

剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠对孕妇产后出血及新生儿的影响

刘敏, 曾德玲, 杨婧

(四川省成都市新都区妇幼保健院 妇产科, 四川 成都, 610500)

关键词: 剖宫产; 瘢痕子宫; 再次妊娠; 分娩方式

中图分类号: R 714.22 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2017)11-215-03 DOI: 10.7619/jcmp.201711079

剖宫产术是目前产科的主要手术方式之一, 被较为广泛的应用于阴道分娩困难的孕妇^[1], 且随着医疗器械、麻醉技术以及手术方式等不断改善, 剖宫产术在解决部分产科合并症和难产方面具有较好的效果, 已成为改善孕妇和围产儿结局的重要手段^[2-3]。近年来, 中国剖宫产率居高不下, 据相关数据^[4-5]统计, 中国平均剖宫产率约为46%, 位居世界之首, 且在不断上升。高剖宫产率也随之提高了瘢痕子宫的发病率, 而瘢痕子宫再次妊娠会出现子宫破裂、胎盘前置、产后出血等一些列并发症^[6]。因此, 选择正确的分娩方式对瘢痕子宫再次妊娠的孕妇具有重要意义。为了探讨不同分娩应用于剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠孕妇对其产后出血及新生儿的影响, 本研究分别选取了采用阴道分娩和剖宫产的患者各45例进行对比分析, 现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2015年1月—2016年6月在本院90例剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠孕妇作为本次研究对象, 根据孕妇的分娩方式将其分为阴道分娩组和剖宫产组, 每组45例。阴道分娩组年龄23~29岁, 平均年龄(25.37±2.67)岁; 孕周36~42周, 平均孕周(38.12±2.09)周; 体质量46~67 kg, 平均体质量为(57.23±3.82) kg。剖宫产组年龄22~28岁, 平均年龄为(26.01±2.79)岁; 孕周36~41周, 平均孕周为(37.58±2.15)周; 体质量为45~66 kg, 平均体质量为(56.34±3.57) kg。2组患者在年龄结构、孕周、体质量方面无显著差异($P > 0.05$)。纳入标准^[7]: ①所有孕妇均为经产妇, 且因剖宫产术而形成瘢痕子宫; ②所有孕妇经B超检测确定为单胎; ③此次妊娠据上次剖宫产时间在2年以上; ④前次剖宫产为子宫下段剖宫

产, 未发生感染、出血、发热、切口愈合不良等并发症; ⑤所有孕妇没有发生过其他下腹部受伤及手术史。排除标准^[8]: ①排除合并有其他妊娠疾病的孕妇; ②排除患有严重呼吸系统疾病的孕妇; ③排除患有循环系统疾病的孕妇。本研究经已得到医院伦理委员和患者的同意。

1.2 方法

2组孕妇入院后均进行尿常规、血常规、肝功能、肾功能、凝血系列、电解质等检查, 详细了解孕妇的健康状况, 前次妊娠情况, 同时采用B超对胎儿的胎盘位置、羊水量进行检查, 查看是否出现胎盘植入的情况, 检查孕子宫瘢痕下段的厚度, 结合各项检查资料, 制定合理的分娩方案。

阴道分娩组: 符合剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠阴道分娩各项指征的孕妇选择阴道分娩。在分娩前做好各项手术、抢救、输血等准备工作, 在孕妇分娩期间由专业人员进行指导和鼓励, 并注意观察产妇及胎儿的各项生命体征变化, 密切注意产妇产子宫形状变化、阴道出血量、子宫下段疼痛情况, 根据孕妇的具体情况酌情给予缩宫素、镇痛药, 避免滥用。同时为避免孕妇在分娩期间发生子宫破裂, 应注意缩减产妇第二产程, 严禁对其进行腹部按压, 如有必要, 可选择使用助产钳。

剖宫产组: 不符合瘢痕子宫再次妊娠阴道分娩各项指征选择再次剖宫产手术。可在术前给予孕妇心理干预, 提高孕妇的信心, 做好术前备血、留置导尿、青霉素试敏等准备工作, 采用硬腰联合麻醉后, 进行手术, 婴儿出生后, 剥离胎盘, 清点医疗器械, 最后关闭腹腔, 缝合伤口。

1.3 观察指标

比较2组孕妇产后24 h出血量、发热和产褥感染情况以及羊水污染情况、住院时间、住院费用, 并观察2组新生儿Apgar评分^[10]及并发症情况。羊水污染情况: 新生儿脐带受到压迫或者出

现慢性缺氧,但对各项代谢机制产生影响,则为羊水污染 I 级;新生儿发生急性缺氧,代谢机制虽未受影响,但无法自行清理粪便等代谢物,则为羊水污染 II 级;新生儿发生严重缺氧,丧失各项代谢机制,则为羊水污染 III 级^[9]。

2 结果

2.1 2 组孕妇产后 24 h 出血情况比较

阴道分娩组产后 24 h 出血 < 300 mL 的比例显著高于剖宫产组 ($P < 0.05$); 阴道分娩组产后 24 h 出血 300 ~ 500 mL、> 500 mL 的比例显著低于剖宫产组 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 2 组孕妇产后发热和产褥感染情况比较

阴道分娩组产后出现发热、产褥感染并发症的比例显著低于剖宫产组 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 2 组孕妇产后 24 h 出血情况比较

组别	< 300 mL			300 ~ 500 mL			> 500 mL		
	例数	百分比	例数	百分比	例数	百分比	例数	百分比	
阴道分娩组 ($n = 45$)	27	(60.00) *	15	(33.33) *	3	(6.67) *			
剖宫产组 ($n = 45$)	8	(17.78)	27	(60.00)	10	(22.22)			

与剖宫产组比较, * $P < 0.05$ 。

表 2 2 组孕妇产后发热和产褥感染情况比较 [n (%)]

组别	产后发热		产褥感染					
	有	无	有	无				
	例数	百分比	例数	百分比	例数	百分比		
阴道分娩组 ($n = 45$)	4	(8.89) *	41	(91.11) *	1	(2.22) *	44	(97.78) *
剖宫产组 ($n = 45$)	14	(31.11)	31	(68.89)	11	(24.44)	34	(75.56)

与剖宫产组比较, * $P < 0.05$ 。

2.3 2 组孕妇产后羊水污染情况比较

阴道分娩组产后出现羊水污染的比例高于剖宫产组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 2 组孕妇产后羊水污染情况比较 [n (%)]

组别	未污染	污染						
		I 级	II 级	III 级				
		例数	百分比	例数	百分比	例数	百分比	
阴道分娩组 ($n = 45$)	37	(82.22) *	4	(8.89)	3	(6.67)	1	(2.22)
剖宫产组 ($n = 45$)	27	(60.00)	7	(15.56)	7	(15.56)	4	(8.89)

与剖宫产组比较, * $P < 0.05$ 。

2.4 2 组孕妇住院时间和住院费用比较

阴道分娩组产后住院时间、费用分别为 (6.16 ± 1.38) d、($1\ 445.95 \pm 158.42$) 元; 剖宫产组为 (10.24 ± 2.37) d、($3\ 358.37 \pm 362.73$) 元。阴道分娩组住院时间、费用少于剖宫产组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.5 2 组新生儿 Apgar 评分和并发症情况比较

阴道分娩组新生儿 Apgar 评分和窒息、颅内出血、肺炎并发症率与剖宫产组比较差异无统计

学意义 ($P > 0.05$), 见表 4。

表 4 2 组新生儿 Apgar 评分和并发症情况比较

组别	Apgar 评分/分	并发症		
		窒息	颅内出血	肺炎
阴道分娩组 ($n = 45$)	8.27 ± 1.14	1(2.22)	0	1(2.22)
剖宫产组 ($n = 45$)	8.59 ± 1.21	2(4.44)	1(2.22)	3(6.67)

3 讨论

据相关研究^[11-13]表明, 目前中国剖宫产率位列世界第一, 部分地区高达 70% ~ 80%, 且仍处于上升趋势。剖宫产人群基数的上升, 也带来了瘢痕子宫再次妊娠孕妇的增加。首次剖宫产后, 部分产妇产会形成瘢痕子宫, 瘢痕子宫再次妊娠后, 若瘢痕强度不够, 则可能在进行自然分娩时出现子宫破裂的情况, 危及母婴生命安全^[14-15]。因此, 剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠孕妇选择合理的分娩方式十分重要。

有学者认为, 由于无法精准的测定瘢痕子宫再次妊娠孕妇瘢痕的厚度, 且分娩时子宫内压也存在不确定性, 因此瘢痕子宫再次妊娠孕妇不宜选用自然阴道分娩, 而应进行再次剖宫产术。反之, 也有学者^[16]认为瘢痕子宫再次妊娠孕妇应首选自然分娩, 原因在于瘢痕子宫再次妊娠孕妇再次进行剖宫产可能会由于前次剖宫产瘢痕的遗留而出现腹腔粘连的情况, 从而导致手术难度、风险以及并发症明显增加。长期以来, 选择何种分娩方式一直视产科医师争议的焦点。本次研究对采用阴道分娩和剖宫产的 90 例剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠孕妇进行了对比分析, 结果表明, 阴道分娩患者产后出血量明显少于剖宫产患者阴道分娩患者; 产后发生发热、产褥感染以及羊水污染的比例显著低于剖宫产患者; 阴道分娩患者住院时间和住院费用均少于剖宫产患者, 与相关研究一致。由此可见, 剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠孕妇选用阴道分娩方式具有产后出血量和并发症少, 恢复快, 费用低的优势。

随着近年医疗技术、B 超以及胎心监护仪器等医疗器械的进步, 有效的规避了阴道试产的高危因素, 提高了阴道试产的安全性和可能性^[17]。但是如果阴道试产不成功, 产时出血量会大幅增加, 术后感染率会升高, 母体和胎儿均会遭受更大伤害, 甚至危及生命^[18]。再加上产科本身的高风险性, 对于剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠孕妇应严

格掌握和把控阴道试产适应证。剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠选择阴道分娩的适应证包括^[19-20]:前次剖宫产的切口在子宫下段,且术后无感染、出血等症,恢复良好;此次妊娠去前次破宫产时间在 2 年以上;B 超检测孕子宫瘢痕部位的厚度在 0.2~0.4 cm 之间,没有薄弱区;前次剖宫产指征已消失,且无新的破宫产指征;检测孕子宫的成熟度佳、胎头入盆情况好;产妇自愿选择阴道试产,了解阴道分娩利弊和风险;医院具备输血、抢救条件。对于不存有阴道试产禁忌证,符合剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠阴道试产分娩的适应证,母体和围生期风险评估适当的瘢痕子宫再次妊娠孕妇,可鼓励其选择阴道分娩。

参考文献

[1] 陆宣平,陈友国,韩冰,等.剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的研究进展[J].实用妇产科杂志,2014,30(4):260-262.

[2] 廖晗魁,杨钦灵.瘢痕子宫再次妊娠分娩方式选择的分析[J].广东医学,2016,37(2):93-95.

[3] Sawada M, Matsuzaki S, Nakae R. Treatment and repair of uterine scar dehiscence during cesarean section [J]. Clin Case Rep, 2017, 5(2): 145-149.

[4] 陆莹,郑疆.剖宫产瘢痕子宫妇女再次妊娠阴道分娩的临床观察[J].中国计划生育学杂志,2015,23(4):254-256.

[5] 应海燕,徐平.不同分娩方式在瘢痕子宫再次妊娠产妇产炎性状态与应激状态的影响比较[J].河北医学,2016,22(10):1687-1689.

[6] 洪婧贞,洪淑蓉,胡继芬,等.瘢痕子宫产前预测改良评分法的临床研究[J].实用妇产科杂志,2015,31(2):

135-138.

[7] 牛建民.瘢痕子宫再次妊娠的切口评估及临床价值[J].实用妇产科杂志,2014,30(8):577-580.

[8] Egami S, Kumagai Y, Yokoyama T. Development of abdominal wall endometriosis in a region distant from a caesarean section scar[J]. Clin Exp Dermatol, 2017, 42(2): 214-215.

[9] 吕祝武,张晓路.瘢痕子宫再次妊娠风险的临床分析[J].实用医学杂志,2015,31(22):3812-3813.

[10] 唐哲文.瘢痕子宫再次妊娠阴道分娩临床分析[J].浙江临床医学,2016,18(9):1651-1652.

[11] 苏涛,刘亚非,靳国荣,等.瘢痕子宫再次妊娠自然临产分娩方式的探讨[J].医学研究杂志,2014,43(7):161-164.

[12] 余琳,苏春宏,王晓怡,等.剖宫产术后再次妊娠阴道试产的多中心临床研究[J].中华妇产科杂志,2016,51(8):581-585.

[13] Ferrandina G, Palluzzi E, Fanfani F. Endometriosis-associated clear cell carcinoma arising in caesarean section scar; a case report and review of the literature[J]. World J Surg Oncol, 2016, 14(1): 300-302.

[14] 石书霞.瘢痕子宫再次妊娠不同分娩方式对孕产妇及新生儿的影响研究[J].中国妇幼保健,2014,29(19):3059-3060.

[15] 王锋,邵翠华,朱捷梅,等.瘢痕子宫患者再次妊娠分娩的临床研究[J].中国妇幼保健,2016,31(22):4714-4716.

[16] 杨雅兰.瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的选择[J].中国妇幼保健,2016,31(10):2066-2068.

[17] 董文,卢桂强,刘小津,等.剖宫产术后再次妊娠分娩方式的比较分析[J].河北医药,2015,37(12):1844-1845.

[18] 陈勇.瘢痕子宫再次妊娠不同分娩方式对母婴影响研究[J].四川医学,2015,36(8):1168-1170.

[19] 刘肖英,苏赞妍,华秀兰,等.瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩的可行性分析及探讨[J].中国现代药物应用,2016,10(20):288-289.

[20] 连海丽.瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的选择对妊娠结局的影响分析[J].中国实用医药,2016,11(27):283-284.

(上接第 214 面)

因素有关,腺样体肥大是主要原因之一^[3],由于腺样体肥大,使鼻咽部发生机械性堵塞,腺样体成为细菌、病毒寄生场所,经常性感染波及鼻腔、鼻窦黏膜,加之鼻腔、鼻道黏膜发生变态反应,导致鼻腔鼻道黏膜水肿,窦口堵塞,引发慢性鼻窦炎。

儿童鼻窦炎不同于成年人,治疗首推系统性药物及病因治疗^[4],药物治疗包括抗生素、鼻喷类固醇激素、稀化分泌物药物、鼻减充血剂、抗组胺药物等,但对伴有腺样体肥大、呼吸道阻塞者应手术切除。随着鼻内镜手术及低温等离子设备的发展,直视下手术具备直视操作、术中出血少、复发率低,对治疗儿童鼻窦炎具有安全有效等优点。国内外研究^[5]表明,通过切除腺样体能有效改善上呼吸道结构异常,促进功能恢复,治疗慢性鼻窦炎安全有效。

本研究在治疗 1 年后进行临床疗效评定,治疗组的有效率显著高于对照组。随访治疗组患儿,手术后基本都停止药物治疗,而对照组在停药后短期内有一定效果,但随访过程中反复发作,需

药物治疗。作者认为,切除腺样体改善了阻塞与炎症的恶性循环,从而为鼻窦炎的恢复创造了必要条件,而药物治疗并不能使腺样体缩小,鼻腔的机械性阻塞不能解除,因此疗效不佳。作者认为对于长期反复发作的儿童鼻窦炎应考虑到有腺样体肥大的可能,及时行相关检查,一旦明确应及早行腺样体切除术。

参考文献

[1] 王雪梅,何晓松,柳友华,等.儿童腺样体肥大 110 例分析[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2004,18:6-6.

[2] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组.慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南(2012 年,昆明)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2013,48(2):92-94.

[3] 王秋萍,薛飞,李泽卿,等.腺样体肥大儿童合并慢性鼻-鼻窦炎的临床调查和相关分析[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2007,13(2):135-138.

[4] 许庚,史金波,文卫平.儿童鼻窦炎规范化诊断和治疗[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2005,12(7):407-410.

[5] 许庚,李源.儿童慢性鼻窦炎手术治疗的思考与临床诊疗指引[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2003,38(41):241-241.