

剖宫产后再次妊娠阴道分娩临床实施方法的探讨

李 茜(重庆市永川区中医院妇产科 402160)

【摘要】 目的 为了探讨剖宫产后再次妊娠阴道分娩(VBAC)问题。**方法** 本科室将近 10 年来有过一次剖宫产史的产妇产阴道分娩试产情况进行统计分析。**结果** 提示在做好充分的筛查和预期评估后进行剖宫产后阴道试产,可以有效地提高阴道试产成功率,降低产后母婴并发症。对于符合相关条件能够自然临产阴道分娩的成功率可高达 96.15%。其次是宫颈成熟情况好,使用催产素催产的成功率也相对较高,达 87.75%。**结论** 做好试产对象的筛查和预期评估是保证 VBAC 成功的关键。

【关键词】 剖宫产; 再次妊娠; 阴道分娩

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.10.051 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)10-1244-02

随着剖宫产率的逐年上升,剖宫产术后再次妊娠必然增加。近年越来越多的研究已经充分证明了剖宫产后再次妊娠阴道分娩(VBAC)已经具备了确实的可行性,剖宫产史并非是再次妊娠剖宫产的绝对指征。永川区自从 1998 年开始推广子宫下段横切口剖宫产之后,因该种手术自身的优越性,加之产科本来属于一个高风险专业,医患关系紧张等,致使永川区剖宫产率逐年上升,很多医院剖宫产率都在 80%左右,致使近 10 年来有过一次剖宫产史的产妇再次妊娠的情况大大增加。本文通过对永川区中医院妇产科近 10 年来 551 例剖宫产后阴道试产临床资料进行回顾性分析,分析探讨剖宫产术后再次妊娠选择阴道分娩应该具备的必要条件。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2000 年 1 月至 2010 年 5 月在本院住院分娩产妇,年龄 22~40 岁,有过一次子宫下段横切口剖宫产史,术后无伤口感染及阴道不规则出血,再次妊娠时间为剖宫产术后 2~3 年,B 超检测孕 36~38 周时,瘢痕子宫为子宫下段肌层厚度均匀,其结构呈均质性或有小点状强回声光团,无变薄现象,肌层厚度 3~7 mm,胎头-骨盆指数大于 15.8 mm,本次妊娠无剖宫产指征,愿意阴道试产的单胎妊娠的孕妇作为阴道试产的对象。

1.2 方法 将试产的产妇分为 3 组。第 1 组:自然分娩的产妇,总数为 208 例第 2 组:宫颈 Bishop 评分大于 6 分使用缩宫素催产的产妇,总数为 245 例;第 3 组:宫颈 Bishop 评分小于 6 分的产妇,总数为 98 例,使用 Foley 尿管软化宫颈。

2 结果

2.1 分娩结果 第 1 组($n=208$)成功 200 例(96.15%),其中试产失败的原因分别是:非剖宫产因素 1 例,胎头下降受阻 1 例,继发性宫缩乏力 2 例,胎儿宫内窘迫 3 例,先兆子宫破裂 1 例;第 2 组($n=245$)成功 215 例(87.75%),其中试产失败的原因分别是:继发性宫缩乏力 15 例,先兆子宫破裂 2 例,胎头下降受阻 8 例,胎儿宫内窘迫 3 例,非剖宫产因素 2 例;第 3 组($n=98$)成功 48 例(48.97%),其中试产失败的原因分别是:引产失败 43 例,非剖宫产因素 2 例,胎头下降受阻 1 例,继发性宫缩乏力 6 例。

2.2 结果分析 由以上结果可见,试产的 551 例最终经阴道试产成功的人数为 463 例,成功比例为 84.03%,其中试产失败的主要原因是非剖宫产因素 5 例(0.09%),胎头下降受阻 10 例(0.18%),继发性宫缩乏力 23 例(0.41%),胎儿宫内窘迫 5 例(0.09%),先兆子宫破裂 3 例(0.05%),引产失败 43 例(0.78%)。

经阴道分娩成功的产妇中有 1 例合并糖尿病出现会阴伤

口愈合不良,5 例出现产后出血超过 500 mL,新生儿中 Apgar 评分大于 7 分的有 451 例。无一例产妇及新生儿死亡。

据以上数据提示,在做好充分的筛查和预期评估后进行剖宫产后阴道试产,可以有效地提高阴道试产成功率,降低产后母婴并发症。对于符合相关条件能够自然临产阴道分娩的成功率可高达 96.15%。其次是宫颈成熟情况好,使用催产素催产的成功率也相对较高,达 87.75%,只是既然需要使用缩宫素说明产妇本身存在头盆不称的潜在因素。比如第 2 组试产中有 8 例因相对头盆不称行剖宫产术,术后发现 5 例为枕后位,3 例为枕横位。但是在宫颈不成熟的情况下,使用 Foley 尿管软化宫颈虽然不增加子宫破裂的发生,但是成功率不高,仅为 49%,大大影响了 VBAC 成功率的提升。也就是说如果在瘢痕子宫选择合适的引产药物方面有所突破的话,会大大提高 VBAC 的成功率。

3 讨论

3.1 术中无撕裂及术后愈合良好、无感染的子宫下段横切口,为再次妊娠阴道分娩提供良好的先决条件。从病理学角度分析,由于子宫下段横切口大致沿肌纤维的走向钝行分离,对子宫损伤小,此处的肌壁薄而松,缝线易拉紧对合,结缔组织形成少,疤痕仅呈现很小的病理变化,为阴道试产具备了条件。从力学的角度分析,子宫体和子宫下段的组织构成不同(子宫体部含有 60%平滑肌和 20%结缔组织,而子宫下段则含有 80%的结缔组织),以及肌纤维的走向特点,使子宫的纵向强度弱而横向强度高,而下段横向强度最大。所以再次妊娠和分娩时,子宫下段横切口裂开的发生率最低。从此也为再次妊娠阴道分娩做了准备。

有 2 次以上剖宫产史的产妇,最好是择期剖宫产术,因为手术次数越多,妊娠期及分娩期发生子宫破裂的危险就越大,母婴并发症越高。

3.2 剖宫产术后 2~3 年是再次妊娠选择阴道分娩的最佳时机。Hasbargen 等^[1]利用核磁共振观察剖宫产术后子宫切口的愈合时,发现子宫切口的愈合分为纤维疤痕修复、疤痕成熟和疤痕肌化 3 个阶段,疤痕的成熟从术后 3~6 个月完成。愈合的第 3 阶段可能需要更长时间,因此临床上要求疤痕子宫的妇女,再次妊娠的时间应至少在剖宫产术后 2 年。但子宫切口的愈合并非术后时间越长愈合越好,术后 2~3 年是子宫切口愈合的最佳时期。此后子宫疤痕肌肉化的程度越来越差,并且逐渐退化,疤痕组织失去弹性,子宫破裂的概率增大,所以临床上对剖宫产后大于 10 年以上者应提高警惕。

3.3 产前对孕妇的疤痕状态进行评估,是能否阴道分娩的必要条件。产前 B 超对子宫疤痕状态的评估方式不失为一种经

济方便,易于在各层次医院推广使用的方法。有研究认为,根据超声检测结果将不同状态的子宫瘢痕分为 3 级^[2]:Ⅰ级瘢痕子宫为子宫下段肌层厚度均匀,无变薄现象,肌层厚度 3~7 mm、病理形态学检查证实子宫下段切口部位瘢痕已完全肌肉化。完全可以经阴道自然分娩,阴道分娩率 81.3%。Ⅱ级瘢痕子宫为子宫下段肌层均匀性变薄,肌层厚度超过 2 mm;病理形态学检查见子宫平滑肌束周围有少许结缔组织包绕。可在严密监护下经阴试产,并适时行阴道助产,阴道分娩率 55.6%。Ⅲ级瘢痕子宫为子宫下段瘢痕组织厚薄不均,或增厚,超过 8 mm;子宫下段形成不良。病理形态学检查见瘢痕主要由致密结缔组织组成,子宫平滑肌细胞成分明显减少,结缔组织深入到各肌束之间把肌束分割成孤立的片断;或变薄,<2 mm,或部分缺失,肌层失去连续性,宫缩时或可见羊膜囊从缺损处膨出,或在子宫膀胱反折腹膜下可见液性暗区。妊娠 38~39 周时,择期行剖宫产术,以防瘢痕子宫在产前或产时突然破裂给母婴造成损害。

3.4 径线头盆指数的测定能对 76.2% 的阴道试产的孕妇预测分娩结局。径线头盆指数:为骨盆中腔前后径和横径的均值与胎儿双顶径之差,≤15.8 mm 时疑为头盆不称;>15.8 mm 时则认为无头盆不称。阴道超声骨盆测量的时间选择在孕 28~35 周之间,是由于骨盆径线随孕周增加而有所增大,孕 36 周后,胎头衔接可能影响阴道超声骨盆测量,临近分娩需尽量减少阴道操作,预防感染。而且多数大于胎龄儿发生在孕 28 周以后,故对临床怀疑骨盆狭窄或胎儿偏大时,建议在孕 28~35 周之间行阴道超声骨盆测量。临床研究证实,当径线头盆指数小于或等于 15.8 mm 时,应放宽剖宫产指征。径线头盆指数大于 15.8mm 时,可以顺利自然分娩,此种方法的预测率可达 76.2%。

3.5 良好的医疗技术及完善的设备条件也是保障 VBAC 的重要因素。

3.5.1 试产过程中催产药物的应用及催产时间的掌握也是有效降低先兆子宫破裂发生率的重要因素。

近年来文献报道已证明,有剖宫产史妊娠妇女在试产中应用缩宫素是合理的选择^[3]。妊娠妇女临产后应根据宫缩情况应用小剂量、低浓度的缩宫素缓慢静脉滴注,一般采用 2.5 U 缩宫素加入 5%葡萄糖注射液 500 mL 中,从 8~10 滴/分开始,酌情控制缩宫素的滴速,最大剂量不超过 20 滴/分,直至规律宫缩,滴注过程中应严密监护胎心及宫缩情况。如果滴注浓度过高、滴速过快造成宫缩较强则会增加子宫破裂的危险性。另外,前列腺素在剖宫产后阴道试产中的安全性尚待研究,目

前不推荐使用,如果宫颈生物学评分不良的患者可以使用 Foley 尿管软化宫颈,虽然它的成功率较低,但是不会增加子宫破裂的风险。

在试产过程中可以参照改良头位分娩评分法进行动态观察,临产后评分,影响产程进展诸因素中的先露下降、宫口扩张、胎方位、宫缩强度等是可变的,改良法评分提高越明显,自然分娩概率越大,这对预估是否需要继续试产很有帮助。同时,面对有过一次剖宫产的产妇的试产应该有一定的限度,对试产无明显进展的产妇,应该适时剖宫产结束分娩,不应强求阴道分娩。

3.5.2 拥有完善的抢救措施及条件是 VBAC 安全进行的重要保障。

VBAC 产时产后必须有专人守护观察,谨慎使用缩宫素,随时做好开腹手术准备,一旦出现胎儿宫内窘迫、头盆不称或先兆子宫破裂则应及时改行剖宫产,第 2 产程禁止加腹压以防子宫破裂,适当阴道助产缩短产程。产后注意探查宫腔,尤其是子宫下段瘢痕处是否完整。VBAC 产后要密切并观察尿颜色、阴道流血情况,警惕子宫瘢痕裂开,若有异常,及时处理。

总之,剖宫产后再次妊娠阴道分娩,在做好充分的预期评估和筛查后,能够有效地降低子宫破裂的发生率,提高阴道分娩的成功率,同时对降低产后母婴并发症也起到积极的推动作用^[4]。对于 VBAC 在基层医院也能广泛开展起来具有重要的现实意义。

参考文献

- [1] Hasbargen U, Margarita SM, Peter H, et al. Uterine dehiscence in a nullipara, diagnosed by MRI, following use of unipolar electrocautery during laparoscopic myomectomy: Case report [J]. Human Reproduction, 2002, 17: 21802-21821.
- [2] 崔艳丽. 剖宫产后瘢痕子宫妊娠阴道分娩的选择与分析 [J]. 中国妇产科临床杂志, 2010, 11(4): 291-292.
- [3] Udayasankar V, Padmagirison R, Majoko F. National survey of obstetricians in Wales regarding induction of labour in women with a previous caesarean section [J]. J Obstet Gynaecol, 2008, 28(1): 48-50.
- [4] 蔡力红. 子宫瘢痕处妊娠临床分析 [J]. 中国现代医生, 2008, 46(35): 153-154.

(收稿日期: 2010-12-02)

中西医结合治疗带状疱疹 50 例疗效观察

曾玲莉(重庆市渝中区大坪中医院 400042)

【摘要】 目的 观察中西医结合治疗带状疱疹的临床疗效。**方法** 将 86 例患者随机分为两组。中西医结合组 50 例为中西医结合治疗。单纯西药组 36 例为单纯西药治疗。 χ^2 检验比较两组疗效。**结果** 中西医结合组治疗后总有效率为 98.00%, 单纯西药组治疗后总有效率为 63.89%, 二者比较总有效率有统计学意义($\chi^2=17.87, P<0.05$)。**结论** 中西医结合治疗带状疱疹可减轻疼痛, 促进愈合, 疗效显著。

【关键词】 带状疱疹; 中西医结合; 西药

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.10.052 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)10-1245-02

带状疱疹系由水痘-带状疱疹病毒引起, 此病毒一般潜伏在脊髓后根神经元中。但机体抵抗力低下或劳累、感染、感冒

发烧、生气上火等, 病毒可再次生长繁殖, 并沿神经纤维移至皮肤, 使受侵犯的神经和皮肤产生激烈的炎症。其疼痛持续时间