

doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2019.08.016

View this article at: <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2095-6959.2019.08.016>

“二胎全面放开”背景下瘢痕子宫再次妊娠孕妇的分娩方式

任维, 冯浩流, 李畅

(成都市成飞医院妇产科, 成都 610091)

[摘要] 目的: 基于“二胎全面放开”政策背景下, 探讨瘢痕子宫再次妊娠孕妇的最佳分娩方式。方法: 选取2017年5月至2018年12月成都市成飞医院妇产科收治的106例瘢痕子宫再次妊娠孕妇开展前瞻性研究, 结合产妇意愿和临床指征情况选择分娩方式, 根据分娩方式不同将其分为阴道分娩组和剖宫产组。观察两组分娩完成情况, 比较两组产时出血量和产后2 h出血量, 观察两组产妇产褥期感染和新生儿窒息发生情况, 统计住院时间、住院费用等。结果: 106例瘢痕子宫再次妊娠孕妇中38例接受阴道试产, 阴道试产成功率为86.84%(33/38), 5例中转剖宫产。阴道分娩组产时、产后2 h出血量均少于剖宫产组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$); 两组新生儿5 min窒息情况差异无统计学意义($P > 0.05$), 阴道分娩组产褥期感染率、住院时间及住院费用均低于剖宫产组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 具备阴道试产指征的瘢痕子宫再次妊娠孕妇应积极选择阴道分娩, 试产成功率高, 对改善母婴结局和节约住院费用效果显著, 且不增加新生儿窒息风险。

[关键词] 二胎全面放开政策; 瘢痕子宫; 再次妊娠; 分娩方式; 影响

Delivery mode of pregnant women with scarred uterus in the background of “full liberalization of second fetus”

REN Wei, FENG Haoliu, LI Chang

(Department of Obstetrics and Gynecology, Chengfei Hospital, Chengdu 610091, China)

Abstract **Objective:** To explore the best mode of delivery for pregnant women with scarred uterus who are pregnant again based on the policy of “full liberalization of second births”. **Methods:** A prospective study was conducted on 106 pregnant women with scarred uterus who were admitted to Department of Obstetrics and Gynecology, Chengfei Hospital from May 2017 to December 2018. The delivery mode was selected according to the maternal wishes and clinical indications. They were divided into a vaginal delivery group and a cesarean section group according to different delivery modes. We observed the delivery completion of the two groups, compared the amount of intrapartum hemorrhage and postpartum hemorrhage in the two groups, observed the occurrence of puerperal infection and neonatal asphyxia in the two groups, and statistics hospitalization time, hospitalization

收稿日期 (Date of reception): 2019-03-11

通信作者 (Corresponding author): 任维, Email: blank2013@126.com

基金项目 (Foundation item): 四川省科技计划项目 (2012hh0011)。This work was supported by Sichuan Provincial Science and Technology Plan Project, China (2012hh0011).

expenses, etc. **Results:** Among 106 pregnant women with scarred uterus, 38 received vaginal delivery. The success rate of vaginal delivery was 86.84% (33/38), and 5 were transferred to cesarean section. The amount of bleeding during delivery and 2 hours after delivery were less than those in the cesarean section group, with statistical significance ($P < 0.01$); there was no significant difference in asphyxia in 5 minutes between the two groups ($P > 0.05$); the infection rate, hospitalization time and hospitalization expenses in vaginal delivery group were lower than those in cesarean section group, with statistical significance ($P < 0.05$). **Conclusion:** Pregnant women with scarred uterus with vaginal delivery indications should actively choose vaginal delivery. The success rate of vaginal delivery is high. It has significant effect on improving maternal and infant outcomes and saving hospitalization costs, and does not increase the risk of neonatal asphyxia.

Keywords second fetus liberalization policy; scarred uterus; second pregnancy; delivery mode; impact

瘢痕子宫即子宫有大的瘢痕, 是既往有子宫手术史并经组织修复形成的, 由于临床剖宫产率和子宫肌瘤等疾病发生率居高不下, 导致瘢痕子宫愈发多见^[1]。一般来说瘢痕子宫妇女不易怀孕, 一旦怀孕也存在较大的妊娠风险, 比如子宫破裂、宫外孕等, 因此目前产科普遍选择剖宫产分娩, 有助于解除难产和母婴危险状态, 但盲目剖宫产也存在诸多弊端, 比如手术创伤较大、产褥期感染率较高等^[2-3]。2016年1月1日我国正式实施“二胎全面放开”政策, 产科中瘢痕子宫再次妊娠孕妇数量有一定增多, 关于分娩方式的合理选择引起产科工作者的高度重视^[4]。本研究选取106例瘢痕子宫再次妊娠孕妇为研究对象, 旨在探讨不同分娩方式对母婴结局及住院情况的影响。

1 对象与方法

1.1 对象

选取2017年5月至2018年12月成都市成飞医院妇产科收治的106例瘢痕子宫再次妊娠孕妇为研究对象, 年龄22~39(29.61±4.28)岁; 孕周34~42(38.20±3.06)周; 剖宫产次数1~2(1.27±0.19)次; 距离上次剖宫产手术时间13个月~7年3个月[(3.97±1.25)年]。本研究经成都市成飞医院医学伦理委员会审核批准。孕妇纳入标准: 均有剖宫产史; 均因剖宫产手术导致子宫处形成瘢痕; B超检查均提示单胎妊娠; 孕周≥34周; 孕妇及家属对本研究知情同意。排除首次剖宫产术后子宫切口感染或切口愈合不良、患有严重妊娠并发症或合并症、精神意识或沟通障碍者。

1.2 方法

产妇待产期均接受常规腹围、胎位、胎心和

内诊、肛诊等检查, 观察产妇宫颈成熟度、软产道和胎先露高低等, 超声检查子宫瘢痕厚度情况等。产科医师结合孕妇个人意愿和分娩指征评估结果等选择分娩方式, 根据孕妇最终分娩方式不同分为阴道分娩组与剖宫产组。

1.2.1 阴道分娩组

经评估具备阴道试产指征的孕妇经积极沟通均接受阴道试产, 阴道试产指征具体包括: 1)前次剖宫产手术采用子宫下段横切口, 且未出现产后出血和切口感染、切口愈合不良等; 2)本次妊娠距离前次剖宫产手术时间≥2年; 3)超声检查显示产妇宫颈成熟和子宫肌壁完整, 骨盆横径大, 子宫前壁下段无缺损或变薄, 子宫瘢痕厚度≥4 mm; 4)胎儿体重产前预估<3 800 g。同时成都市成飞医院具备急诊中转剖宫产的医疗条件, 能立即麻醉, 急诊剖宫产手术人员可迅速到场, 充分做好阴道试产失败的应急处理准备, 确保母婴分娩安全。

1.2.2 剖宫产组

经评估不具备阴道试产指征的孕妇接受常规剖宫产术分娩, 剖宫产术指征具体包括: 1)子宫破裂史; 2)曾行常规或T形切口或广泛经子宫底手术; 3)前次剖宫产手术出现产后出血、切口愈合不良或切口感染等情况; 4)剖宫产次数≥2次, 或本次妊娠距离前次剖宫产术时间<2年; 5)超声检查发现胎盘位于子宫瘢痕处, 子宫瘢痕厚度<4 mm或子宫前壁下段变薄明显。

1.3 手术处理

剖宫产组按常规步骤进行, 腹壁切开行腹腔探查, 剪开膀胱并反折腹膜, 熟练切开子宫后娩出胎儿。阴道分娩组分娩时密切观察产程, 注意第二产程时可根据需要适当选用胎头吸引或产

钳助产和使用缩宫素帮助子宫收缩, 切忌加用腹压, 以免造成子宫破裂。胎儿娩出后肌注缩宫素 10 U 加强子宫宫缩, 做好产后止血处理等。若产程中出现胎儿窘迫、先兆性子宫破裂等危险异常情况, 需即刻中转急诊剖宫产。

1.4 观察指标

观察阴道分娩组成功分娩情况, 即阴道试产成功率; 统计两组产时和产后 2 h 出血量, 观察两组孕妇产褥感染和新生儿 5 min 窒息(根据 Apgar 评分判定)发生情况, 统计住院时间、住院费用等。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 22.0 软件进行数据分析, 满足正态分布和方差齐性后的计量资料用均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)描述, 组间相比行独立 t 检验; 计数资料用例(%)描述, 组间行 χ^2 检验。设置检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组分娩方式选择及手术完成情况

在 106 例瘢痕子宫再次妊娠孕妇中, 经阴道试产 38 例占 35.85% (38/106), 其中 33 例

(86.84%, 33/38) 阴道成功分娩, 5 例 (13.16%, 5/38) 试产失败中转剖宫产, 失败原因: 胎儿窘迫 2 例, 产程延缓 2 例, 先兆性子宫破裂 1 例。5 例中转剖宫产术孕妇在急诊剖宫产手术人员迅速处理下均成功完成手术。为最大追求研究结果的科学性和尽量避免偏倚, 本文将 5 例阴道试产失败孕妇予以剔除。最终根据选择分娩方式分组, 阴道分娩组 33 例, 剖宫产组 68 例。经比较, 两组孕妇年龄、身高、体重和孕周方面差异均无统计学意义 ($P>0.05$, 表 1)。

2.2 不同分娩方式孕妇相关指标比较

阴道分娩组产时和产后 2 h 出血量均低于剖宫产组, 差异有统计学意义 ($P<0.01$, 表 2)。

2.3 不同分娩方式孕妇产褥期感染、新生儿窒息情况比较

两组新生儿 5 min 窒息情况差异无统计学意义 ($P>0.05$), 阴道分娩组产褥期感染率低于剖宫产组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$, 表 3)。

2.4 不同分娩方式住院时间和住院费用比较

阴道分娩组住院时间和住院费用均低于剖宫产组, 差异有统计学意义 ($P<0.01$, 表 4)。

表 1 两组孕妇基线资料比较

Table 1 Comparison of baseline data between the 2 groups

组别	<i>n</i>	年龄/岁	身高/cm	体重/kg	孕周
剖宫产组	68	30.48 \pm 3.97	161.50 \pm 4.67	59.85 \pm 6.27	38.13 \pm 3.02
阴道分娩组	33	30.39 \pm 4.12	160.39 \pm 4.72	60.14 \pm 6.30	38.17 \pm 3.13

表 2 两组分娩相关情况比较

Table 2 Comparisons of childbirth-related conditions between the 2 groups

组别	<i>n</i>	产程时间/h	产时出血量/mL	产后 2 h 出血量/mL
剖宫产组	68	—	1 241.35 \pm 276.23	281.73 \pm 91.57
阴道分娩组	33	6.03 \pm 1.25	730.52 \pm 193.24**	132.84 \pm 72.40**

与剖宫产组相比, ** $P<0.01$ 。

Compared with the cesarean section group, ** $P<0.01$.

表3 两组孕妇产褥期感染、新生儿窒息情况比较

Table 3 Comparison of puerperal infection and neonatal asphyxia between the 2 groups

组别	n	产褥期感染/[例(%)]	新生儿5 min Apgar/[例(%)]		
			无窒息	轻度窒息	重度窒息
剖宫产组	68	12 (17.65)	59 (86.77)	8 (11.76)	1 (1.47)
阴道分娩组	33	1 (3.03)*	29 (87.88)	4 (12.12)	0 (0.00)

与剖宫产组相比, * $P < 0.05$ 。

Compared with the cesarean section group, * $P < 0.05$.

表4 两组孕妇住院时间和住院费用比较

Table 4 Comparison of hospitalization time and hospitalization expenses between the 2 groups

组别	n	住院时间/d	住院费用/元
剖宫产组	68	11.85 ± 2.73	3 947.36 ± 529.64
阴道分娩组	33	3.02 ± 0.67 [#]	2 161.52 ± 381.40**

与剖宫产组相比, ** $P < 0.01$ 。

Compared with the cesarean section group, ** $P < 0.01$.

3 讨论

以往受产科医疗技术水平条件限制和剖宫产指征的放宽, 大多数产科医师处理瘢痕子宫再次妊娠孕妇时仍会遵循“一次剖宫产, 永远剖宫产”的传统观点, 导致此类孕妇剖宫产率常年居高不下^[5]。近些年产科分娩技术及理念的不断进步和剖宫产弊端的逐渐显现, 尤其是2016年我国正式施行“全面放开二胎政策”后, 产科中瘢痕子宫再次妊娠孕妇愈发多见, 人们开始反思此类孕妇盲目剖宫产的利弊得失, 关于合理分娩方式的选择成为妇产科领域的研究热点^[6-7]。

瘢痕子宫再次妊娠孕妇分娩方式的选择尚存在一定争议, 有观点^[8-9]认为许多中基层医院医疗条件有限, 不仅无法精准测量瘢痕子宫再次妊娠孕妇的瘢痕厚度, 导致分娩时子宫内压存在诸多不确定性, 而且也不具备阴道试产失败后中转剖宫产的能力, 出于安全风险考虑, 仍宜采用剖宫产术分娩。但也有报道^[10-11]指出: 此类孕妇再次行剖宫产分娩的手术风险并不低于阴道试产, 腹腔粘连可增加手术难度和脏器损伤风险等, 而且继发性子宫收缩乏力也增加产后出血、羊水栓塞等风险。因此在掌握、熟练分娩技术和借助B超、胎心监护仪器等设备条件下, 阴道试产不失为一种参考选择^[12]。

瘢痕子宫再次妊娠孕妇分娩方式的选择应结合个人意愿和临床指征, 其中予以详细的产科检查评估是否具备阴道试产指征是关键, 减少盲目的剖宫产和失败的阴道试产^[13]。本研究谨慎评估后有38例接受阴道试产, 仅有5例试产失败, 成功率达86.84%, 略高于文献^[14]报道的84.86%, 说明瘢痕子宫再次妊娠孕妇具备阴道试产指征时, 阴道分娩成功率较高, 这对减少不必要的剖宫产并发症有利。本研究显示阴道分娩组产时、产后2 h出血量、产褥期感染率、住院时间和住院费用均明显低于剖宫产组($P < 0.05$), 和研究^[15-16]报道的结果相吻合, 也体现出阴道分娩的优势, 对改善分娩结局、缩短住院时间和节约住院费用效果较好, 体现出医学价值和经济价值。两组新生儿5 min窒息情况差异无统计学意义, 说明具备阴道试产指征的瘢痕子宫再次妊娠孕妇行阴道分娩不会增加新生儿窒息风险, 安全性得到肯定^[17]。值得强调的是, 具备阴道试产指征的孕妇阴道试产成功并不意味着该分娩方式无手术风险或手术风险显著降低, 而是试产过程中需要密切观察孕妇面色和监测体征、胎心和产程情况, 合理使用助产工具和缩宫剂等, 力求将风险降到最低^[18]。若孕妇不具备阴道试产指征, 或产时出现产程停滞/延缓、胎儿窘迫以及先兆性子宫破裂, 需即刻中转剖宫产完成分娩^[19-20]。

综上所述, 瘢痕子宫再次妊娠孕妇的分娩方式需谨慎确定, 对具备阴道分娩指征的孕妇应积极与之沟通接受阴道分娩, 可减少不必要的盲目剖宫产和改善分娩结局, 对具备剖宫产指征或阴道试产失败的孕妇仍采用剖宫产术分娩。临床实际中应谨慎考虑和灵活处理, 努力改善此类孕妇的分娩结局。

参考文献

1. 屈在卿, 马润玫, 杜明钰, 等. 剖宫产瘢痕子宫妊娠孕中期引产方法的探讨[J]. 实用妇产科杂志, 2016, 32(1): 77-79.
QU Zaiqing, MA Runmei, DU Mingyu, et al. Discussion on the method of induced labor in the second trimester of pregnancy with cesarean scar uterus[J]. Journal of Practical Gynecology and Obstetrics, 2016, 32(1): 77-79.
2. 贾书方, 李静, 杨春华. 瘢痕子宫产妇产二次剖宫产并发症发生情况与及非瘢痕子宫剖宫产的对照研究[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(1): 65-66.
JIA Shufang, LI Jing, YANG Chunhua. Complications of second cesarean section for scarred uterus and a comparative study with non-scarred uterus[J]. Maternal & Child Health Care of China, 2016, 31(1): 65-66.
3. Litorp H, Rööst M, Kidanto HL, et al. The effects of previous cesarean deliveries on severe maternal and adverse perinatal outcomes at a university hospital in Tanzania[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2016, 133(2): 183-187.
4. 张辰晨, 刘玲. 瘢痕子宫再次妊娠阴道试产的可行性、条件及其影响因素[J]. 武警医学, 2016, 27(7): 746-750.
ZHANG Chenchen, LIU Ling. Feasibility, conditions and influencing factors of vaginal trial delivery of scar uterine repregnancy[J]. Medical Journal of the Chinese People's Armed Police Forces, 2016, 27(7): 746-750.
5. 张静涛, 张蕊, 贾蕊莉, 等. 剖宫产术后瘢痕子宫再次足月妊娠阴道分娩240例临床分析[J]. 陕西医学杂志, 2016, 45(5): 583-584.
ZHANG Jingtao, ZHANG Rui, JIA Ruili, et al. Clinical analysis of 240 cases of full-term vaginal delivery with scarred uterus after cesarean section[J]. Shaanxi Medical Journal, 2016, 45(5): 583-584.
6. 王丽静. 瘢痕子宫再次妊娠的风险研究及其对妊娠结局的影响[J]. 北京医学, 2016, 38(1): 92-94.
WANG Lijing. Risk study of second pregnancy of scarred uterus and its effect on pregnancy outcome[J]. Beijing Medical College, 2016, 38(1): 92-94.
7. 李莎莎, 任并斌. 瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的选择[J]. 山西医药杂志, 2017, 46(20): 2476-2478.
LI Shasha, REN Bingbin. Choice of delivery mode for scarred uterus with second pregnancy[J]. Shanxi Medical Journal, 2017, 46(20): 2476-2478.
8. 周圣涛, 张力. 瘢痕子宫妊娠阴道试产的研究进展[J]. 中华妇产科杂志, 2015, 50(4): 305-308.
ZHOU Shengtao, ZHANG Li. Research progress on vaginal delivery of scarred uterine pregnancy[J]. Chinese Journal of Obstetrics and Gynecology, 2015, 50(4): 305-308.
9. 陈淑芳, 张晨, 陈焱, 等. 基于“二胎”再育趋势的产科安全影响因素分析及对策探讨[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2016, 36(5): 742-746.
CHEN Shufang, ZHANG Chen, CHEN Yan, et al. Analysis of factors influencing obstetric safety based on the trend of “second child” reproduction and discussion of countermeasures[J]. Journal of Shanghai Jiaotong University. Medical Edition, 2016, 36(5): 742-746.
10. 田恬, 谢兰. 高危妊娠管理[J]. 实用医院临床杂志, 2016, 13(6): 16-18.
TIAN Tian, XIE Lan. High-risk pregnancy management[J]. Journal of Clinical Practical Hospital, 2016, 13(6): 16-18.
11. 关铮. 剖宫产瘢痕妊娠[J]. 医学与哲学, 2017, 15(10): 11.
GUAN Zheng. Cesarean scar pregnancy[J]. Medicine and Philosophy, 2017, 15(10): 11.
12. 吴素勤, 王鹰, 舒志明, 等. 疤痕子宫再次妊娠分娩方式的危险因素分析[J]. 中国临床药理学杂志, 2017, 33(7): 662-664.
WU Suqin, WANG Ying, SHU Zhiming, et al. Risk factors analysis of the mode of delivery in scarred uterus with second pregnancy[J]. The Chinese Journal of Clinical Pharmacology, 2017, 33(7): 662-664.
13. 郑玉玲, 汪涵, 宋启敏, 等. 瘢痕子宫再次妊娠患者下段肌壁厚度及分娩间隔时间与阴道试产结局的关系[J]. 中华全科医学, 2017, 15(8): 1451-1453.
ZHENG Yuling, WANG Han, SONG Qimin, et al. The relationship between the thickness of lower muscle wall and the interval between delivery and the outcome of vaginal delivery in patients with scarred uterus pregnancy[J]. Chinese General Practice, 2017, 15(8): 1451-1453.
14. 王安, 徐优文, 吴晓荣. 剖宫产术后瘢痕子宫再次妊娠阴道分娩的可行性研究[J]. 西部医学, 2017, 29(5): 666-669.
WANG An, XU Youwen, WU Xiaorong. Feasibility study of vaginal delivery after cesarean section with scarred uterus[J]. Medical Journal of West China, 2017, 29(5): 666-669.
15. 高世华. 剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠孕妇接受阴道试产的影响因素及不同模式分娩的妊娠结局分析[J]. 中国妇幼保健, 2017, 32(11): 2341-2344.
GAO Shihua. Influencing factors of vaginal trial delivery for pregnant women with scarred uterus after cesarean section and analysis of pregnancy outcomes of different delivery modes[J]. China Maternal and Child Health Care, 2017, 32(11): 2341-2344.

16. 余亚婷, 汪涵, 宋启敏, 等. 高频超声检查在瘢痕子宫再次妊娠晚期患者分娩方式选择中的应用价值[J]. 中华全科医学, 2017, 15(9): 1629-1631.
YU Yating, WANG Han, SONG Qimin, et al. The value of high frequency ultrasound in the selection of delivery mode for patients with scarred uterus in the third trimester of pregnancy[J]. Chinese Journal of General Practice, 2017, 15(9): 1629-1631.
17. 刘伟武, 罗宇迪, 李云端, 等. 气囊仿生助产术在瘢痕子宫再次妊娠阴道分娩中的临床应用[J]. 广西医学, 2018, 40(12): 1364-1366.
LIU Weiwu, LUO Yudi, LI Yunduan, et al. Clinical application of balloon bionic midwifery in vaginal delivery of second pregnancy in scarred uterus[J]. Guangxi Medical Journal, 2018, 40(12): 1364-1366.
18. 刘婉利, 程贤英. 剖宫产术后瘢痕子宫再次妊娠分娩方式分析[J]. 解放军预防医学杂志, 2017, 35(10): 1267-1269.
LIU Wanli, CHENG Xianying. Analysis of delivery mode of scarred uterus after cesarean section[J]. Journal of Preventive Medicine of Chinese People's Liberation Army, 2017, 35(10): 1267-1269.
19. 刘晓华, 续云芳. 剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩的母婴结局[J]. 中国性科学, 2017, 26(10): 110-112.
LIU Xiaohua, XU Yunfang. Maternal and infant outcomes of vaginal delivery of scarred uterus after cesarean section[J]. Chinese Journal of Human Sexuality, 2017, 26(10): 110-112.
20. 李晓华, 权祥菊. 瘢痕子宫再次妊娠阴道分娩的安全性及阴道试产的适应证[J]. 检验医学与临床, 2018, 15(3): 397-399.
LI Xiaohua, QUAN Xiangju. Safety of vaginal delivery in second pregnancy of scarred uterus and indications for vaginal trial delivery[J]. Laboratory Medicine and Clinical, 2018, 15(3): 397-399.

本文引用: 任维, 冯浩流, 李畅. “二胎全面放开”背景下瘢痕子宫再次妊娠孕妇的分娩方式[J]. 临床与病理杂志, 2019, 39(8): 1711-1716. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2019.08.016

Cite this article as: REN Wei, FENG Haoliu, LI Chang. Delivery mode of pregnant women with scarred uterus in the background of “full liberalization of second fetus” [J]. Journal of Clinical and Pathological Research, 2019, 39(8): 1711-1716. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2019.08.016