

的差异不明显, $P>0.05$; 乙组孕妇子宫出血量、按摩子宫率、应用促宫缩药率、纱条填塞率和介入治疗率均高于乙 A 组, 差异明显, $P<0.05$ 。见表 1、表 2。

表 1 甲组与甲 A 组孕妇引产结果情况比较						
组别	n	引产成功率 %	胎盘残留率 %	出血量 (ml)	按摩子宫率 %	应用促宫缩药率 %
甲组	18	100.0	22.2	98.3± 35.1	11.1	33.3
甲A组	15	100.0	20.0	85.6± 34.3	6.7	26.7

表 2 乙组与乙 A 组孕妇引产结果情况比较								
组别	n	引产成功率 (%)	胎盘残留率 (%)	出血量 (ml)	按摩子宫率 (%)	应用促宫缩药率 (%)	纱条填塞率 (%)	介入治疗率 (%)
乙组	15	100.0	33.3	480.3± 250.2	26.7	66.7	20.0	6.7
乙A组	15	100.0	26.7	118.5± 69.3	13.3	26.7	6.7	0.0

3 讨论

本研究结果表明, 在中期妊娠并胎盘前置(中央性)孕妇的引产中, 根据孕妇孕周不同分别采取米索前列醇与米非司酮联合引产和腔内注射利凡诺羊膜与米非司酮联合引产, 均有较高的引产成功率, 引产安全性良好。在中期妊娠引产手术中应当了解是否存在胎盘中央性前置、胎盘植入以及子宫瘢痕妊娠, 引产手术期间做好介入治疗、药物促宫缩、子宫切除以及宫腔填塞等工作对于提高引产质量极为关键[4-9]。

前置胎盘中期妊娠引产如何减少及避免产后出血^[10-12]是临床医生目前面临的比较棘手的问题。传统的方式以剖宫取胎为主, 剖宫取胎对患者损伤大, 使患者面临子宫切除的风险及术后至少避孕 2 年以上等问题, 选择既安全有效, 对再次妊娠又有利的终止妊娠方式对患者及其家庭意义重大。因此, 探讨前置胎盘患者安全引产的方法非常必要。我院在孕周较大的中央性前置胎盘患者引产中, 首先宫内注射利凡诺使胎儿死亡而减少胎盘循环, 再口服米非司酮软化宫颈, 引产期间出血量大时可以钳夹胎盘,

减少出血, 从而避免了剖宫取胎, 减少了孕妇损伤。

参考文献

[1]黄选志,杨琳.子宫动脉栓塞术在中期妊娠完全性胎盘前置引产中的应用[J].当代医学,2013,19(22):100-101
[2]胡浩梅,杨华,楚素炜.中期妊娠并边缘性胎盘前置患者的引产方法及效果[J].山东医药,2013,53(27):65-67
[3]王芬.不同引产方法对中期妊娠不同孕周并边缘性胎盘前置的效果对比[J].大家健康(学术版),2014,8(6):229-230
[4]林芝,王雪春,潘勉.子宫动脉栓塞术在 11 例中期妊娠胎盘前置状态引产中的应用[J].福建医药杂志,2014,36(4):33-36
[5]李晓翠,徐蓓芬,方爱华.107 例胎盘前置状态中期妊娠终止方法探讨[J].生殖与避孕,2011,31(11):780-785
[6]黄毓媛,杨红梅,刘鹏.子宫动脉栓塞术在中期妊娠胎盘前置状态引产前的应用分析[J].中国医学创新,2012,9(11):126-127
[7]钱丹.介入治疗在中期妊娠胎盘前置状态中的应用[J].中国实用医药,2012,7(16):115-116
[8]施素华,凌利,朱珠,等.子宫动脉栓塞术在中期妊娠胎盘前置状态引产中的应用[J].皖南医学院学报,2012,31(3):204-206
[9]王蕴慧.中期妊娠引产胎盘前置的处理[J].中国实用妇科与产科杂志,2012,28(9):663-666
[10]黄碧云.动脉栓塞术治疗中期妊娠前置胎盘产前大出血的临床治疗及其护理研究[J].吉林医学,2014,35(32):7257-7258
[11]肖建英,郭久柏.子宫动脉栓塞术在中期妊娠合并胎盘前置中的应用效果[J].临床合理用药杂志,2014,7(33):96-97
[12]张文森,李云云,陈淑娟,等.动脉栓塞术治疗中期妊娠胎盘前置状态引产中阴道流血 14 例分析[J].实用妇产科杂志,2009,25(5):301-303

(收稿日期: 2015-02-28)

瘢痕子宫再次妊娠不同分娩方式的临床效果观察

漆满华

(江西省宜春市宜丰县中医院妇产科 宜丰 336300)

摘要:目的:对瘢痕子宫再次妊娠孕妇采用不同的分娩方式的妊娠结局进行对比研究。方法:将我院 2012 年 1 月~2014 年 11 月收治的 98 例瘢痕子宫再次妊娠者,根据其具体情况选择经阴道分娩或剖宫产分娩,分为对照组(剖宫产分娩)和观察组(经阴道分娩),其中剖宫产 43 例,经阴道分娩 55 例。对比两种分娩方式的妊娠结局。结果:两种分娩方式的新生儿感染、窒息及颅内出血的发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$),经阴道分娩的观察组产后出血、产褥感染及子宫内膜异位的发生率均显著低于剖宫产分娩的对照组, $P<0.05$,差异均具有统计学意义。结论:对于剖宫产后再次妊娠产妇,如果符合阴道分娩标准,应尽量选择阴道分娩的方式,此分娩方式的安全性比较高,值得临床推广应用。

关键词:瘢痕子宫;妊娠;分娩方式

中图分类号:R719

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.08.020

瘢痕子宫是子宫有较大瘢痕,会对怀孕及分娩造成影响,容易引发宫外孕,甚至会对孕妇的生命健康造成影响^[1]。因此,对于瘢痕子宫再次妊娠患者选择适当的分娩方式具有十分重要的价值。为了更好地

地对瘢痕子宫再次妊娠者的分娩方式进行分析探讨,笔者对我院 2012 年 1 月~2014 年 11 月收治的 98 例瘢痕子宫再次妊娠者的临床资料进行回顾性分析。现总结报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院自 2012 年 1 月~2014 年 11 月收治的 98 例瘢痕子宫再次妊娠者,根据其具体情况分别选择剖宫产或阴道分娩,其中剖宫产 43 例(对照组),年龄 23~43 岁,平均年龄(33.5± 6.2)岁;距上次剖宫产时间 1.4~4.8 年,平均时间(3.1± 1.2)年;其中横切口 2 例,纵切口 41 例。经阴道分娩 55 例(观察组),年龄 22~45 岁,平均年龄(34.2± 6.5)岁;距上次剖宫产时间 2.8~7.4 年,平均时间(3.7± 2.4)年;均为横切口。两组患者在年龄、病情等基本资料方面比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 分娩方式的选择条件 符合下列条件者可进行经阴道分娩^[2]:此次妊娠距上次剖宫产时间 ≥ 2 年;上次剖宫产的切口为子宫下段横切口,无术后切口感染、晚期产后出血、切口愈合不良史;超声检查子宫前壁下段无变薄区及缺损,瘢痕处厚度 4 mm 以上,骨盆径线正常,宫颈成熟度良好,无头盆不称等情况;胎儿预计体重在 3.8 kg 以下;本次无剖宫产指征;自愿选择阴道试产并在知情同意书上签字。符合下列条件者行剖宫产^[3]:上次剖宫产切口为子宫体下端纵形切口;上次剖宫产后出现切口愈合不良、感染、晚期产后出血史等;经超声检测胎盘着床在子宫瘢痕部,子宫前壁下段变薄,或瘢痕部厚度在 4 mm 以下,子宫下段压痛;距离上次剖宫产 2 年以内;前次剖宫产未经阴道试产;不接受阴道试产者。

1.3 分娩方式

1.3.1 观察组 对符合条件的 55 例患者行阴道分娩,产前进行心理指导,消除其紧张、焦虑等不良情绪。第一产程:应密切注意孕妇的心率、血压、宫缩、腹型、宫口开大、先露下降、瘢痕部位压痛等情况,以胎心监护仪监测胎心,并绘制产程图记录产程进展。如果产妇产宫口已经扩张 3 cm,胎儿的头部处在坐骨棘上方 1 cm,可进行人工破膜,并密切关注胎心变化及产妇的羊水性状。若子宫口扩张 4 cm 以下则静脉注射 10 mg 地西泮。第二产程:以产钳或胎头吸引助产缩短产程。胎儿分娩之后,静脉滴注或肌肉注射宫缩素,减少产后的出血量,促进宫缩,并根据产妇情况使用米索前列醇片。胎盘分娩后探查子宫,注意观察子宫瘢痕部位的完整性,如果发现子宫破裂应立即采取紧急处理措施。生产过程如出现先兆性子宫破裂、胎儿窘迫等情况,应立即改为剖宫产。

1.3.2 对照组 进行充分的术前准备,按照上次剖宫产切口选择适当的手术切口进行剖宫产,密切关

注产妇及胎儿的情况,并做好记录。

1.4 观察指标 对比两组新生儿感染、窒息及颅内出血的发生率;对比两组产妇产褥感染、产后出血及子宫内位的发生率。

1.5 统计学处理 所得数据以 SPSS22.0 软件进行处理分析,计数资料进行 χ^2 检验,以例数(%)的形式表示,计量资料进行 t 检验,以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 产妇情况 观察组 55 例产妇经阴道试产成功 49 例,6 例转为剖宫产,阴道试产成功率为 89.09%。经阴道分娩的观察组产后出血、产褥感染及子宫内位的发生率均显著低于剖宫产分娩的对照组, $P<0.05$,差异均具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组产妇情况对比[例(%)]				
组别	n	产后出血	产褥感染	子宫内位异位
观察组	49	4(8.16)	7(14.29)	5(10.20)
对照组	49	17(34.69)	12(24.49)	18(36.73)
χ^2		16.638	12.051	21.152
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 新生儿情况 两组新生儿感染、窒息及颅内出血的发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 两组新生儿情况对比[例(%)]				
组别	n	感染	窒息	颅内出血
观察组	49	5(10.20)	1(2.04)	4(8.16)
对照组	49	6(12.24)	2(4.08)	4(8.16)
χ^2		0.047	0.139	-1.442
P		>0.05	>0.05	>0.05

3 讨论

近年来,随着医学技术及剖宫产技术的迅速发展,剖宫产率逐年升高,使得瘢痕子宫及瘢痕子宫再次妊娠的发病率也相应升高^[4]。因为担心分娩过程中会出现子宫破裂,很多患者及医生都考虑再次进行剖宫产。而研究指出,瘢痕子宫再次妊娠产妇经阴道分娩的成功率为 42%~90%,出现子宫破裂几率约为 1.3%^[5]。本研究中,观察组的分娩成功率为 89.09%,未出现子宫破裂,符合相关文献报道。

瘢痕子宫再次妊娠会受到一定影响,对于孕妇来说,选择合适的分娩方式能够有效缓解痛苦,改善妊娠结局^[6]。本研究结果表明,观察组产妇产后出血、产褥感染及子宫内位异位的发生率均显著低于对照组,两组新生儿的感染、窒息及颅内出血发生率比较无显著性差异。表明对于瘢痕子宫再次妊娠者,只要遵守阴道分娩及再次剖宫产手术指征,就可以行阴道分娩试产。对于条件允许的孕(下转第 42 页)

1%^[4],而近年来随着人口老龄化进程的加快,这一数据在不断地升高,并有趋于年轻化的势态。因此,积极采取有效措施改善青光眼患者视力及视觉状态以提高青光眼患者的生活质量一直是临床上不懈努力探索的课题。

根据青光眼的病理特点,目前临床上主要将青光眼分为闭角型青光眼和开角型青光眼,并主要以开角型青光眼为主。对于该类患者的治疗,传统方式主要为小梁切除术联合人工晶体植入术,具有较高的短期效果,患者治疗后眼压、散光度可明显降低,视力可得到提高,但改善效果不够理想,且长期疗效较差,部分患者在手术后加快白内障的形成,最终使患者再次出现严重的视觉障碍而需要再次接受白内障摘除术治疗,不仅增加了患者的痛苦和经济负担,也难以取得良好的疗效^[5]。

随着近年来医疗水平的提高,临床上通过深入的研究发现,在传统小梁切除术联合人工晶体植入术的基础上同时行白内障摘除术不仅能够获得较好的短期效果和长期效果,同时也可以有效避免二次手术,减轻了患者的痛苦,目前该方式在国内外已得到了广泛的推广^[6]。需要注意的是,为了提高手术效果,减轻患者痛苦,在手术过程中,操作者必须严格按照手术操作规范,并掌握各项注意事项,比如在实施人工晶状体植入术过程中应注意控制切口的大小,因为切口过小会增加植入的难度,而切口过大会导致切口缝线过深、跨度过大,从而会增加结扎松紧度的控制难度,容易造成角膜曲率变化,最终使患者手术后发生较严重的散光症状。根据研究表明,人工晶体植入术后散光的严重程度与切口大小呈正相关关系^[7]。

在本次研究中,试验组开角型青光眼患者应用

了改良小切口白内障摘除术+人工晶体植入术+小梁切除术治疗,手术过程中控制受伤切口不超过 6 mm,有效地避免了由于角膜缘切口过大导致切口缝线的深度过深、跨度过大以及结扎松紧度不符合要求等意外情况,大大降低了因等角膜曲率改变而引起的严重散光后果,同时,患者能够在一个创口下开展二项手术操作。研究结果显示,试验组患者的视力、眼压、散光度分别为(0.76± 0.22)、(1.86± 0.32) kPa、(1.19± 0.98) D,均明显优于治疗前和对照组患者($P<0.05$),与代应辉等^[8]研究结果相符。由此表明,改良小切口白内障摘除术+人工晶体植入术+小梁切除术治疗开角型青光眼具有良好的临床疗效。综上所述,改良的小切口白内障摘除术+人工晶体植入术+小梁切除术治疗开角型青光眼的疗效确切,不仅能明显改善患者视力,还能降低眼压与散光度,值得在临床中推广。

参考文献

[1]张鹏.小切口白内障摘除人工晶体植入术联合小梁切除术治疗青光眼白内障临床分析[J].河北医学,2013,19(7):1018-1021
[2]潘绍新,范峰,王晓红,等.两种手术方式在青光眼术后硬核白内障摘除术中的对比研究[J].临床眼科杂志,2010,18(6):541-543
[3]赵艳辉,李莉洋,祖静.小切口白内障摘除及人工晶状体植入联合青光眼小梁切除术治疗白内障合并青光眼的临床疗效观察[J].医学综述,2013,19(10):1889-1890
[4]古爱平,吴艺.小切口非超声乳化白内障摘除治疗白内障膨胀期继发青光眼[J].广东医学,2010,31(2):195-196
[5]瑚彩虹.不同小切口结合超声乳化白内障摘除人工晶体植入术的临床对比[J].贵阳中医学院学报,2011,33(5):62-63
[6]陈宾,马坚.两种术式联合治疗白内障合并青光眼的疗效分析[J].国际眼科杂志,2013,13(2):363-364
[7]边建军.白内障小切口摘除及人工晶体植入术临床效果观察[J].中国现代医生,2010,48(27):140-140,155
[8]代应辉,高平,王剑锋,等.小切口白内障摘除治疗膨胀期白内障继发青光眼 31 例疗效观察[J].蚌埠医学院学报,2011,36(1):47-48

(收稿日期: 2015-03-17)

(上接第 37 页) 妇经阴道分娩能够有效降低产后出血、产褥感染及子宫内膜异位的发生率,同时也不会升高新生儿感染、窒息及颅内出血的发生率。阴道试产时,医护人员应密切关注孕妇的产程进展、子宫形状、子宫瘢痕部位压痛情况、生命体征及胎心变化情况,在第二产程应合理采用助产技术缩短产程,禁止加用腹压,胎盘娩出后立即检查子宫瘢痕有无裂伤,并合理使用缩宫素减少出血。综上所述,对于条件允许的瘢痕子宫再次妊娠孕妇应首选经阴道分娩,这样不但不会提高新生儿感染、窒息及颅内出血的发生率,也能够有效降低产后出血、产褥感染及子宫内膜异位的发生率,值得临床推广应用。

参考文献

[1]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
[2]花茂方.150 例瘢痕子宫再度妊娠自然分娩的产科风险评估[J].中国妇幼保健,2013,28(8):1246-1248
[3]肖忠群,雷秀英.瘢痕子宫再次妊娠 500 例临床分析[J].河北医学,2012,18(9):1240-1242
[4]吴逢霞,周新娥.瘢痕子宫再次妊娠不同分娩方式的研究[J].现代临床医学,2014,40(3):183-184
[5]陈诚,常青,王琳.剖宫产术后再次妊娠不同分娩方式的探讨[J].实用妇产科杂志,2012,28(4):278-281
[6]申恒春.剖宫产术后瘢痕子宫再次妊娠 93 例分娩方式探讨[J].实用妇产科杂志,2013,29(3):234-235

(收稿日期: 2015-01-15)