

## 32 例疤痕子宫产妇再次妊娠阴道试产的临床分析

王甫娟(重庆市梁平县妇幼保健院 405200)

**【摘要】 目的** 分析研究阴道试产在疤痕子宫再次妊娠分娩中的临床疗效,明确阴道试产应用的临床价值。**方法** 梁平县妇幼保健院产科 2011 年 1 月至 2012 年 1 月分娩的 96 例疤痕子宫再次妊娠产妇为研究对象,将其按分娩方式的不同,分为两组,使用阴道试产分娩的 32 例产妇为观察组;采取剖宫分娩的 64 例产妇为对照组。采用 1:2 配对的病例对照方法分析比较两组研究对象的分娩成功率、并发症、分娩时间、母婴健康情况等临床数据。**结果** 两组患者分娩成功率均在 90% 以上,差异无统计学意义( $P>0.05$ );观察组分娩时间、并发症发生率分别为(40.5±8.4)min、12.5%,与对照组的(62.6±13.7)min、29.7%比具有明显优势,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 阴道试产分娩在疤痕子宫再次妊娠的分娩中较剖宫产具有一定的优势,须按照严格的适应证选择应用,值得在基层临床中推广。

**【关键词】** 疤痕子宫; 再次妊娠; 剖宫产; 阴道试产

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.17.017 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2012)17-2145-02

**Clinical analysis of 32 cases of scar uterine maternal subsequent pregnancy by vaginal trial parturition** WANG Pu-juan (Maternal and Child Health Hospital of Liangping, Chongqing 405200, China)

**【Abstract】 Objective** To study clinical efficacy of vaginal trial parturition in the second scar uterine pregnancy in the delivery, and to explore the clinical value of the vaginal trial parturition. **Methods** In obstetrics and gynecology of hospital from January 2011 to January 2012, 96 cases had delivery of uterine scar again were studied, according to the different delivery methods, they were divided into two groups, 32 cases had the vaginal trial production delivery maternal were observation group, 64 cases given birth by caesarean were control group. A 1:2 matched case-control analysis were compared to study the delivery success rates, complications, time of delivery, maternal and child health such as clinical data. **Results** The delivery success rates were both above 90%, no significant difference ( $P>0.05$ ). At the time of delivery, complications, clinical satisfaction rates and other aspects of the observation group had obvious advantages, the difference was statistically significant. **Conclusion** The vaginal trial parturition has certain advantage compared with cesarean section. The application should be chosen strictly according to indications, it is worthy of promotion in clinic.

**【Key words】** scar uterus; subsequent pregnancy; cesarean section; vaginal trial parturition

随着医疗技术的迅速发展,剖宫手术的成功率及有效率得到了大幅度的提升,因此剖宫术已成为现阶段治疗子宫病变及妊娠分娩的首选方法,但鼓励孕妇在可能的情况下尽量选择自然分娩<sup>[1]</sup>。剖宫手术在救治疾病和解决难产等问题取得巨大成就的同时,也为剖宫术后妇女再次妊娠分娩带来诸多难题。因手术造成子宫存在疤痕给再次妊娠分娩带来诸多的危害,再次行剖宫术会因上次手术造成的组织粘连和疤痕将延长手术时间,影响手术方式的选择,直接影响产妇及新生儿的健康<sup>[2]</sup>。经临床实践研究,对于符合临床指征的产妇使用阴道试产分娩具有较好的效果。本院对 32 例疤痕子宫再次妊娠产妇采取阴道试产分娩,取得了较好的效果,现将研究过程报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 回顾性分析本院妇产科 2011 年 1 月至 2012 年 1 月分娩的疤痕子宫再次妊娠产妇资料,将其按分娩方式的不同,分为两组。使用阴道试产分娩的产妇为观察组,采取剖宫术分娩的为对照组。根据目前研究报道,制定了研究对象的纳入和排除标准,(1)纳入标准:①产妇均为疤痕子宫再次妊娠,且足月妊娠;②均为单胎,为宫内正常妊娠;③无高血压,糖尿病等严重内科并发症<sup>[3]</sup>;④B 超提示子宫下段疤痕处肌层厚度大于 0.2 cm,且连续性好。(2)排除标准:①排除年龄小于 20 岁的产妇;②产妇为多胎、异位妊娠、非足月妊娠者<sup>[4]</sup>;③伴

有子宫肿瘤等疾病的产妇予以排除;④临床资料不全者予以排除。按照上述纳入及排除标准进行筛选,采用 1:2 的病例对照研究,共选取 96 例疤痕子宫再次妊娠产妇为研究对象,观察组 32 例,年龄 21~49 岁,平均(28.6±5.3)岁;对照组 64 例,年龄在 23~47 岁,平均(29.4±4.7)岁。保证两组研究对象资料齐同,具有可比性。

**1.2 阴道试产分娩的标准** (1)观察组阴道试产分娩的标准:①上次手术与此次妊娠间隔时间大于 2 年;②产妇身体健康,无严重并发症;③产妇产宫疤痕位于子宫下段横切位,且创口愈合符合良好的标准<sup>[5]</sup>。(2)创口的愈合标准如下:测量胎儿先露与母体膀胱之间的距离,当间距小于 3 mm 时,为子宫创口愈合较差,一般不选择阴道试产;当间距大于 3 mm 时,为愈合良好。

**1.3 分娩方法** 对照组产妇使用剖宫产手术分娩,均使用常规的剖宫产手术,手术前、中、后均按产科常规进行护理。观察组使用阴道试产进行分娩,具体步骤如下<sup>[6]</sup>。(1)分娩准备:在临产前 48 h 进行全面检查,详细记录产妇产宫底的高度、产道、骨盆及胎头的大小等数据,预测胎儿的大小,对分娩过程中可能出现的异常情况进行预测,并做好应对准备。同时对出现妊娠并发症的产妇进行对症处理。(2)常见的异常情况及其处理方法:阴道试产过程中一旦出现异常情况则需立即进行处理。

①胎头异位:分娩过程中胎儿的胎头较低,当坐骨棘水平低于 2 cm 或 2 cm 以上时,医生需立即行会阴侧切术或胎头吸引术进行助产,尽量减少分娩对子宫疤痕的损伤。②无头盆不称:分娩过程中出现无头盆不称的异常时,临床医师在对胎心及羊水性质的监测的前提下,及时使用人工破膜术进行辅助分娩,确保分娩顺利完成,避免因分娩时间过长而影响母婴的健康。③其他:分娩过程中出现难产,大出血等危重情况时,立即采取剖宫产手术分娩。(3)分娩后处理:分娩结束后,给产妇肌肉注射 10 U 的缩宫素,促进子宫迅速恢复,进行常规的产科护理。

1.4 统计学处理 将两组产妇及新生儿的临床数据录入 Excel 表格,应用统计软件 SPSS16.0 进行统计分析,计数资料采

用卡方检验,单元格小于 5 采用精确概率法;计量资料采用 *t* 检验,当  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 基本资料 两组的基本资料如表 1 所示。对两组患者的年龄、孕周、妊娠次数、造成疤痕子宫原因等临床资料分析比较结果显示,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。两组研究对象基本资料齐同,具有良好的可比性。

2.2 分娩成功率 观察组产妇出现难产 1 例,转为剖宫产分娩后顺利分娩,8 例试产过程中出现不同程度的异常,经处理后顺利分娩,分娩成功率为 96.9%。对照组手术成功率为 100.0%。对两组患者的分娩成功率进行比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表 1 两组基本资料比较

组别	n	年龄 ( $\bar{x} \pm s$ , 岁)	妊娠时间 ( $\bar{x} \pm s$ , 周)	妊娠次数			疤痕子宫原因	
				初次	二次	三次	剖宫产	子宫病变
观察组	32	28.6 ± 5.3	38.3 ± 2.6	8	15	9	24	8
对照组	64	29.4 ± 4.7	37.8 ± 2.8	18	34	12	46	18
统计量		$t = 0.75$	$t = 0.84$		$\chi^2 = 0.67$		$\chi^2 = 0.11$	
P		0.453 2	0.400 7		0.410 4		0.745 3	

2.3 分娩时间、并发症、临床满意率 观察组出现产后大出血 2 例,新生儿窒息 1 例,产褥感染 1 例,并发症发生率为 12.5%;对照组患者出现产后大出血 7 例,新生儿窒息 6 例,产褥感染 6 例,并发症发生率为 29.7%,观察组明显优于对照组。同时在分娩时间,临床满意率等数据的分析比较显示,观察组均优于对照组,见表 2。

表 2 两组分娩时间、并发症、临床满意率比较

组别	n	分娩成功率 [n(%)]	分娩时间 ( $\bar{x} \pm s$ , min)	并发症 [n(%)]	临床满意率 [n(%)]
观察组	32	31(96.9)	40.5 ± 8.4	4(12.5)	31(96.9)
对照组	64	64(100)	62.6 ± 13.7	19(29.7)	56(85.9)
统计量		Fisher 精确检验	$t = 1.66$	$t = 3.78$	$t = 2.73$
P		0.333 3	<0.01	<0.05	>0.05

3 讨 论

随着剖宫手术临床使用率的上升和患者年轻化程度的加剧,疤痕子宫再次妊娠分娩方式的选择成为妇产科的又一难题。近年来,分娩后抗感染技术、子宫收缩技术的发展,使得剖宫术疤痕的愈合情况显著的进步,为阴道试产在疤痕子宫再次妊娠分娩中的应用奠定了基础<sup>[7]</sup>。疤痕子宫再次妊娠容易引发的子宫破裂,产后出血及多种并发症,直接影响母婴的健康,甚至会危及母婴的生命。临床常见的影及原因如下,(1)胎盘前置:因产妇子宫创口愈合不理想,导致妊娠早期胎盘的附着较正常位置向前上方移位,对胎儿有不良的影响,严重者需终止妊娠。(2)子宫破裂:随着胎儿的逐渐长大,导致子宫的扩大,进而使子宫壁受到的压力也随之增大,当分娩时这种压力达到最大,若疤痕处的内膜损伤恢复未完全,疤痕周围就成为子宫的薄弱环节,容易出现子宫的自发性破裂,严重者可导致产妇死亡。(3)分娩并发症:当疤痕子宫产妇再次采用剖宫术进行分娩时,手术需对上次手术造成的粘连进行分离,从而延

长了手术时间,使得手术的风险性和并发症的发生率显著增加。有研究数据显示,再次剖宫产手术出现产妇创口感染、愈合不良、新生儿缺氧等并发症的发生率明显高于首次剖宫产手术的产妇<sup>[8]</sup>。(4)产后出血:剖宫产手术多采取在产妇的子宫下段切口,术后疤痕直接影响子宫的收缩,使得产后出血的发生率显著增加。

本院研究及大量临床研究数据证实,对于疤痕子宫再次妊娠的产妇使用阴道试产具有良好的效果和可行性。使用阴道试产同时在分娩时间、并发症、临床满意率等方面优于对照组。但由于医疗技术等诸多因素的影响,目前疤痕子宫再次妊娠采用阴道试产还有十分严格的要求,妊娠与上次手术时间不小于 2 年,但并不是间隔时间越长越好。临床研究证实,第一次手术后 2~3 年是手术创口愈合的最佳时机,此时妊娠采取阴道试产分娩的成功率最高<sup>[9]</sup>。阴道试产要求产妇无严重的原发性疾病及妊娠并发症,为正常胎位,且胎儿发育正常。阴道试产分娩时,要配备必要的监护和急救设备,并由经验丰富的医师进行全程监护。同时需要产妇明确阴道试产的利弊,自愿选择阴道试产分娩。

虽然在疤痕子宫再次妊娠分娩中阴道试产较剖宫产具有诸多优势,但是阴道试产的临床应用率相对较低。造成这种现状的原因很多,比如严格的适应证要求;阴道试产分娩的临床操作具有较大的风险性,医院及医生为避免责任,因此在疤痕子宫再次妊娠分娩中多倾向于剖宫产;大多数产妇对阴道试产缺乏了解,甚至在恐惧心理,因此多主动要求采用剖宫产;部分产妇要求在分娩过程中直接进行绝育手术<sup>[10]</sup>。

对于疤痕子宫再次妊娠的产妇使用阴道试产具有良好的效果和可行性,值得在临床应用中推广。明确适应证,提高阴道试产分娩的操作技巧,进而降低对产妇的要求,扩大适用人群。可以注重加强阴道试产分娩优势的宣传,使产妇及家属对阴道试产有深入的认识。加强医生的责任感,通过宣传教育树立医生以“患者为中心”的服务意识,鼓励符(下转第 2148 页)

50%的抗菌药物有7种,占总体的41.18%。提示铜绿假单胞菌对常见抗菌药物的耐药情况非常严重,见表1。

### 3 讨 论

铜绿假单胞菌广泛分布于周围环境和健康人皮肤、呼吸道、消化道等部位,是年老体弱、慢性疾病和免疫功能低下患者合并感染的常见病原之一,常引起严重感染,其引起的医院感染高达30%以上<sup>[2]</sup>。随着抗菌药物在临床的广泛使用,细菌的耐药问题日趋严峻。目前,临床感染铜绿假单胞菌呈逐年上升趋势<sup>[3]</sup>。周秀珍等<sup>[4]</sup>研究发现,十年间铜绿假单胞菌的临床分离率上升了约3倍,高达21.48%。其他研究也发现铜绿假单胞菌的临床分离率多在10%以上<sup>[5]</sup>。相应的是,本院的铜绿假单胞菌临床分离率为9.56%。铜绿假单胞菌可以各种形式感染人体,并难以治疗和彻底清除。但在各种形式的感染中,以肺部感染、手术后伤口感染、烧伤后感染、尿路感染等多见。本研究通过分析铜绿假单胞菌的临床标本分布,发现其在痰液标本中的检出率最高,与其他文献报道相符<sup>[6]</sup>。这些结果提示铜绿假单胞菌是呼吸道的主要感染菌,医院感染管理部门应加强对患者呼吸道的护理和监控,并做好全面消毒工作。

目前,临床上许多病原菌的耐药性较严重,这与抗菌药物的滥用有一定关系。本研究的药敏试验结果表明,在17种常见抗菌药物中,铜绿假单胞菌耐药率超过50%的有7种抗菌药物,占41.18%。其中,铜绿假单胞菌对氨苄西林、氨苄西林/舒巴坦、头孢呋辛、头孢替坦、头孢唑啉、复方新诺明呈高耐药性,耐药率在90%以上。铜绿假单胞菌表现为多重耐药,提示在进行该菌感染治疗时应避免用这些药物。铜绿假单胞菌的耐药机制非常复杂,主要有:(1)细菌产生活性酶,如β-内酰胺酶、氨基糖苷类钝化酶等;(2)细菌改变药物作用靶位,如青霉素结合蛋白的改变、DNA螺旋酶等结构发生改变,从而逃避药物作用;(3)外膜通透性降低;(4)细菌的主动泵出系统;(5)生物膜的形成等<sup>[7]</sup>。通常不是单一因素,而是几种机制共同作用导致其耐药。

此外,本研究也发现铜绿假单胞菌对一些药物较敏感。如喹诺酮类药物环丙沙星和左氧氟沙星,耐药率分别为31.98%与36.84%;氨基糖苷类药物庆大霉素和妥布霉素,耐药率分别为43.32%与30.36%。这些数据提示,在临床治疗过程中可优先使用环丙沙星、妥布霉素等药物。本研究结果表明,第4代头孢哌拉西林/他唑巴坦及碳青霉烯类抗菌药物美洛培南、亚胺培南等对铜绿假单胞菌具有较好抑制作用,耐药率分别为

21.46%、21.46%和20.24%。临床应依照药敏试验结果,选用抗菌活性强的药物,对严重感染者需联合用药。

铜绿假单胞菌可通过基因突变或基因水平转移获得耐药基因,产生各种β-内酰胺酶和抗菌药物修饰酶、外排泵高表达、药物作用靶位改变和外膜通透性改变等,从而产生多重耐药<sup>[8]</sup>。细菌的耐药机制和耐药程度具有地域差别性<sup>[4]</sup>。因此,阐明本地区的铜绿假单胞菌耐药谱及其耐药基因表达水平,对有效预防耐药菌株迅速生长具有重要临床意义。加强本院铜绿假单胞菌对抗菌药物耐药动态监测,有助于指导临床抗感染时合理应用抗菌药物,以延缓其耐药性的进展与耐药率的攀升。

### 参考文献

- [1] 宋志香,薛文英,胡凤军,等.铜绿假单胞菌的流行病学及耐药性研究[J].中华医院感染学杂志,2011,21(20):4371-4373.
- [2] 孙珊,张莉萍.1 274株铜绿假单胞菌在临床细菌感染中的分布及耐药性分析[J].重庆医学,2011,40(3):226-228.
- [3] 黄源春,蔡应木,王佩芬,等.某医院鲍曼不动杆菌和铜绿假单胞菌耐药性监测[J].国际检验医学杂志,2011,32(13):1432-1433.
- [4] 周秀珍,孙继梅,刘建华.连续十年铜绿假单胞菌对碳青霉烯类抗菌药物耐药率分析[J].中国全科医学,2010,13(13):1467-1469.
- [5] 李卓园,韦柳华,蒋利君,等.3年铜绿假单胞菌的感染分布及耐药性变迁[J].中华医院感染学杂志,2010,20(20):3221-3222.
- [6] 高辉,王杨,黄云昆,等.2005~2009年我院铜绿假单胞菌的临床分布及耐药性分析[J].中国实验诊断学,2010,14(11):1761-1762.
- [7] 刘春明.铜绿假单胞菌耐药机制的研究进展[J].中华医院感染学杂志,2011,21(21):4634-4637.
- [8] 崔爱瑛.132株铜绿假单胞菌来源、耐药性及耐药基因携带情况分析[J].山东医药,2011,38(1):107-108.

(收稿日期:2012-04-18)

(上接第2146页)

合阴道试产的产妇采用阴道试产分娩。

### 参考文献

- [1] 束晓明,王海蓉,曹继蕴.改良周氏剖宫产子宫切口在疤痕子宫的应用[J].重庆医学,2010,39(6):739-740.
- [2] 宋秀莲.剖宫产术后再次足月妊娠阴道分娩的安全性探讨[J].中国现代医药杂志,2012,14(1):128-129.
- [3] 崔艳丽.剖宫产后疤痕子宫妊娠阴道分娩的选择及分析[J].中国妇产科临床杂志,2010,11(4):234-235.
- [4] 杨玲竹,柴珂.剖宫产术后再次妊娠阴道分娩的可行性研究进展[J].中国妇产科临床杂志,2008,8(3):156-157.
- [5] 唐丽平.剖宫产术后再次妊娠170例分娩方式分析[J].实用医学杂志,2008,24(18):3227-3228.
- [6] 潘雪萍.剖宫产后再次妊娠阴道试产155例临床分析

[J].中国生育健康杂志,2011,22(4):439-439.

- [7] Petersen KB, Langhoff-Roos J, Krebs L, et al. Pregnancy within the uterine scar of a prior caesarean section[J]. Ugeskr Laeger, 2010, 172(33):2226-2231.
- [8] 王美林.瘢痕子宫再次妊娠不同分娩方式的临床效果观察[J].中国现代医生,2010,48(26):29-30.
- [9] Kumakiri J, Kikuchi I, Kitade M, et al. Evaluation of factors contributing to uterine scar formation after laparoscopic myomectomy [J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2010, 89(8):1078-1083.
- [10] 华海红,余卢妹.疤痕子宫经阴道分娩的探讨和体会[J].河北医学,2011,17(1):85-87.

(收稿日期:2012-05-22)