

疤痕子宫再次妊娠分娩方式临床分析

王新艳, 苏琳, 朱韞春

(南京医科大学附属妇产医院, 江苏 南京 210004)

[摘要] 目的:观察剖宫产后疤痕子宫再次妊娠不同分娩方式,探讨疤痕子宫阴道试产的安全性,降低剖宫产率。方法:选取疤痕子宫足月妊娠产妇 430 例,分娩方式包括再次剖宫产及阴道分娩(vaginal birth after cesarean, VBAC),比较不同分娩方式产妇的分娩结果,并比较疤痕子宫阴道试产产妇与随机选取的同期 100 例非疤痕子宫阴道试产初产妇的分娩结果。结果:430 例疤痕子宫有 90 例选择阴道试产,成功 80 例,疤痕子宫再次剖宫产组出血量、住院费用、住院天数明显多于疤痕子宫阴道分娩组,差异有统计学意义,而 90 例疤痕子宫阴道试产组与 100 例非疤痕子宫阴道试产组在产程、出血量、新生儿评分等方面无统计学差异。结论:严格掌握阴道试产指征后疤痕子宫选择阴道试产是可行的。

[关键词] 疤痕子宫;分娩方式;阴道试产

[中图分类号] R714.3

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2016)10-1233-04

doi: 10.7655/NYDXBNS20161018

随着二孩政策放开,越来越多的家庭选择二孩,很多既往有剖宫产史的妇女再次妊娠,而这些再次妊娠的孕妇采取何种方式分娩成了当前产科医生们极为关注的问题,为了避免风险大多数孕妇放弃阴道试产选择再次剖宫产,又进一步提高了剖宫产率,本研究收集本院 430 例剖宫产术后再次妊娠产妇及同期 100 例非疤痕子宫阴道试产初产妇资料,总结和探讨疤痕子宫再次妊娠的分娩方式。

1 对象和方法

1.1 对象

选取本院产科 2014 年 1 月—2016 年 3 月住院分娩的剖宫产术后再次妊娠产妇 430 例,均仅有 1 次剖宫产史,前次均非试产失败,前次剖宫产指征不存在,此次妊娠未出现新的剖宫产指征,无严重妊娠合并症和并发症,年龄在 22~41 岁间,平均 30 岁,孕周 37~41 周,平均 38.6 周。同时随机抽取同时期分娩的非疤痕子宫妊娠初产妇 100 例,无剖宫产指征,无严重妊娠合并症、合并症,无头盆不称,年龄在 22~41 岁间,平均 30 岁,孕周 37~41¹⁵ 周,平均 38.8 周,其中 94 例行分娩镇痛。

疤痕子宫产妇分为阴道试产组和再次剖宫产组,经阴道试产条件为^[1]:①仅 1 次剖宫产术,手术切口为子宫下段横切口,切口愈合良好;②前次剖宫产指征不存在,此次未发现新的剖宫产指征;③无严重的妊娠合并症及并发症;④无头盆不称;⑤产前超声检查子宫下段无疤痕缺陷;⑥充分告知风

险,知情同意并签署阴道分娩同意书。符合条件选择阴道试产者 90 例,有 85 例行分娩镇痛。其余 340 例为疤痕子宫再次剖宫产组。疤痕子宫再次剖宫产和阴道试产产妇的年龄、孕周比较差异无统计学意义;疤痕子宫阴道试产组和非疤痕子宫阴道试产组的产妇年龄、孕周及分娩镇痛率均无显著差异($P > 0.05$)。

1.2 方法

记录疤痕子宫再次剖宫产组和阴道试产组产妇的产时出血量、产后 24 h 出血量、新生儿 5 min Apgar 评分、产褥病率、住院费用、住院时间、阴道试产组产程、剖宫产率等。

出血量的测量采用容积法、称重法和面积法,容积法:剖宫产手术统计吸液器中血液量,经阴道分娩者于羊水流尽后产妇臀部放置积血盆,测量积血量;称重法:失血量=分娩后敷料重-分娩前敷料重/1.05(血液密度 1.05 kg/L);面积法:血液浸湿敷料面积按 10 cm × 10 cm 相当于 10 mL 失血量。

1.3 统计学方法

采用 SPSS 19.0 统计软件分析,计量数据用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验或 Fisher's 精确检验, $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疤痕子宫再次剖宫产组和阴道试产组的相关指标比较

疤痕子宫剖宫产组及阴道试产组比较产时出

血量、产后24 h出血量、住院天数、住院费用等差异均有统计学意义($P < 0.01$),疤痕子宫再次剖宫产组产时出血量和产后24 h出血量均大于阴道试产组,住院天数及住院费用均明显高于阴道试产组。新生儿5 min Apgar评分、产褥病率无明显差异(表1)。

2.2 疤痕子宫阴道试产组和非疤痕子宫阴道试产组的相关指标比较

90例疤痕子宫阴道试产成功80例,10例转剖宫产,试产成功率89%。试产病例中无子宫破裂,无新生儿重度窒息发生。非疤痕子宫阴道试产组100例,转剖宫产10例,试产成功率90%,两组试产成功率比较差异无统计学意义。

两组在第一产程、第二产程、第三产程、产时出血量、产后24 h出血量、剖宫产率、新生儿Apgar评分方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$,表2)。

表1 疤痕子宫再次剖宫产组与阴道试产组相关指标比较

分组	例数	产时出血量(mL)	产后24 h出血量(mL)	Apgar评分(分)	产褥病(例)	住院天数(d)	住院费用(元)
阴道试产组	90	272.71 ± 59.70	394.45 ± 72.90	9.97 ± 0.23	1	3.02 ± 0.20	4 920.60 ± 668.30
再次剖宫产组	340	475.72 ± 155.73	606.08 ± 159.42	9.97 ± 0.22	3	6.01 ± 0.25	6 845.72 ± 2 395.12
<i>t</i> 值		-12.128	-12.257	-0.257	-	-105.364	-7.537
<i>P</i> 值		<0.01	<0.01	0.797	1.000 ^a	<0.01	<0.01

^a应用Fisher's精确检验。

表2 疤痕子宫阴道试产组与非疤痕子宫阴道试产组相关指标比较

分组	例数	第一产程(h)	第二产程(min)	第三产程(min)	产时出血量(mL)	24 h出血量(mL)	Apgar评分(分)	转剖宫产(例)
疤痕子宫组	90	6.15 ± 3.15	35.40 ± 21.12	9.80 ± 4.02	272.52 ± 60.73	391.92 ± 76.32	9.95 ± 0.27	10
非疤痕子宫组	100	6.41 ± 2.89	35.10 ± 16.61	9.45 ± 3.31	269.86 ± 42.60	401.52 ± 43.73	9.94 ± 0.27	10
<i>t</i> 或 χ^2 值		-0.549	0.080	2.343	0.343	-1.015	0.132	0.062
<i>P</i> 值		0.584	0.937	0.571	0.732	0.311	0.895	0.803

3 讨论

近年来由于剖宫产手术方式不断改进,麻醉效果逐渐优化,加之孕妇害怕宫缩痛,担心新生儿风险等社会因素,剖宫产率逐渐上升,剖宫产后的再次妊娠率亦随之增加^[2]。剖宫产后再次妊娠分娩方式的选择成为热点,而其能否经阴道试产一直是产科医师的棘手问题。

由于疤痕子宫产妇一旦发生子宫破裂可造成极其严重的后果,故在当前的医疗环境下产科医生为减少医患矛盾多倾向于剖宫产手术,在医患沟通时也多强调子宫破裂风险,增加了孕妇对剖宫产的意愿,并且由于手术及麻醉技术的提高,剖宫产手术安全性得到认可,这些都增加了疤痕子宫再次妊娠的剖宫产率。但是重复剖宫产与初次剖宫产相比,在手术时间、产后出血量、术后感染、住院时间、住院费用、并发症等方面均高于初次剖宫产,增加了经济负担,浪费卫生资源。而阴道分娩过程中因胎儿经阴道挤压,减少了湿肺、呼吸窘迫综合征等疾病的发生,故具备阴道试产条件的疤痕子宫孕妇进行阴道试产是必要的。把既往剖宫产史当成剖宫产绝对

指征,“一次剖宫产,永远剖宫产”已经不再适用于临床。据报道74%剖宫产后选择阴道分娩(vaginal birth after cesarean, VBAC)的孕妇能试产成功^[3]。

具有剖宫产史孕妇若再次妊娠选择经阴道试产,最大的风险是子宫破裂,随着孕周的增加,宫腔内压力逐渐增大,子宫下段渐渐变薄,若子宫肌层厚薄不均,不连续甚至缺损,则可导致子宫破裂,出现极其严重后果,直接威胁母婴安全^[4]。根据回顾性的研究,既往子宫手术史尤其是剖宫产手术史被认为是发生妊娠期子宫破裂最重要的危险因素^[5]。剖宫产后再次妊娠与子宫破裂有关的因素包括既往剖宫产的次数、前次早产剖宫产、2次分娩的时间间隔、子宫缝合方法等。有Meta分析显示,有过1次剖宫产史的孕妇再次妊娠时发生子宫破裂的风险较有2次剖宫产史的孕妇低^[6]。英国的1项病例对照研究表明剖宫产后再次妊娠阴道试产子宫破裂的风险会随着此前剖宫产次数的增加而增加^[7]。因此,2004年ACOG就不建议有过2次剖宫产史的孕妇阴道试产,除非同时有成功的阴道分娩史。有研究显示,与>24个月相比,分娩时间间隔<24个月会使再次妊娠子宫破裂风险增加2~3倍。有研究发现不

同的缝合方法对日后再次妊娠子宫破裂也有影响。目前有结论表明单层缝合是导致子宫破裂最重要的因素之一^[8]。而另一项研究分析得出的结论却是单层或双层连续缝合后再次妊娠发生子宫破裂的风险并无明显差异^[9-10]。

疤痕子宫孕妇选择经阴道试产要经过严格筛选, 首先应详细了解其既往剖宫产手术指征、施术时间、地点、术式、新生儿体重及术后有无感染、出血等异常情况。有报道称距离前次剖宫产时间间隔最好 2~3 年。本院共有 90 例疤痕子宫孕妇选择阴道试产, 距前一次剖宫产手术最短时间 1 年, 最长 23 年, 大部分在 2~10 年。另外前次剖宫产指征主要为胎位不正、社会因素、脐带因素、胎儿窘迫、巨大儿、重度子痫前期、妊娠期肝内胆汁淤积等, 且前次的手术指征此次妊娠均不存在, 前次手术均为子宫下段横切口, 由于疤痕子宫再次妊娠者前次多非本院手术, 故子宫缝合方法大部分孕妇无法提供。对有阴道试产意愿且符合试产条件的疤痕子宫再次妊娠者, 设立单独的疤痕子宫高危妊娠门诊、麻醉门诊、产前助产士门诊, 从孕前咨询、孕早期检查、建围产保健卡初期即进行严格管理, 饮食指导, 合理控制体重, 分别于妊娠 36、38 周 B 超了解子宫疤痕的情况; 评估胎儿大小, 排除头盆不称者。现在学者对疤痕厚度预测子宫破裂的意义有分歧, 既往较多专家把疤痕厚度作为评估能否经阴道试产的指标之一。Uharcek 等^[11]认为子宫疤痕厚度 $<2.5\text{ mm}$ 是子宫破裂的高危因素, 也有学者认为能安全经阴道分娩的子宫疤痕厚度应该 $>3\text{ mm}$ ^[12], 李学和等^[13]报道 26 例疤痕厚度 $<3\text{ mm}$ 的病例中, 有 4 例发生先兆子宫破裂或子宫破裂。但目前大多数 B 超医生不建议以疤痕厚度来作为预测指标, 考虑疤痕测量因膀胱充盈度、羊水量、胎动、检查者技术等影响, 疤痕厚度难以准确测量, 故建议 B 超检查时观察疤痕部位的连续性, 如连续性有中断, 需考虑有疤痕破裂可能。本组疤痕子宫阴道试产的孕妇 B 超检测疤痕厚度最厚 5.0 mm, 最薄 1.8 mm, 平均 2.8 mm, 故 B 超提示疤痕厚度 $>2\text{ mm}$, 有阴道试产条件者, 若患者有试产意愿, 可告知风险后阴道试产, 若疤痕厚度 $<2\text{ mm}$, 需充分告知风险, 患者及家属坚决要求试产者, 可选择阴道试产, 本院有 2 例疤痕厚度 $<2\text{ mm}$ 者试产成功。但阴道试产失败者转行剖宫产手术时多见子宫下段菲薄, 故如能在进入产房后 B 超检查疤痕情况将会提供更多的安全。

临产后再次由高年资的产科医师充分评估排

除头盆不称, 90 例产妇中有 20 例前次行剖宫产术的原因是对分娩痛的恐惧, 故有 85 例行分娩镇痛, 实施分娩镇痛后患者痛苦减轻, 增加了分娩信心, 同时分娩镇痛麻醉对施行紧急剖宫产提前提供了麻醉准备, 有疤痕子宫妊娠产妇分娩时需有助产士、产科医生、麻醉医生、儿科医生团队做好抢救准备。本院产房单独设立紧急剖宫产的手术间, 一旦发生先兆子宫破裂可及时行开腹手术。产程中密切观察宫缩、胎心率、宫口扩张、先露下降, 做好产程图, 警惕有无病理性缩复环形成, 有无下腹部压痛、胎心率异常和血尿等先兆子宫破裂的临床表现, 出现先露下降不明显, 产程停滞时, 放宽剖宫产指征。

即使第一产程进展顺利, 疤痕子宫经阴道试产在第二产程仍需严密监测, 尤其在患者使用腹压时务必不可用暴力, 绝对禁止加用腹压。在第三产程做好预防产后出血的措施, 分娩后仔细检查胎盘与胎膜是否完整, 宫颈有无裂伤, 对于分娩后胎盘娩出困难者, 严格掌握指征, 适时行人工剥离胎盘术, 剥离胎盘动作务必不可暴力, 以免增加子宫破裂机会, 对于胎盘自然剥离者, 是否行宫腔探查术, 尚无定论, 既往曾有观点建议疤痕子宫产妇胎盘娩出后常规探查宫腔, 了解有无子宫破裂, 但也有人认为探查宫腔增加了感染及子宫破裂的风险。考虑即使有不完全子宫破裂, 如分娩后子宫收缩好, 多无并发症发生, 故本院自然娩出胎盘完整者, 均未行宫腔探查术, 产后均无相关子宫破裂、晚期产后出血发生。

本研究中疤痕子宫产妇阴道试产均为自然临产, 故宫颈成熟度高, 宫颈成熟度是阴道分娩成功的重要因素, 而对于符合阴道试产的疤痕子宫孕妇, 促宫颈成熟问题仍是一个亟需解决的问题。现促宫颈成熟治疗多用催产素、欣普贝生、宫颈扩张球囊等, 而对于疤痕子宫孕妇使用促宫颈成熟治疗方法的研究比对极少报道, 而如果有合适的促宫颈成熟的方法, 将有更多的疤痕子宫孕妇选择阴道试产, 因为有孕妇因为宫缩未自然发动, 而催产相对又有风险, 往往会选择再次剖宫产。

文献报道我国疤痕子宫再次妊娠经阴道分娩的成功率 60%~80%, 本研究疤痕子宫经阴道分娩成功率 89%(80/90), 较文献报道明显提高, 考虑与本院对疤痕子宫拟行阴道分娩者, 加强产前、产时、产后管理, 加强沟通, 对阴道试产适应证的严格把控有关, 对不适宜阴道试产的孕妇及时建议再次剖宫产提高了 VBAC 的成功率, 避免子宫破裂及新生儿

重度窒息的发生。在注意倡导自然分娩,降低剖宫产率同时,需预防VBAC并发症,避免出现为了一味强求VBAC成功率,忽视其严重并发症。最主要还是产科医生要严格把握首次剖宫产手术指征,降低剖宫产率。

[参考文献]

[1] 陈敦金,何玉甜. 剖宫产后再次阴道分娩[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2012,28(2):103-104

[2] 戴钟英. 提高阴道分娩安全性,有效降低剖宫产率[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2012,2(28):81-84

[3] King TL. Can a vaginal birth after cesarean delivery be a normal labor and birth? Lessons from midwifery applied to trial of labor after a previous cesarean delivery[J]. Clin Perinatol,2011,38(2):247-263

[4] 毕娟,洪向丽. 超声测量中晚期子宫疤痕前壁下段厚度对阴道试产及先兆子宫破裂的临床意义[J]. 中国计划生育和妇产科,2016,8(5):55-57

[5] Kelly BA,Bright P,Mackenzie IZ. Does the surgical approach used for myomectomy influence the morbidity in subsequent pregnancy? [J]. J Obstet Gynaecol,2008,28(1):77-81

[6] Tahseen S,Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections(VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat(third)caesarean sections[J]. BJOG,

2010,117(1):5-19

[7] Fitzpatrick KE,Kurinczuk JJ,Alfirevic Z,et al. Uterine rupture by intended mode of delivery in the UK;a national case-control study[J]. PLoS Med,2012,9(3):e1001184

[8] Bujold E,Goyet M,Marcoux S,et al. The role of uterine closure in the risk of uterine rupture[J]. Obstet Gynecol,2010,116(1):43-50

[9] Roberge S,Chaillet N,Boutin A,et al. Single-versus double-layer closure of the hysterotomy incision during cesarean delivery and risk of uterine rupture [J]. Int J Gynaecol Obstet,2011,115(1):5-10

[10] Hesselman S,Hogberg U,Ekholm-Selling K,et al. The risk of uterine rupture is not increased with single- compared with double-layer closure;a Swedish cohort study [J]. BJOG,2015,122(11):1535-1541

[11] Uharcek P,Brestansk A,Ravinger J,et al. Sonographic assessment of lower uterine segment thickness at term in women with previous cesarean delivery[J]. Arch Gynecol Obstet,2015,292(3):609-612

[12] 贾莉,周娟,魏霞霞,等.疤痕子宫妊娠妇女经阴道分娩的可行性、安全性和相关危险因素分析[J].现代生物医学进展,2015,33(15):6516-6518

[13] 李学和,郭旻华,金博弘,等.B超检测妊娠晚期子宫下段瘢痕厚度对再次剖宫产的意义[J].实用妇产科杂志,2008,24(9):568-569

[收稿日期] 2016-06-14

(下转第1217页)

中华微生物学和免疫学杂志,2011,31(11):989-993

[10] Kageyama T,Kojima S,Shinohara M,et al. Broadly reactive and highly sensitive assay for Norwalk-like viruses based on real-time quantitative reverse transcription-PCR [J]. J Clin Microbiol,2003,41(4):1548-1557

[11] Kojima S,Kageyama T,Fukushi S,et al. Genogroup-specific PCR primers for detection of Norwalk-like viruses [J]. J Virol Methods,2002,100(1/2):107-114

[12] 方肇寅,谢华萍,吕红霞,等. 1999-2005年我国婴幼儿人杯状病毒腹泻研究[J]. 病毒学报,2007,23(1):9-14

[13] National Institute of Infectious Diseases(NIID). Flash report of norovirus in Japan[R]. Tokyo:2012

[14] Yen C,Wikswa ME,Lopman BA,et al. Impact of an emergent norovirus variant in 2009 on norovirus outbreak activity in the United States[J]. Clin Infect Dis,2011,53(6):568-571

[15] Mcallister G,Holmes A,Garcia L,et al. Molecular epidemiology of norovirus in Edinburgh healthcare facilities, Scotland 2007-2011 [J]. Epidemiol Infect,2012,140(12):2273-2281

[16] Jin M,Xie HP,Duan ZJ,et al. Emergence of the GII4/2006b variant and recombinant noroviruses in China[J]. J Med Virol,2008,80(11):1997-2004

[收稿日期] 2016-05-24