

瘢痕子宫妊娠经阴道试产的可行性分析

周亚芸

(江苏省盐城经济技术开发区步凤中心卫生院 盐城 224000)

摘要:目的:分析瘢痕子宫妊娠经阴道试产的可行性。方法:回顾性分析我院收治的 112 例瘢痕子宫妊娠妇女临床资料。根据分娩方式将 112 例研究对象分为阴道分娩组和剖宫产组。观察分娩方式选择情况及分娩结局,统计两种分娩过程中产妇产后出血量、产后住院时间及新生儿 Apgar 评分情况。结果:112 例瘢痕子宫产妇产中,再次剖宫产 60 例(53.6%),阴道试产 52 例(46.4%)。其中 43 例阴道试产成功,成功率 82.7%(43/52),占总数的 38.4%(43/112);试产失败 9 例,占比 17.3%(9/52)。失败主要原因包括:继发宫缩无力 5 例(55.6%)、胎儿宫内窘迫 2 例(22.2%)、产程停滞 1 例(11.1%)、先兆子宫破裂 1 例(11.1%)。阴道分娩产妇产后出血量、住院时间明显低于剖宫产孕妇($P<0.05$);两种分娩方式下新生儿评分差异不明显,无统计学意义($P>0.05$)。结论:在对瘢痕子宫孕妇进行严格有效的评估后同样可进行阴道试产,以降低剖宫产率。但应加强瘢痕妊娠妇女围产期管理,熟练掌握阴道试产指征,提高试产成功率。同时必须了解分娩过程可能出现的并发症及各类风险,必要时及时转剖宫产,避免不良结局的发生,保障母婴安全。

关键词:瘢痕子宫妊娠;阴道试产;剖宫产手术

中图分类号:R714

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.12.082

随着我国二孩政策开放及育龄妇女腹腔镜子宫肌层剔除术的发展,瘢痕子宫妊娠问题亦日渐引起人们的关注和重视。以往瘢痕子宫再次分娩多以剖宫产为多,但随着近年来相关专家对自然分娩优势的研究及对自然分娩的提倡,临床越来越重视瘢痕子宫妊娠进行阴道试产的研究。本研究对我院 112 例瘢痕子宫妊娠妇女的分娩情况进行回顾性分析,以分析瘢痕子宫妊娠经阴道试产的可行性。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月~2017 年 1 月我院接收的 112 例瘢痕子宫妊娠产妇为研究对象。所选孕妇均无凝血功能异常、血液系统疾病或严重精神障碍,且心、肝、肾等器官无严重病变,其中妊娠期高血压 8 例。孕妇年龄为 24~37 岁,平均 (29.5 ± 3.6) 岁;妊娠周期 33~41 周,平均 (38.2 ± 1.4) 周。导致瘢痕子宫形成的原因有子宫下段剖宫产 72 例、子宫肌瘤剔除术 21 例、子宫畸形矫治术 19 例。在首次剖宫产前有阴道分娩史 28 例,距离上次妊娠时间为 1.8~8.5 年,平均 (3.2 ± 1.3) 年,其中 2 年以下 13 例(11.6%),2 年以上 99 例(88.4%)。

1.2 试产方法 根据临床指征选择阴道试产和剖宫产。阴道试产指征:(1)前次剖宫产为子宫下段横切,术后无感染史,且愈合良好;(2)本次孕期距上次剖宫产时间超过 2 年;(3)无前次剖宫产指征,且未见新剖宫产指征;(4)无严重妊娠合并症和(或)并发症;(5)产前超声检查结果显示孕妇产下段前壁完好,无缺陷,无过度变薄区,且瘢痕厚度 $>3\text{ mm}$;(6)临床检查显示,宫颈成熟良好,骨产道正常,无明显头盆不对称;(7)医院具备紧急抢救条件,具有抢救

设备,具有随时手术、输血和抢救条件;(8)孕妇及家属了解阴道试产和再次剖宫产的利弊,且均愿意进行阴道试产^[1]。剖宫产指征:(1)前次剖宫产为纵行切口或 T 型切口,或前次剖宫产切口不详;(2)存在严重内科或产科并发症,阻碍阴道分娩;(3)前次剖宫产指征依然存在或出现新的剖宫产指征;(4)存在两次或以上剖宫产史,有过子宫破裂史;(4)前次剖宫产距本次妊娠时间小于 2 年;(6)超声检查提示存在子宫瘢痕处有胎盘附着;(7)前次剖宫产切口有撕裂伤,愈合不佳,或存在感染史;(8)孕妇或家属拒绝试产;(9)不具备急诊抢救所需条件,无外科医师、麻醉师或足够抢救数量的医务人员、无足够备血或设施不能实施急诊剖宫产术^[1]。对阴道试产者,要求产妇进入产房后须由专人守护,密切监测产妇产心、腹痛、宫缩、心率、产程、血压等情况,产程不能超过 12 h。分娩困难或情况危险时,可行会阴侧切、臀牵引或胎头吸引等方式助产。若试产过程发现有子宫先兆破裂、头盆不称、胎儿窘迫等,立即改为剖宫产。剖宫产孕妇均行子宫下段手术。对符合上述适应症者,选择相应分娩方式,并对比观察两种分娩方式产后出血量、住院时间及新生儿 Apgar 评分情况。

1.3 观察指标 统计分娩方式选择情况;统计两种分娩过程中产妇产后出血量、产后住院时间及新生儿 Apgar 评分情况。

1.4 统计学方法 数据处理采用 SPSS19.0 统计软件,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

112 例瘢痕子宫妇女再次剖宫产 60 例(53.6%),

阴道试产 52 例(46.4%)。52 例阴道试产成功 43 例,成功率 82.7% (43/52), 占产妇总数的 38.4% (43/112)。43 例阴道试产成功产妇自然分娩 37 例,会阴侧切或产钳助产 6 例。阴道试产后住院时间 3~8 d,平均(4.5± 0.8) d;产后出血 150~560 ml,平均(216.4± 31.7) ml;新生儿 Apgar 评分 5~10 分,平均(7.9± 1.2)分。试产失败 9 例,占比 17.3% (9/52)。失败主要原因包括:继发宫缩无力 5 例(55.6%)、胎儿宫内窘迫 2 例(22.2%)、产程停滞 1 例(11.1%),先兆子宫破裂 1 例(11.1%)。60 例行剖宫产,剖宫产率 53.6% (60/112)。60 例剖宫产孕妇中,存在剖宫产指征 45 例(75.0%),家属或孕妇要求 15 例(25.0%)。产后住院时间 5~10 d,平均(7.5± 1.4) d,产后出血 280~1 100 ml,平均(360.7± 52.7) ml,新生儿 Apgar 评分 5~10 分,平均(8.1± 1.5)分。结果经统计学分析,阴道分娩孕妇出血量、住院时间明显低于剖宫产孕妇($P<0.05$);两种分娩方式下新生儿评分差异不明显,无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨论

形成瘢痕子宫的主要原因包括行子宫畸形矫治术、剖宫产手术、子宫破裂修补术及子宫肌瘤剔除术等,但因剖宫产手术导致的瘢痕子宫占比较高^[2]。随着近年二胎政策开放、经济条件充盈等因素影响,瘢痕子宫妊娠呈上升趋势。瘢痕子宫妊娠无疾病特征,但存在诸多风险,严重威胁母婴生命安全。

以往临床上为确保母婴安全,对瘢痕子宫妊娠多行剖宫产手术分娩,但剖宫产手术存在创伤大、出血多、术后恢复慢等问题,且可能造成比阴道分娩更多的合并症,如产后感染、前置胎盘、子宫粘连、子宫破裂及切口愈合不良等^[3]。本研究结果显示,剖宫产产妇的出血量、住院时间均要多于阴道试产产妇($P<0.05$)。这侧面增加了产妇家庭经济负担,该分娩方式虽然有效,但并非十分理想的分娩方式。相关研究显示,在孕妇子宫瘢痕恢复良好,瘢痕厚度、孕周及宫颈成熟度符合标准的情况下,且无明显剖宫产指征的瘢痕子宫孕妇可选择阴道试产^[4]。本次 52 例阴道试产产妇成功 43 例,成功率达 82.7% (43/52),占总数的 38.4% (43/112),说明瘢痕子宫妊娠进行阴道试产的可行性,但前提须对孕妇进行详细产前评估,了解前次子宫切口方式及切口愈合情况,了解孕妇病史及过往产史,掌握阴道试产及剖宫产各项指征。同时要产妇及胎儿各项指征进行密切监测,在出现紧急情况时有条件及时进行剖宫产及有相应抢救能力。

阴道试产过程中最严重的并发症是子宫破裂。因此,必须掌握子宫破裂征象,包括:胎心监护异常,产妇出现心动过缓、心动过速、变异减速,子宫瘢痕处压痛和反跳痛、严重腹痛,或宫缩突然停止、产道异常出血、先露位置增高等^[5]。若瘢痕子宫孕妇分娩时未做好充分准备,分娩过程一旦出现子宫破裂,受基层医院条件限制,很难避免不良结局的发生。因此,加强瘢痕子宫产妇围产期管理尤为重要:(1)加强产前筛查,对瘢痕子宫妊娠孕妇进行重点关注,建立高危产妇档案并随访管理。对瘢痕子宫妊娠孕妇加强孕期筛查,尤其是孕晚期应重点关注,发现问题或异常应及时处理。需告知孕妇可能出现的并发症、合并症及围产期的各种风险;提前进行孕期及阴道试产的风险评估,并告知孕妇及家属,尊重孕妇及家属的知情权和选择权,对风险不可控或自行要求者可转诊至条件更为完善的专科医院进行提前干预,规避不良结局风险。(2)严格做好产前评估,充分做好产前各项准备工作。做好阴道试产孕妇的心理疏导,缓解产妇恐惧心理。告知产妇严格评估情况下阴道分娩的安全性、可行性,同时告知可能存在的风险及防范、救治措施,增强产妇信心。助产士和手术室医护人员应充分了解并掌握适应症及禁忌症,做好对产妇盆骨、胎儿体重及头盆骨等情况的全面、准确评估。(3)加强产程管理,密切观察产程及产妇体征变化。产妇进入产房后由专人陪护,并进行持续胎心监护,密切监测产妇生命体征,随时了解宫缩、宫口进展及先露下降等情况。定期进行下腹部检查,密切注意产妇是否出现腹部压痛、反跳痛等其他子宫破裂征象,及时发现先兆子宫破裂征兆及难产因素。必要时提前开放静脉通道,备血,留置导尿,请儿科医师进入手术室准备新生儿窒息复苏准备。可适当放宽阴道助产术和会阴侧切术指征,但应慎用宫缩素。尽量缩短第二产程,忌腹部加压以防止子宫破裂。一旦发现头盆不称、胎儿宫内窘迫或先兆子宫破裂征象,或出现产程过长、宫缩乏力等无法纠正的情况,均应立即放弃阴道试产,果断剖宫产。(4)加强产后留观,密切观察产妇生命体征及阴道出血情况。产后留观 2 h,必要时可延长留观时间。可预防性使用宫缩素及卡孕栓防止产后出血。产后行宫颈、宫腔常规探查,测量产后出血量,观察子宫收缩情况,留意产妇尿量、尿色及通气情况。产妇如出现烦躁不安、心率加速、血压下降或阴道出血异常等,须考虑是否出现子宫破裂,必要时进行阴道检查和超声检查,以明确子宫是否破裂。

(下转第 136 页)

组患者临床疗效,判定标准:治疗后,患者 HAMD 减分率>75%为显效;治疗后,患者 HAMD 减分率在 25%~75%为有效;治疗后,患者 HAMD 减分<25%为无效。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。(3)比较两组患者不良反应(包括恶心、头晕、心悸、失眠等)发生率。

1.4 统计学方法 研究所得数据在 SPSS11.0 统计学软件中分析处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以%表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 对照组治疗总有效率为 73.17%,明显低于观察组的 92.68%, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	41	12(29.27)	18(43.90)	11(26.83)	30(73.17)
观察组	41	21(51.22)	17(41.46)	3(7.32)	38(92.68)
χ^2					5.51
P					<0.05

2.2 两组患者 HAMD 评分比较 治疗前,HAMD 评分比较无明显差异, $P>0.05$;治疗后,两组患者的 HAMD 评分均有所降低,且观察组在治疗第 1 周及第 4 周的 HAMD 评分显著低于对照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者 HAMD 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)						
组别	n	治疗前	第 1 周	第 2 周	第 3 周	第 4 周
对照组	41	26.46±1.56	25.34±1.12	18.93±1.36	15.76±1.46	9.53±0.79
观察组	41	26.33±1.43	21.11±1.03	18.31±1.33	15.52±1.44	7.03±0.88
t		0.16	7.25	1.32	1.62	5.99
P		>0.05	<0.05	>0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组患者不良反应发生率比较 治疗期间对照组患者中出现头晕 5 例,呕吐 3 例,心悸 3 例,失眠 2 例,不良反应发生率为 31.71%(13/41);观察组中头晕 2 例,呕吐 2 例,心悸 1 例,不良反应发生率为 12.20%(5/41)。观察组不良反应发生率显著低于

(上接第 131 页)

综上所述,在对瘢痕子宫孕妇进行严格有效的评估后同样可进行阴道试产,以降低剖宫产率。但应加强瘢痕妊娠妇女围产期管理,熟练掌握阴道试产指征,提高试产成功率。同时必须了解分娩过程可能出现的并发症及各类风险,必要时及时转剖宫产,避免不良结局的发生,保障母婴安全。

参考文献

[1]姚尚龙.浅谈瘢痕子宫妊娠分娩的相关问题[J].中华麻醉学杂志,

对照组, $P<0.05$ 。

3 讨论

随着人口老龄化的加剧,空巢老人越来越多,是近几年老年抑郁症发病率逐渐升高的主要原因之一。由于老年人生理上和心理上均出现退行性变化,且多数患者合并糖尿病、高血压、高血脂等疾病,使用药物治疗时,会影响药物的代谢及效果,导致疗效不佳。临床上多给予艾司西酞普兰及帕罗西汀治疗抑郁症^[5]。帕罗西汀是常见的抗抑郁症类药物,可显著改善患者的临床症状,但相关研究发现,单一使用该药物治疗时,易提高不良反应发生的风险。艾司西酞普兰是一种 SSRIs 类药物,属抗精神类药物,具有起效快、疗效佳的特点,可快速稳定患者体内的多巴胺 -5- 羟色胺,改善中脑 - 边缘系统的亢奋程度,并激发 DA 活性,缓解抑郁。两种药物联合使用疗效显著,起效时间快,可显著改善患者临床症状,减少不良反应的发生,提高患者生活质量^[6]。

本研究结果显示,观察组临床治疗总有效率高 于对照组,观察组治疗第 1 周与第 4 周 HAMD 评分及不良反应发生率均显著低于对照组($P<0.05$)。说明艾司西酞普兰联合帕罗西汀治疗老年抑郁症效果显著,见效快,可有效改善患者抑郁程度,安全性高,值得临床推广应用。

参考文献

[1]董太新,向雄,郭彩洪.用艾司西酞普兰与帕罗西汀治疗老年性抑郁症的效果对比[J].当代医药论丛,2016,14(10):78-79
[2]吕淑华,张楠.艾司西酞普兰与帕罗西汀治疗老年性抑郁症 90 例的效果观察[J].临床心身疾病杂志,2015,21(z1):165-166
[3]李光哲,许妍姬.艾司西酞普兰和帕罗西汀对老年性抑郁症的治疗效果观察[J].中国继续医学教育,2015,7(15):146-147
[4]Hamilton.汉密顿抑郁量表[A].汪向东,王希林,马弘编著.心理卫生评定量表手册[M].北京:中国心理卫生杂志社,1999.197-201
[5]陈良银.艾司西酞普兰与帕罗西汀治疗老年性抑郁症的效果观察[J].临床医学研究与实践,2016,1(8):29
[6]王经忠.探析艾司西酞普兰与帕罗西汀治疗老年性抑郁症的效果[J].中国卫生标准管理,2016,7(6):111-112

(收稿日期:2017-10-17)

2016,36(1):14-15

[2]梁云泰,张国华,王菊荣,等.瘢痕子宫妊娠分娩结局临床分析[J].河北医药,2013,35(19):2967-2968
[3]张映平.剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠分娩方式选择的研究[J].实用中西医结合临床,2017,17(4):41-43
[4]赵永茶.瘢痕子宫妊娠分娩时机及分娩方式选择经验谈[J].世界最新医学信息文摘(电子版),2014,14(5):95,94
[5]刘艳伶,纪立平,屈秀会.瘢痕子宫妊娠分娩结局分析[J].浙江临床医学,2017,19(7):1283-1284

(收稿日期:2017-08-28)