 体质量 51-81kg, 均值 (67.96 ± 6.97); 两组资料数据对比, 无明显统计学差异 $P > 0.05$ 。

1.1.1 纳入标准

产妇具备清晰的神志; 可以正确理解研究内容, 并主动配合; 产妇临床依从性较好;

1.1.2 排除标准

认知障碍; 心理疾病; 严重肝肾功能不全; 有盆腔或腹腔手术史; 凝血功能障碍等。

1.2 方法

瘢痕组产妇接受剖宫产手术的分娩方式, 麻醉生效后, 选择产妇产下腹取横切口或纵切口, 于瘢痕下 1cm 取切口, 将切口下皮肤组织逐层进行切开操作, 打开腹腔后, 对粘连腹膜、子宫、膀胱、肠管等组织进行分离处理, 分离操作时按实际情况, 选择钝性分离或锐性分离, 分离后对各处进行结扎、止血等操作。将产妇产下段充分的暴露后, 将膀胱子宫返折到产妇腹膜下方, 对子宫肌层进行

横向的切开, 切开长度控制在 1-2cm, 切除操作时要注意对子宫内胎儿做好保护工作。后续进行人工破膜处理, 将羊水吸净后, 朝子宫角侧的方向, 将切口进行延长, 钝性操作, 将胎儿、胎盘等取出。随后对宫内情况观察, 未发生有胎盘或胎膜等残留问题, 彻底将宫腔内进行清理, 逐层对子宫切口进行缝合操作。最后对腹腔进行冲洗, 随后关腹结束手术^[5]。

非瘢痕组为产妇实施剖宫产手术, 麻醉生效后, 在患者下腹部取横或纵向的切口, 将腹壁逐层切开后, 将子宫下段充分的暴露出来, 膀胱子宫向腹膜下 1-2cm 进行折返处理, 取 2-3cm 的横切口操作。将羊水彻底吸净后, 钝性分离子宫浆肌层, 取出胎儿和胎盘, 对宫腔进行清理, 最后对子宫肌层、浆膜层等逐层缝合操作。对产妇的腹腔进行冲洗后, 未发生有活动性出血, 随后可安排关腹处理。手术完成后, 为产妇静注缩宫素药物, 配合抗生素治疗。

1.3 观察指标

1.3.1 手术相关指标。记录两组术中出血量、手术时间、产后 24h 出血量、产后恶露持续时间。

1.3.2 术后并发症。记录两组胎盘粘连、前置胎盘、胎盘植入、子宫完全破裂等并发症, 结果组间统计学分析。

1.3.3 术后新生儿指标。记录新生儿胆红素水平、新生儿体重及新生儿 5min Apgar 评分, 结果组间统计学比较。其中新生儿 5min Apgar 评分价项目有 5 项, 分别是皮肤颜色、喉反射、呼吸、心率及肌张力等, 评分总分 10 分, 0-3 分表示新生儿存在重度窒息, 4-7 分表示新生儿出现轻度窒息, 8-10 分表示新生儿比较健康^[6]。

1.4 统计学方法

数据 SPSS22.0 统计学分析, 计数资料[n(%)]表示, χ^2 检验; 计量资料 [$\bar{x} \pm s$] 表示, t 值检验, $P < 0.05$ 说明差异明显。

2 结果

2.1 分析手术相关指标

非瘢痕组手术相关指标明显优于对照组, $P < 0.05$ 见表 1。

表 1 比较两组产妇手术相关指标 [$\bar{x} \pm s$]

组别	术中出血量 (ml)	手术时间 (h)	产后 24h 出血量 (ml)	产后恶露持续时间 (d)
瘢痕组 (n=50)	455.95 ± 43.84	1.82 ± 0.17	255.96 ± 21.57	33.34 ± 4.85
非瘢痕组 (n=50)	356.12 ± 23.87	1.01 ± 0.12	185.33 ± 18.24	27.13 ± 2.87
t	14.141	27.524	17.680	7.791
P	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001

2.2 分析术后并发症

非瘢痕组术后并发症发生率低于对照组, $P < 0.05$ 见表 2.

表 2 两组术后并发症比较[n(%)]

组别	例数 (n)	子宫完全 并发症发				生率
		胎盘粘连	前置胎盘	胎盘植入	破裂	
瘢痕组	50	3 (6.00)	3 (6.00)	3 (6.00)	2 (4.00)	11 (22.00)
非瘢痕组	50	1 (2.00)	1 (2.00)	1 (2.00)	0 (0)	3 (6.00)
χ^2						5.315
P						0.021

2.3 分析术后新生儿的生理指标

瘢痕组新生儿的胆红素水平、新生儿体重均低于非瘢痕组, 瘢痕组新生儿的 5min Apgar 评分高于非瘢痕组, $P < 0.05$ 见表 3.

表 3 术后新生儿生理指标比较 [$\bar{x} \pm s$]

组别	胆红素水平 ($\mu\text{mol/L}$)	新生儿的 5min	
		新生儿体重 (kg)	Apgar 评分 (分)
瘢痕组 (n=50)	19.45 \pm 1.21	3.45 \pm 0.24	9.45 \pm 1.26
非瘢痕组 (n=50)	23.11 \pm 1.98	3.69 \pm 0.35	8.09 \pm 1.03
t	11.153	3.998	5.909
P	< 0.001	< 0.001	< 0.001

3 讨论

很多因素影响下, 造成了临床剖宫产率的上升, 剖宫产作为手术治疗方式, 对产妇会造成一定的风险, 增加产妇产后感染率。尤其是瘢痕子宫后再次妊娠产妇, 如果仍选择剖宫产的分娩方式, 风险明显加大^[7]。再次妊娠对妊娠和分娩全程都会造成不良影响, 如果对此类产妇安排再次剖宫产手术治疗, 极易发生大出血。临床控制盲目剖宫产, 控制过度治疗, 引导产妇选择自然分娩方式, 也成为保障产妇身体健康的重要目标。临床要严格把控瘢痕子宫剖宫产、非瘢痕子宫剖宫产两者间的差异, 才能实施规范的手术治疗方案, 有效控制产妇在术中发生风险, 确保产妇的生命安全^[8]。

剖宫产术已成为产妇常用的分娩方式, 主要用于难产产妇、高危妊娠产妇的医学干预, 从而控制高危孕妇和新生儿的病死率, 为母婴安全创造条件。我国产科临床医疗技术的发展, 麻醉技术的不断改进, 很多女性面对自然分娩会害怕宫缩痛、会阴侧切痛及产钳痛等情况, 从而在分娩时会主动选择剖宫产的分娩方式, 导致临床剖宫产率上升, 甚至达到了 40%, 远远高于世卫组织对剖宫产率 15% 的要求。剖宫产后不仅使瘢痕子宫产妇增加, 也会增加分娩风险, 有些瘢痕子宫产妇再次妊娠后, 面对二次分娩仍然不敢选择自然分娩的方式, 认为自然分娩会使子宫发生破裂, 缺乏顺利完成自然分娩的信心^[9]。有些产妇忧虑胎儿健康情况, 无法面对分娩时各种疼痛, 还是会再次选择剖宫产的分娩方式, 导致产后近期和远期风险加大, 发生前置胎盘, 甚至发生子宫破裂, 严重时甚至母婴生命安全都会受到威胁。

剖宫产异常上升情况, 对围产儿发病率并没有得到有效的控制, 同时还加大了医疗资源的浪费, 引起孕妇在近期及远期很多不良事件发生。二胎政策、三胎政策的推行, 再次妊娠的增加, 导致瘢痕子宫再妊娠率上升, 如何保障此类产妇安全, 也成为临床治疗的关键问题。在了解产妇两次妊娠间隔时间、上次剖宫产切口位置、缝合技术问题后, 针对产妇实际情况, 评估产妇是否可以安排自然分娩的方式。临床对此类患者主要使用的还是剖宫产的方式, 与非

瘢痕剖宫产产妇相比, 瘢痕子宫再次妊娠, 术后发生并发症更多, 手术风险更大。为有效控制手术风险发生, 实现手术治疗的预期效果, 术中要注意锐性钝性分离操作, 术中注意对产妇的膀胱做好预先保护工作, 避免受到不必要的损伤。对产妇产宫切口的缝合操作时, 也要注意不要与后壁缝合在一起, 避免发生宫颈管狭窄而引起闭塞问题。对切口和第一层肌层选择全层缝合方式, 而第二层实施连续内翻的缝合操作, 尽可能控制患者切口的张力过大, 对于提升切口的愈合效果, 控制术后并发症, 具有重要作用。

本研究比较两组手术相关指标、并发症及新生儿生理指标, 观察组均优于对照组, 与他人研究结论一致^[10]。可见, 由于瘢痕子宫再次妊娠为产妇操作的难度大, 对产妇身体会造成较大的损伤, 增加术中出血量, 延长手术时间。配合精细护理管理, 对于产妇预后具有积极的改善作用, 而且不会增加母婴预后不良事件。由于瘢痕组织对子宫弹性造成不良影响, 当瘢痕子宫再次妊娠, 对子宫弹性还会造成严重的影响, 子宫体积加大, 子宫纤维向外伸展。产妇产宫收缩表现出明显的不均匀问题, 甚至出现子宫过度收缩, 导致子宫破裂, 引起产后大出血。预防瘢痕子宫, 合理选择分娩方式, 对于控制生产风险, 提高胎儿顺利分娩率, 保障产妇和新生儿安全具有重要作用。瘢痕子宫再次妊娠继续剖宫产的方式分娩, 会影响盆腔结构, 增加粘连几率, 胚胎植入子宫下部, 易引起前置胎盘。损伤瘢痕组织基本功能, 为胎用力营养充足, 胎盘会植向基底层, 当植入面积过大、过深, 还会引起胎盘植入物, 使复查难度加大, 增加术中出血量, 延长产妇各产程时间和手术时间。

综上所述, 瘢痕子宫再次妊娠剖宫产, 术中出血量更多, 手术时间更长, 尽量引导产妇选择阴道分娩的方式, 以此积极改善产妇和新生儿结局。

参考文献:

- [1]刘伟.瘢痕子宫再次妊娠与非瘢痕子宫剖宫产的术中出血量及术后恢复情况比较分析[J].现代诊断与治疗,2022,33(18):2729-2731.
- [2]刘慧文.疤痕子宫再次妊娠二次剖宫产与非疤痕子宫剖宫产的对比情况分析[J].中国农村卫生, 2021, 13 (19): 44-45.
- [3]王小芹.瘢痕子宫再次剖宫产与非瘢痕子宫剖宫产手术的对比研究[J].中国社区医师,2021,37(36):36-37.
- [4]孙姣,吴微,张巧玲.对比瘢痕子宫再次妊娠二次剖宫产与非瘢痕子宫剖宫产的临床情况[J].世界复合医学,2020,6(11):50-52+56.
- [5]陈静.瘢痕子宫再次妊娠二次剖宫产与非瘢痕子宫剖宫产临床比较分析[J].中国现代药物应用,2020,14(21):77-79.
- [6]张录兰.非瘢痕子宫与瘢痕子宫再次剖宫产情况及妊娠结局分析[J].中国当代医药,2020,27(06):116-118.
- [7]尹君.二次剖宫产术对瘢痕子宫再次妊娠产妇及新生儿的影响[J].中国当代医药,2020,27(02):114-116.
- [8]张慧华.对瘢痕子宫再次妊娠的产妇与非瘢痕子宫再次妊娠的产妇进行剖宫产术的临床效果分析[J].当代医药论丛,2019,17(23):16-18.
- [9]李欣.瘢痕子宫再次妊娠二次剖宫产与非瘢痕子宫剖宫产的效果对比体会[J].中国医药指南,2019,17(33):190-191.
- [10]袁爱萍.瘢痕子宫再次剖宫产与非瘢痕子宫剖宫产的临床对比[J].当代医学,2019,25(29):140-142.