

# 剖宫产术后疤痕子宫足月妊娠分娩方式探讨

陶 玲<sup>1,2</sup> 陈茂林<sup>1</sup>

(1.马鞍山市妇幼保健院 妇产科,安徽 马鞍山 243000;2.无锡市第三人民医院 妇产科,江苏 无锡 214000)

**【摘要】**目的:探讨剖宫产术后疤痕子宫足月妊娠分娩方式选择。方法:回顾分析2017年8~10月我院产科足月分娩的110例剖宫产术后疤痕子宫及同期51例非疤痕子宫阴道分娩产妇病历资料。疤痕子宫阴道试产(TOLAC)组59例,其中疤痕子宫阴道分娩(VBAC)组51例;疤痕子宫择期重复剖宫产(ERCS)组51例;非疤痕子宫阴道分娩(NSVD)组51例。比较VBAC组与ERCS组、VBAC组与NSVD组分娩情况(产后出血量、产程时间、新生儿出生Apgar评分及体质量、产褥感染率及产后住院时间)。结果:疤痕子宫阴道试产成功率86%;VBAC组与ERCS组相比产后出血量、产后住院时间及新生儿出生体质量差异有统计学意义( $P<0.05$ );与NSVD组相比上述各项指标差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。结论:阴道分娩对剖宫产术后疤痕子宫足月妊娠产妇及新生儿不良影响小,故对无明确再次剖宫产指征的足月妊娠孕妇,应鼓励其阴道试产。

**【关键词】**疤痕子宫;妊娠;阴道分娩;阴道试产;剖宫产

**【中图分类号】**R 714.42 **【文献标志码】**A

**【DOI】**10.3969/j.issn.1002-0217.2018.06.018

## Investigation on the delivery mode for full term pregnancy with scar uterus after cesarean section

TAO Ling ,CHEN Maolin

Department of Gynecology & Obstetrics ,Maternal and Child Health Hospital of Ma'anshan ,Ma'anshan 243000 ,China

**【Abstract】Objective:** To investigate the delivery options for full term pregnancy with scar uterus following cesarean section.**Methods:** Retrospective analysis was conducted in 110 cases of full term delivery with scar uterus after cesarean section and another 51 cases of vaginal delivery without scar uterine in our department between August and October of 2017.Of the total subjects ,59 were included in the trial of labor after cesarean delivery ( TOLAC) ,51 in vaginal birth after cesarean section(VBAC group) ,51 in elective repeat cesarean section( ERCS group) and 51 in the non-scar uterine vaginal delivery ( NSVD group) .Comparison was performed regarding the postpartum bleeding ,labor time ,Apgar score ,birth weight ,puerperal infection rate and postpartum hospital stay between VBAC and ERCS group ,VBAC and NSVD group.**Results:** The success rate for trial of vaginal labor was 86% for women with scar uterus.The difference was significant in postpartum bleeding ,birth weight ,postpartum hospital stay between VBAC and ERCS group( $P<0.05$ ) ,yet was insignificant as compared with NSVD group pertinent to the indicators aforementioned( $P>0.05$ ) .**Conclusion:** Vaginal delivery for full term pregnancy with scar uterus after cesarean section produces minor adverse effect on the women themselves as well as neonates ,therefore ,vaginal trial should be encouraged for full-term pregnant women without definite indications for re-caesarean.

**【Key words】** scarred uterus; pregnancy; vaginal delivery; vaginal trial; cesarean section

疤痕子宫指剖宫产术、子宫肌瘤剔除术、子宫成形术等妇产科手术后子宫,其中最常见原因为剖宫产术<sup>[1]</sup>。因各种因素影响,我国剖宫产率逐年急剧上升且居高不下<sup>[2]</sup>。国内过高剖宫产率及“二孩政策”全面开放,使越来越多疤痕子宫孕妇面临着再次分娩问题<sup>[3]</sup>。以往疤痕子宫足月妊娠孕妇往往采取择期重复剖宫产( elective repeat cesarean sec-

tion ,ERCS) 终止妊娠。但由于 ERCS 对母儿种种危害,迫使产科医师积极寻找一种更为合理安全的分娩方式。本文通过回顾分析 110 例剖宫产术后疤痕子宫足月妊娠及 51 例同期非疤痕子宫阴道分娩产妇临床资料,比较不同分娩方式分娩效果,以期对剖宫产术后疤痕子宫足月妊娠选择合理分娩方式提供参考。

收稿日期:2018-01-27

作者简介:陶 玲(1983-),女,主治医师,(电话)13955583681,(电子信箱)25564469@qq.com。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2017 年 8~10 月我院产科分娩的剖宫产术后疤痕子宫妊娠产妇病例资料 110 例。纳入标准: ①1 次剖宫产术后; ②妊娠足月, 单胎, 胎位正常; ③孕妇年龄 < 40 岁; ④无严重合并症及并发症; ⑤产前估计胎儿体质量 < 4000 g。按分娩方式分为疤痕子宫阴道试产( trial of labor after cesarean delivery ,TOLAC ) 59 例, 其中疤痕子宫阴道分娩( vaginal birth after cesarean section ,VBAC) 组 51 例: 平均年龄( 29.6±3.6) 岁, 平均孕周( 39.4±0.9) 周, 平均前次剖宫产距此次妊娠间隔时间( 5.9±2.5) 年。ERCS 组 51 例: 平均年龄( 29.8±3.6) 岁, 平均孕周( 39.2±0.8) 周, 平均前次剖宫产距此次妊娠间隔时间( 5.8±2.7) 年。选取同期非疤痕子宫妊娠阴道分娩( non-scar uterine vaginal delivery ,NSVD) 病例资料 51 例。纳入标准: ①妊娠足月, 单胎, 胎位正常, 无头盆不称; ②孕妇年龄 < 40 岁; ③无严重合并症及并发症; ④产前估计胎儿体质量 < 4000 g。NSVD 组: 平均年龄( 28.8±3.4) 岁, 平均孕周( 39.9±0.9) 周。各组年龄、孕周等一般资料比较差异无统计学意义(  $P>0.05$  )。

1.2 分娩方式选择 各组除符合纳入条件外, 还需符合下列条件。

1.2.1 TOLAC ①孕妇有且仅有 1 次剖宫产史; ②本次妊娠距前次剖宫产时间 > 2 年; ③孕妇前次剖宫产无切口撕裂、感染及愈合不良病史; ④前次剖宫产指征不存在 本次妊娠无新的明确剖宫产指征; ⑤孕妇有阴道分娩意愿并签署知情同意书。

1.2.2 ERCS ①手术指征疤痕子宫; ②孕妇了解再

次剖宫产风险并签署知情同意书。

1.2.3 NSVD 孕妇了解阴道分娩利弊并签署知情同意书。

1.3 产程处理 孕妇临产后即送入产房待产, 期间可行分娩镇痛, 静滴缩宫素, 必要时会阴侧切或产钳阴道助产。TOLAC 者产程中做好备血及抢救准备, 定时监测生命体征、持续胎心监护、注意子宫下段压痛及产程进展情况。若出现以下情况应立即剖宫产终止妊娠: 胎心监护持续异常; 子宫下段压痛明显; 胎方位异常致产程延长或停滞等。若需缩宫素静滴宜小剂量, 可适当放宽阴道助产指征。

1.4 观察指标 产后出血量、产后住院时间、产褥感染率、新生儿出生 Apgar 评分及体质量、产程时间。

1.5 统计学分析 数据处理采用 SPSS 18.0 软件, 其中计量资料采用  $t$  检验, 计数资料采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 TOLAC 结局 TOLAC 组 59 例, VBAC 51 例, 中转剖宫产 8 例, 无子宫破裂病例。TOLAC 成功率 86%; 中转剖宫产率 14%。中转剖宫产原因包括: 胎儿窘迫, 活跃期停滞, 胎头下降停滞, 持续性枕后位, 引产失败。中转剖宫产者有 2 例并发严重产后出血, 其中 1 例经保守治疗无效行次全子宫切除术。

2.2 VBAC 组与 ERCS 组分娩情况比较 产后出血量减少, 产后住院时间缩短, 新生儿出生体质量较低, 差异有统计学意义(  $P<0.05$  ), 详见表 1。

表 1 VBAC 组与 ERCS 组分娩情况比较

组别	n	产后出血量/mL	产后住院时间/d	Apgar 评分/分	产褥感染率[n( % )]	新生儿出生体质量/kg
VBAC	51	264.7±53.8	3.4±0.6	10.0±0.00	1( 2)	3.30±0.39
ERCS	51	419.6±91.7	4.7±0.5	9.96±0.28	4( 8)	3.45±0.35
$t/\chi^2$		10.405	12.205	1.000	0.841	2.082
P		0.000	0.000	0.322	0.359	0.040

2.3 VBAC 组与 NSVD 组分娩情况比较 各项观察 指标差异均无统计学意义(  $P>0.05$  ), 详见表 2。

表 2 VBAC 组与 NSVD 组分娩情况比较

组别	n	产程时间/h	产后出血量/mL	产后住院时间/d	Apgar 评分/分	产褥感染率[n( % )]	新生儿出生体质量/kg
VBAC	51	7.3±3.7	264.7±53.8	3.4±0.6	10.0±0.0	1( 2)	3.3±0.4
NSVD	51	8.5±3.7	269.7±60.2	3.3±0.5	9.98±0.1	2( 4)	3.3±0.3
$t/\chi^2$		1.674	0.434	1.094	1.000	0.000	0.464
P		0.097	0.665	0.277	0.322	1.000	0.644

### 3 讨论

剖宫产术是处理高危妊娠和阴道分娩异常产程的重要手段,正确合理应用对母婴有益。然而随着医疗技术发展,人们生育观念改变及为规避医疗纠纷等社会因素影响,世界各国剖宫产率都不断升高,我国尤为显著。居高不下的剖宫产率背后造就了一个庞大的疤痕子宫群体,随着我国“全面二孩”政策实施,大量疤痕子宫妇女再次妊娠,如何让疤痕子宫再次足月妊娠孕妇安全成功分娩,如何保障母婴利益最大化成为我们产科医师面临的重要问题。

尽管目前研究认为疤痕子宫不是绝对剖宫产适应证,但仍有大部分医生和患者因担心发生VBAC并发症如子宫破裂等风险,对采用VBAC心存疑虑。加之目前医患关系紧张,产科医疗纠纷居高不下,所以很多中国的产科医生在面对这样的产妇时往往选择ERCS<sup>[4]</sup>。然而ERCS存在的风险(如产后出血、盆腹腔脏器损伤、盆腹腔粘连、疤痕憩室及再次妊娠时可能发生疤痕妊娠、凶险性前置胎盘等)及阴道分娩对母婴的益处逐步被认识,越来越多疤痕子宫孕妇愿意尝试阴道分娩,且成功阴道分娩病例报道渐增多。有国外研究发现VBAC成功率达到60%~80%<sup>[5]</sup>。国内亦有报道<sup>[6]</sup>,疤痕子宫产妇产阴道分娩成功率为41.7%~89.4%,出现子宫破裂概率仅为0%~1.4%。本研究中疤痕子宫阴道试产成功率86%,无子宫破裂病例,符合部分国内外文献报道。

此研究中TOLAC失败中转手术者中2例并发严重产后出血,其中1例经药物促子宫收缩、子宫B-lynch缝合及子宫动脉上行支结扎等处理治愈,另1例经保守治疗无效行次全子宫切除术。分析发生严重产后出血原因可能与TOLAC后子宫下段拉伸,疤痕部位肌层变薄,弹性更差致子宫下段严重收缩不良有关。故尽管目前部分研究示TOLAC对剖宫产术后再次妊娠孕妇是安全有效的,但为进一步提高阴道试产成功率,避免对母婴造成重大危害,在决定试产前需严格把握适应证与禁忌证。有文献<sup>[7]</sup>总结TOLAC最佳适应证包括既往仅有1次剖宫产史、单胎妊娠、头先露;TOLAC禁忌证包括子宫破裂高风险者(前次是古典式或T型切口、既往发生过子宫破裂、既往有面积广而深的子宫手术史)、阴道

分娩其他禁忌证(如前置胎盘)。

还有研究表明<sup>[8]</sup>,孕妇年龄、新生儿体质量、距前次剖宫产时间、子宫下段厚度和是否合并妊娠期高血压病是判断疤痕子宫孕妇是否可行阴道试产的重要因素。本研究在孕妇年龄、孕周及距前次剖宫产时间等一般资料可比情况下,VBAC组新生儿出生平均体质量低于ERCS组,推测新生儿出生体质量低有利于TOLAC成功,孕期如合理控制胎儿体质量能提高TOLAC成功率,这与国内何秀影等<sup>[9]</sup>报道一致。

本文中VBAC组产后出血量和产后住院时间均低于ERCS组,新生儿Apgar评分、产褥感染率两组间差异无统计学意义;而与NSVD组相比并不增加产程时间、产后出血量、产褥感染率及产后住院时间。说明疤痕子宫孕妇TOLAC不仅对母体伤害小,不增加新生儿窒息风险,还能减轻患者经济负担,节约社会医疗资源,降低剖宫产率;故对剖宫产后疤痕子宫足月妊娠孕妇,TOLAC不失为一种良好选择。

### 【参考文献】

[1] 韦晓宁. 瘢痕子宫再次妊娠阴道分娩的可行性[J]. 实用内分泌杂志(电子版) 2016, 3(20): 28-29.  
 [2] 高宗侠. 近6年剖宫产率和剖宫产指征的变化趋势[J]. 安徽医药 2017, 21(7): 1231-1233.  
 [3] 郭路, 罗远材, 叶朝. 下段菲薄的瘢痕子宫孕妇阴道分娩的临床观察[J]. 中国妇幼保健 2016, 31(24): 5315-5318.  
 [4] 马淑琴, 郭媛, 强焕珍, 等. 瘢痕子宫再次妊娠阴道分娩方式选择的影响因素研究[J]. 宁夏医科大学学报, 2016, 38(10): 1176-1177.  
 [5] ROSENSTEIN MG, KUPPERMANN M, GREGORICH SE, et al. Association between vaginal birth after cesarean delivery and primary cesarean delivery rates [J]. Obstetrics Gynecology 2013, 122(5): 1010-1017.  
 [6] 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.  
 [7] 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.  
 [8] 罗漫灵, 钟梅. 剖宫产术后再次阴道分娩预测模型研究进展[J]. 中国实用妇科与产科杂志 2015, 9(1): 153-155.  
 [9] 何秀影, 王子荷, 张凤珍. 剖宫产术后再次妊娠阴道分娩有利因素分析[J]. 河北医药 2017, 39(3): 440-441.