

阴道分娩在瘢痕子宫再次妊娠分娩中可行性的临床分析

肖捷

(衡阳市妇幼保健院妇产科,湖南 衡阳 421001)

摘要: **目的** 探讨阴道分娩和剖宫产两种分娩方式在瘢痕子宫再次妊娠分娩中的有效性和安全性。 **方法** 将本院96例分娩的瘢痕子宫再次妊娠产妇回顾性分为阴道分娩组(36例)和剖宫产组(60例)。剖宫产组采用剖宫产;阴道分娩组采用阴道分娩方式。对两组对象的出血量、新生儿窒息发生率及住院时间等数据进行比较及统计学分析。 **结果** 阴道分娩组在新生儿窒息发生率、出血量、并发症发生率、住院时间及分娩费用等方面均优于剖宫产组,且差异均有显著性($P < 0.05$)。 **结论** 在瘢痕子宫再次妊娠分娩中阴道分娩较剖宫产分娩具有出血量少,住院时间短,并发症少,分娩费用低等优势。

关键词: 瘢痕子宫; 再次妊娠; 阴道分娩; 剖宫分娩

中图分类号: R714

文献标识码: A

随着子宫肌瘤发病率的增加及剖宫产分娩的广泛应用,瘢痕子宫妇女逐步增多,且有逐步年轻化趋势。因此,瘢痕子宫再次妊娠的发生率显著增加,其分娩方式的研究已成为临床的热点课题。剖宫产术在瘢痕子宫再次妊娠分娩中具有一定优势,但因腹腔组织粘连和子宫瘢痕使得手术的时间较长,出血量及并发症增多,导致手术的风险性增加。近年来临床将阴道分娩应用于瘢痕子宫再次妊娠分娩的实践和研究逐步增多,且取得了较好的临床效果^[1],在保证分娩母婴安全的基础上,显著缩短了住院时间,减少了术中出血量和并发症,同时缓解了产妇的经济压力,具有重要的推广价值。

1 资料与方法

1.1 纳入及排除标准

纳入标准:①经入院检查产妇身体健康,不伴有其它内科疾病;②均为瘢痕子宫再次妊娠产妇,且初次剖宫产术采取子宫下段横切口,切口愈合良好,前次剖宫产指征不存在,无新的剖宫产指征;③初次手术时间与此次妊娠的间隔均超过2年^[2];④足月妊娠,经B超检查均为单胎妊娠,且胎儿发育良好,胎

位正常;⑤了解研究全过程及两种分娩方式的利弊,且自愿参与研究,并签署《研究知情同意书》。排除标准:①异位妊娠及胎位异常者予以排除;②分娩前评估存在子宫破裂风险者;③不愿参与研究或临床资料缺失者^[3]。

1.2 一般资料

按研究对象纳入及排除标准对2011年8月~2012年8月间分娩的瘢痕子宫再次妊娠产妇进行筛选,选取96例为研究对象。阴道分娩组36例,年龄21~36岁,平均 28.8 ± 7.6 岁;孕周35~41周,平均 38.5 ± 2.6 周;体重48~82 kg,平均 68.2 ± 12.5 kg。剖宫产组60例,年龄22~35岁,平均 29.2 ± 8.4 岁;孕周34~42周,平均 38.2 ± 2.8 周;体重50~79 kg,平均 67.9 ± 12.4 kg。两组研究对象的年龄、孕周及体重等数据进行比较,差异无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

1.3 分娩操作

1.3.1 剖宫产组操作 剖宫产组研究对象采用剖宫产分娩,切开腹壁,探查腹腔,剪开膀胱反折腹膜,分离下推膀胱,切开子宫,分娩出胎儿^[4-6]。术前、术中、术后均按常规进行相关护理操作。

1.3.2 阴道分娩组操作 阴道分娩组研究对象采用阴道分娩。(1)术前准备:①分娩前2天对产妇及胎儿进行全面检查,并以子宫底高度、产道、骨盆及胎头大小等数据为依据,预测胎儿的大小并制定

分娩方案^[7];②若产妇或胎儿存在高危因素,则需做好应急处理预案^[8];③对产妇进行相应的健康宣教及心理护理;(2)术中操作:分娩过程均按常规阴道分娩进行,若出现异常可采取阴道手术助产分娩。无法完成阴道分娩者转为剖宫分娩^[9]。(3)术后处理:①术后立即肌注 10U 的缩宫素,促进子宫收缩;②进行常规的产后护理及并发症处理。

1.4 统计学方法

使用 SPSS15.2 统计学软件进行分析,分娩成功率、术中及术后数据采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 分娩术中、术后相关指标

阴道分娩组平均出血量 123.2 ± 15.8 mL,较剖宫产组低($P < 0.05$)。阴道分娩组平均住院时间 5.6 ± 2.3 天,剖宫产组平均住院时间为 18.3 ± 3.5 天,两组比较,差异具有显著性($P < 0.05$),阴道分娩组平均住院费用显著低于剖宫产组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组产妇相关指标比较

	出血量 (mL)	住院时间 (min)	分娩费用 (元)
阴道分娩组	123.2 ± 15.8	5.6 ± 2.3	968.3 ± 68.5
剖宫产组	322.5 ± 25.6	18.3 ± 3.5	2586.5 ± 122.8
χ^2	20.85	20.64	18.56
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 并发症

阴道分娩组 2 例出现并发症(宫缩乏力与胎膜早破),经处理后恢复正常,并发症发生率为 5.6%。剖宫产组发生宫缩乏力 3 例,胎膜早破 5 例,发生率为 16.7%,阴道分娩组的并发症发生率均低于剖宫产组($P < 0.05$)。阴道分娩组出现产后大出血 1 例,产褥感染 1 例,新生儿窒息 1 例,产后发热 2 例,发生率为 13.9%。剖宫产组发生产后大出血 2 例,产褥感染 2 例,新生儿窒息 3 例,产后发热 2 例,发生率为 18.8%,两组比较,差异有显著性($P < 0.05$)。

3 讨 论

随着剖宫产术的日益完善,其可行性及安全性显著提升,使得其临床应用越来越广泛,使得瘢痕子

宫妇女的数量显著增加,且有年轻化趋势。瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的选择问题已成为妇产科研究的重要课题^[10]。因初次剖宫产术导致腹腔组织粘连及子宫瘢痕影响手术操作,使得再次剖宫术的时间较长,且容易引发子宫破裂、临近脏器损伤和大出血等并发症,增加手术的风险^[11]。阴道分娩应用于瘢痕子宫再次妊娠的分娩中,虽然对产妇及胎儿均有较高的要求,其能够有效缩短手术时间,减少术中出血量和并发症,且能降低剖宫产率,具有重要的临床价值。

本结果显示,阴道分娩组在出血量、术后并发症、住院时间、分娩费用等方面均优于剖宫产分娩组($P < 0.05$)。由此可见,阴道分娩在瘢痕子宫再次妊娠分娩中具有显著优势,安全可行。

阴道分娩在瘢痕子宫再次妊娠分娩中虽具有一定的优势,但也要以确保母婴安全为前提。(1)分娩前对产妇进行严格的检查,并按研究对象纳入及排除标准进行筛选,以确保分娩的安全性;(2)分娩前综合各项检查结果对术中可能出现的异常情况进行预测,并制定针对性的处理方案;①出现胎头异位,则需行会阴侧切术或胎头吸引术辅助分娩;②出现无头盆不称时,则需在监测胎心率和检验羊水性质的基础上行人工破膜术辅助分娩^[12];(3)术前做好急救设备及药物的准备,并做好剖宫产准备,若分娩中出现大出血、难产等异常时,立即转为剖宫产;(4)分娩前有针对性的进行健康宣教和心理护理,使产妇消除心理障碍并主动配合分娩;(5)选取经验丰富的临床医师进行操作或指导,减少不必要的并发症,确保分娩的顺利进行。

总之,在瘢痕子宫再次妊娠分娩中阴道分娩较剖宫产分娩具有出血量少,住院时间短,并发症少,分娩费用低等优势,应用于临床具有可行性。

参考文献:

[1] 贾利英,孟文颖,马海会,等. 妊娠子宫破裂的临床分析[J]. 中华医学杂志,2013,93(33):2674-2676.
[2] 韦淑芬. 瘢痕子宫患者再次妊娠剖宫产产后出血的相关因素分析[J]. 中国现代医生,2013,51(27):132-134.
[3] 李晨洁. 瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩 120 例临床体会[J]. 中国实用医药,2012,7(31):110-111.
[4] Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it[J]. Bioscience Trends,2011,5(4):139-150.
(下转第 185 页)

(上接第 177 页)

- [5] Bates GW Jr, Shomento S. Adhesion prevention in patients with multiple cesarean deliveries[J]. Am J Obstet Gynecol, 2011, 205(6):19-24.
- [6] 陈诚, 常青, 王琳, 等. 剖宫产术后再次妊娠分娩方式的探讨[J]. 实用妇产科杂志, 2012, 28(4):278-281.
- [7] Edward WC. Vaginal birth after cesarean delivery: views from the private practitioner[J]. Seminars in Perinatology, 2010, 34(5):825-828.
- [8] 王霞. 瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的选择[J]. 中国实用医刊, 2013, 40(15):22-23.
- [9] 顾红红, 袁娇桂. 瘢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]. 中国初级卫生保健, 2011, 25(3):45-46.
- [10] 沈荣乐, 王杏调. 430 例瘢痕子宫再次妊娠分娩方式探讨[J]. 中国医药指南, 2012, 10(10):155-156.
- [11] 张绍鲜. 瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩的临床观察分析[J]. 中外医学研究, 2013, 24(14):116.
- [12] 左海英. 瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩的护理体会[J]. 临床合理用药杂志, 2011, 4(35):146.

(此文编辑:蒋湘莲)