

# 瘢痕子宫再孕经阴道自然分娩的可行性

李春美

(凤庆县人民医院产科, 云南 临沧 675900)

**摘要:** **目的** 分析剖宫产术后瘢痕子宫再次经阴道自然分娩的可行性与安全性。**方法** 选取凤庆县人民医院 2019 年 1 月至 2020 年 1 月收治的 60 例瘢痕子宫再妊娠孕妇, 将其作为试验组, 另选取同期进行孕检的 60 例非瘢痕子宫妊娠孕妇, 将其作为对照组, 开展前瞻性研究。分析试验组孕妇瘢痕分级情况, 比较两组孕妇阴道分娩、剖宫产情况、子宫下段厚度; 分析两组孕妇剖宫产原因, 比较两组孕妇出血量、新生儿 1 min 阿氏 (Apgar) 评分。**结果** 试验组中 I 级瘢痕孕妇占比显著高于 II~IV 级瘢痕孕妇占比; 试验组的 II~IV 级瘢痕孕妇阴道分娩占比及 I 级、II~IV 级瘢痕孕妇子宫下段厚度与对照组比均显著下降, 且 II~IV 级瘢痕孕妇显著低于 I 级瘢痕孕妇; II~IV 级瘢痕孕妇剖宫产分娩占比、产后 24 h、术中出血量均显著高于对照组, 且 II~IV 级瘢痕孕妇显著高于 I 级瘢痕孕妇 (均  $P < 0.05$ ); 两组孕妇胎儿宫内窘迫、宫缩乏力、产程异常占比及新生儿 1 min Apgar 评分比较, 差异均无统计学意义 (均  $P > 0.05$ )。**结论** 瘢痕子宫再孕经阴道自然分娩存在一定的可行性, 在进行经阴道自然分娩的过程中需密切关注影响产妇生命体征, 缓解产妇的疼痛感, 提高新生儿出生质量, 同时需对子宫下段愈合情况进行评估, 有效指导分娩方式的选择。

**关键词:** 瘢痕子宫; 再孕; 自然分娩; 妊娠结局

**中图分类号:** R714.3

**文献标识码:** A

**文章编号:** 2096-3718.2022.07.0139.03

相关研究显示, 瘢痕子宫的常见原因包括既往剖宫产史、子宫破裂史等, 其中剖宫产史是引发瘢痕子宫的主要原因<sup>[1]</sup>。剖宫产术后子宫瘢痕缺陷可导致多种妊娠期与非妊娠期并发症, 进而影响产妇及新生儿生命安全。对瘢痕子宫再次妊娠选择阴道分娩还是剖宫产, 需要进行综合评价, 主要采用超声检测原切口的厚度与瘢痕愈合状态, 从而用以判定是否可以阴道自然分娩<sup>[2]</sup>。基于此, 本研究重点探讨了瘢痕子宫再孕经阴道自然分娩的可行性与安全性, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取凤庆县人民医院 2019 年 1 月至 2020 年 1 月收治的 60 例瘢痕子宫再妊娠孕妇, 将其作为试验组, 另选取同期进行孕检的 60 例非瘢痕子宫妊娠孕妇, 将其作为对照组, 开展前瞻性研究。对照组孕妇年龄 21~40 岁, 平均  $(28.0 \pm 5.4)$  岁; 孕周 38~41 周, 平均  $(39.7 \pm 0.9)$  周。试验组孕妇年龄 23~42 岁, 平均  $(28.5 \pm 4.7)$  岁; 孕周 39~40 周, 平均  $(39.5 \pm 0.4)$  周。对比两组孕妇一般资料, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 组间可实施对比。诊断标准: 试验组孕妇参照《剖宫产术后子宫瘢痕妊娠诊治专家共识 (2016)》<sup>[3]</sup> 中的相关诊断标准。纳入标准: 试验组孕妇胎位正常, 宫内遗留的瘢痕组织为子宫下段, 离前次剖宫产至少 2 年; 超声下子宫瘢痕部位最薄厚度  $> 3.5$  mm 者; 胎儿体质量  $< 3500$  g, 且未发生胎盘功能减退、胎位不稳等问题者; 无中、晚孕引产史及自然分娩史者。对照组孕妇参照《妇产科学》<sup>[4]</sup> 中关于

妊娠的诊断标准, 单胎头位, 胎儿发育情况良好, 子宫发育正常。排除标准: 试验组前次剖宫产为非子宫下段横切口者; 伴有明显的内、外科合并症者等。研究经凤庆县人民医院医学伦理委员会审核批准, 孕妇及家属均签署知情同意书。

**1.2 研究方法** ①从妊娠 35 周开始分别采用腹部超声对两组孕妇、胎儿进行检查, 且每周均进行子宫瘢痕超声检查, 直至临产, 在生产前, 采用超声诊断仪 (飞利浦公司, 型号: HD11-XE) 对子宫下段肌层厚度进行检查, 将探头频率设置为 3.5 MHz (腹部探头), 孕妇仰卧位, 检查医师先将探头置于下腹部对胎儿发育情况进行检查, 之后更换高频探头 (8.0~11.5 MHz), 对膀胱底后方的子宫蜕膜层、浆膜层等做连续扫查, 观察完整性、肌层是否缺损等, 对子宫肌层最单薄部位进行纵切扫查, 共检查 3 次计算平均值。②在产房生产时: 做好孕妇的心理疏导, 缓解紧张、不安、慌乱、恐惧等负面情绪; 保持对孕产妇宫缩状况、胎心跳动、宫口扩张等情况的耐心指导, 在正确用力、协调操作下, 降低孕妇的生产难度; 根据母胎综合状况, 选择合理的助产技术, 尽可能选择自然分娩, 对采取剖宫产行动的孕妇具体情况进行记录, 若发生影响生育安全性的特殊情况, 应当及时手术终止妊娠。③在生产后: 对产妇是否有产后出血、排尿情况进行观察分析。

**1.3 观察指标** ①分析试验组孕妇瘢痕分级情况, 共分为 4 级, 其中 I 级为子宫前壁下段厚度  $\geq 3$  mm, 子宫肌层回声均匀; II 级为子宫前壁下段厚度  $< 3$  mm, 子宫肌

层回声层次连续性较差,子宫肌层局部存在缺损,且探头加压后羊膜未见隆起;Ⅲ级为子宫前壁下段厚度 $<3\text{ mm}$ ,探头加压后局部羊膜囊向前壁下段隆起;Ⅳ级为探头加压后羊膜囊向前壁下段、膀胱隆起,宫内压力无升高<sup>[5]</sup>。②比较两组孕妇阴道分娩、剖宫产、子宫下段厚度,其中阴道试产指征为超声预测胎儿体质量在 $2\ 500\sim 3\ 500\text{ g}$ ,子宫下段肌层厚度均匀,离前次剖宫产 $>2$ 年,胎儿头盆对称,首次剖宫产为下段横切口;剖宫产指征:子宫下段肌层厚度 $<3\text{ mm}$ ,符合剖宫产手术指征,孕妇及其家属均拒绝阴道试产<sup>[6]</sup>。③分析两组孕妇剖宫产原因,包括胎儿宫内窘迫、宫缩乏力、产程异常。④比较两组孕妇出血量、新生儿出生质量,出血量包括产后 $24\text{ h}$ 、术中出血量,采用联合称重法,即术后敷料、纱布垫及一次性产妇垫的术后敷料减去术前敷料、纱布垫及一次性产妇垫得到出血质量,失血量 $=(\text{有血敷料质量}-\text{干敷料质量})/1.05$ ,并进行计算;采用 $1\text{ min}$ 阿氏(Apgar)评分<sup>[7]</sup>评估新生儿出生质量,Apgar评分法的评定内容包括新生儿出生后的肌力、脉搏、对刺激的反应、外貌、呼吸, $7$ 分以下考虑轻度窒息, $4$ 分以下考虑重度窒息, $7\sim 10$ 分为正常。

**1.4 统计学方法** 应用SPSS 23.0统计软件分析处理数据,计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,两组间比较采用 $t$ 检验,多组间比较采用重复测量方差分析;计数资料以[例(%)]表示,两组间比较采用 $\chi^2$ 检验,多组间比较采用 $\chi^2$ 趋势检验。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 试验组孕妇瘢痕分级情况** 试验组孕妇瘢痕分级Ⅰ级 $38$ 例,占比 $63.3\%$ ;Ⅱ级 $10$ 例,占比 $16.7\%$ ;Ⅲ级 $7$ 例,占比 $11.7\%$ ;Ⅳ级 $5$ 例,占比 $8.3\%$ ,瘢痕分级Ⅰ级的孕妇占比显著高于瘢痕分级Ⅱ~Ⅳ级的孕妇占比,差异均有统计学意义( $\chi^2=27.222, 34.169, 39.468$ , 均 $P<0.05$ )。

**2.2 阴道分娩、剖宫产情况、子宫下段厚度** 试验组Ⅱ~Ⅳ级瘢痕孕妇阴道分娩占比及Ⅰ级、Ⅱ~Ⅳ级瘢痕孕妇子宫下段瘢痕厚度与对照组比均显著下降,且Ⅱ~Ⅳ级瘢痕孕妇显著低于Ⅰ级瘢痕孕妇;Ⅱ~Ⅳ级瘢痕孕妇剖宫产分娩占比显著高于对照组与Ⅰ级瘢痕孕妇,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$ ),见表1。

**2.3 剖宫产原因** 两组孕妇胎儿宫内窘迫、宫缩乏力、产程异常占比比较,差异均无统计学意义(均 $P>0.05$ ),见表2。

**2.4 出血量、新生儿出生质量** 试验组Ⅱ~Ⅳ级瘢痕孕妇产后 $24\text{ h}$ 、术中出血量显著高于对照组与Ⅰ级瘢痕产妇,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$ );对照组与试验组新生儿 $1\text{ min}$  Apgar评分比较,差异均无统计学意义(均 $P>0.05$ ),见表3。

表1 3组孕妇阴道分娩、剖宫产情况、子宫下段厚度比较

组别	例数	阴道分娩 [例(%)]	剖宫产 [例(%)]	子宫下段厚度 ( $\bar{x}\pm s, \text{mm}$ )
对照组	60	45(75.0)	15(25.0)	$4.4\pm 0.6$
Ⅰ级瘢痕	38	22(57.9)	16(42.1)	$4.1\pm 0.5^*$
Ⅱ~Ⅳ级瘢痕	22	0(0.0) <sup>#</sup>	22(100.0) <sup>#</sup>	$1.3\pm 0.2^{*#}$
$\chi^2/F$ 值		36.815	36.815	302.562
$P$ 值		$<0.05$	$<0.05$	$<0.05$

注:与对照组比, \* $P<0.05$ ;与Ⅰ级瘢痕比, # $P<0.05$ 。

表2 两组孕妇剖宫产原因比较 [例(%)]

组别	例数	胎儿宫内窘迫	宫缩乏力	产程异常
对照组	15	6(40.0)	3(20.0)	6(40.0)
试验组	38	5(13.2)	2(5.3)	5(13.2)
$\chi^2$ 值		3.221	1.281	3.221
$P$ 值		$>0.05$	$>0.05$	$>0.05$

表3 3组孕妇出血量与新生儿出生质量比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	出血量 (mL)		1 min Apgar 评分 (分)
		术中出血量	产后 $24\text{ h}$	
对照组	60	$246.3\pm 76.4$	$95.8\pm 25.0$	$9.5\pm 0.3$
Ⅰ级瘢痕	38	$249.5\pm 65.5$	$102.3\pm 20.1$	$9.6\pm 0.3$
Ⅱ~Ⅳ级瘢痕	22	$347.1\pm 88.0^{*#}$	$158.7\pm 33.6^{*#}$	$9.5\pm 0.1$
$F$ 值		15.670	51.493	1.716
$P$ 值		$<0.05$	$<0.05$	$>0.05$

注:与对照组比, \* $P<0.05$ ;与Ⅰ级瘢痕比, # $P<0.05$ 。Apgar评分:阿氏评分。

## 3 讨论

剖宫产是高危妊娠孕妇与不适合自然分娩的孕妇较为安全、有效的一种分娩方式,其可使孕妇、胎儿的发病率与死亡率下降。但剖宫产手术中的子宫切口在术后 $2$ 年才能完全愈合,如果切口愈合不佳,极易引发子宫破裂、胎盘植入等情况。瘢痕子宫是由于子宫有过开放性的手术,有切口的伤痕,如剖宫产女性或者有过子宫肌瘤手术的女性。瘢痕子宫对再次怀孕的生产及产后都有一定的影响,瘢痕子宫再次怀孕时子宫被撑大,瘢痕处的肌肉越拉越薄弱,存在破裂的风险,而子宫破裂可引发孕产妇腹痛、大出血,甚至导致胎儿与孕妇死亡<sup>[8-9]</sup>。

瘢痕子宫再妊娠孕妇通常选择再次剖宫产,但再次剖宫产对母婴的影响主要包括以下几个方面:①盆腔粘连的发生概率会随着剖宫产次数的增加而升高;②前置胎盘、植入性胎盘的发生率有所增加;③第二次剖宫产出血发生率明显高于阴道分娩和第一次剖宫产,与此同时,孕产妇和新生儿的死亡率也逐渐升高<sup>[10-11]</sup>。邱海凡等<sup>[12]</sup>研究显示,瘢痕子宫再次行剖宫产术可因子宫下段暴露不充分而增加手术难度,同时还可使膀胱损伤的发生风险增加。因此,对于瘢痕子宫再妊娠孕妇,选择正确的分娩方式尤为

重要。

正常妊娠孕妇在妊娠晚期子宫下段厚度在5~8 mm,且子宫下段肌层厚度会随着孕周的增加逐渐变薄,若子宫下段厚度<3.5 mm则可增加孕妇发生子宫破裂的发生风险,且随着瘢痕分级的增加子宫下段厚度逐渐变薄<sup>[13]</sup>。本研究中,试验组Ⅱ~Ⅳ级瘢痕孕妇阴道分娩占比及Ⅰ、Ⅱ~Ⅳ级瘢痕孕妇产下段厚度均显著低于对照组,且Ⅱ~Ⅳ级瘢痕孕妇显著低于Ⅰ级瘢痕孕妇;试验组Ⅱ~Ⅳ级瘢痕孕妇产剖宫产分娩占比显著高于对照组,且Ⅱ~Ⅳ级瘢痕孕妇显著高于Ⅰ级瘢痕孕妇,表明子宫下段厚度可用于评估瘢痕子宫再孕经阴道自然分娩。临床上常以3 mm作为判断子宫下段瘢痕愈合程度是否良好的临界值。本研究中,对照组与试验组中Ⅰ级瘢痕孕妇阴道分娩占比比较,差异无统计学意义,Ⅱ~Ⅳ级瘢痕则均行剖宫产,随着瘢痕分级的增加,孕妇剖宫产率逐渐上升。同时本研究中,试验组孕妇Ⅱ级~Ⅳ级瘢痕产后24 h、术中出血量均显著高于对照组,且Ⅱ~Ⅳ级瘢痕显著高于Ⅰ级,其原因可能在于,子宫下段瘢痕愈合情况不佳,使子宫收缩力下降,增加了缩宫素的使用量,从而导致术中、产后出血风险增加<sup>[14]</sup>。

临床研究显示,孕妇行阴道自然分娩,妊娠和分娩不仅可以促进分娩的正常生理过程,还可以促进产后泌乳,且产妇在分娩后恢复更快,更容易、更早获得乳汁<sup>[15]</sup>;免疫球蛋白G(IgG)可以在自然分娩过程中由母体传递给胎儿,使新生儿免疫力增强;胎儿在产道内通过触觉、味觉、痛觉及位置感得到锻炼,促进大脑发育和前庭功能;子宫收缩可影响胎儿肺,增加肺内表面活性物质。肺泡容易扩张并促进胎儿肺的成熟;胎头通过产道时受压,头部受阻,可增加大脑呼吸中枢的兴奋性,有助于出生后迅速恢复正常呼吸;经产道压缩作用后,可将进入胎儿气道的羊水和黏液挤出,可显著减少新生儿湿肺和吸入性肺炎的发生<sup>[16-17]</sup>。本研究中,对照组与试验组孕妇产剖宫产原因、新生儿1 min Apgar评分经比较,差异均无统计学意义,表明瘢痕子宫再孕经阴道自然分娩具有一定的可行性,且阴道自然分娩有利于确保新生儿的出生质量。但在瘢痕子宫再孕经阴道自然分娩时需密切关注以下事项:需安排有丰富经验的护士观察生产情况,定期检测胎心,并且了解产妇羊水状况;密切关注产妇的宫缩情况,在产程不顺利的情況下采用宫缩素对患者进行静脉滴注并密切观察,一旦异常则立即停止用药;同时需密切观察产妇瘢痕部位是否存在压痛的情况。

综上,瘢痕子宫再孕经阴道自然分娩存在一定的可行性,在进行经阴道自然分娩的过程中密切关注影响产妇生命安全的因素,缓解产妇的疼痛感,提高新生儿出生质量,同时需对子宫下段愈合情况进行评估,可有效指导分娩方

式的选择。

## 参考文献

- [1] 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,2015,31(1):87-90.
- [2] 刘春玲,杨云萍,周春兰.瘢痕子宫孕妇经阴道分娩的妊娠结局及与子宫下段瘢痕厚度关系探讨[J].中国计划生育学杂志,2019,27(3):335-338.
- [3] 中华医学会妇产科分会计划生育学组.剖宫产术后子宫瘢痕妊娠诊治专家共识(2016)[J].中华妇产科杂志,2016,51(8):568-571.
- [4] 徐文,宋波,李丽娟,等.妇产科学[M].北京:军事医学科学出版社,2012:19-22.
- [5] 王新彦,李洪霞,冀涛.不同程度瘢痕子宫对再次妊娠子宫下段厚度及分娩方式选择的影响[J].医学综述,2017,23(4):814-816.
- [6] 周艳,黄瑜,陈鸿雁.剖宫产后瘢痕子宫妊娠早产经阴道分娩的可行性与安全性[J].中国性科学,2019,28(6):65-67.
- [7] 贺晶,闫雪.腰硬联合麻醉与硬膜外麻醉对重度子痫前期剖宫产产妇产血流动力学和新生儿apgar评分的影响[J].中国实验诊断学,2016,20(10):1709-1712.
- [8] 孔志伟,周美娟,全晓广.瘢痕子宫再次妊娠早产经阴道分娩的可行性以及对母婴结局的影响[J].中国当代医药,2019,26(25):140-142.
- [9] 何涓.瘢痕子宫再次妊娠阴道分娩的可行性及安全性分析[J].现代中西医结合杂志,2015,24(23):2568-2570.
- [10] 陈玉荣.多次剖宫产后再次妊娠风险评估及其与妊娠结局的关系[J].蚌埠医学院学报,2019,44(7):932-936.
- [11] 王爱琴.瘢痕子宫再次妊娠经阴道分娩对产妇出血量住院时间及新生儿健康的影响[J].中国药物与临床,2018,18(8):1350-1351.
- [12] 邱海凡,王连云,潘圆圆,等.剖宫产术后瘢痕子宫阴道分娩的可行性和安全性研究[J].中华全科医师杂志,2019,18(5):458-461.
- [13] 沈红梅,李璐.经腹联合经阴道超声检测瘢痕子宫下段肌层厚度对分娩方式选择的指导价值[J].中国超声医学杂志,2019,35(4):358-361.
- [14] 陈淑华,钟诚.瘢痕子宫下段肌层厚度与阴道试产失败的关系[J].中国性科学,2020,29(10):100-103.
- [15] 程啟胜,王琳.瘢痕子宫再次妊娠阴道分娩的临床分析[J].大连医科大学学报,2020,42(5):440-443.
- [16] 赵素娥,王娜.瘢痕子宫再孕经阴道自然分娩的可行性分析[J].河北医药,2018,40(16):2519-2521.
- [17] 何立梅,冯倩,白春晓,等.气囊仿生助产术在瘢痕子宫再次妊娠阴道分娩中的临床效果观察[J].贵州医药,2018,42(2):190-192.