

# 剖宫产术后再次妊娠阴道试产临床观察

殷艳晶, 刘爱平

北京市昌平区医院产科, 北京 102200

**摘要:** **目的** 观察剖宫产术后再次妊娠阴道试产(TOLAC)的临床结局,为临床对剖宫产术后再次妊娠产妇分娩方式的选择提供参考。**方法** 回顾性分析 2014 年 2 月至 2016 年 10 月住院分娩的剖宫产术后再次妊娠阴道试产的 78 例产妇(TOLAC 组)和择期重复剖宫产 272 例产妇(ERCD 组)的临床资料,并选择同期非瘢痕子宫成功阴道分娩的足月初产妇 120 例作为正常对照组,记录三组产妇产后 24 h 出血量、新生儿出生后 5 min Apgar 评分、住院时间、住院费用、子宫破裂例数、产褥病率等指标,并对各组上述指标的结果进行分析。**结果** 三组产后 24 h 出血量、住院时间和费用比较差异有统计学意义( $P$ 均 $<0.01$ ),两两比较显示,产后出血量、住院时间和费用在 TOLAC 组和正常对照组均低于 ERCD 组( $P$ 均 $<0.05$ ),TOLAC 组与正常对照组相近( $P$ 均 $>0.05$ );三组新生儿出生后 5 min Apgar 评分差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。TOLAC 组 78 例中,阴道试产成功 61 例(TOLAC 成功亚组),占试产者的 78.2%,阴道试产失败转为剖宫产 17 例(TOLAC 失败亚组);对两亚组的比较显示,失败亚组产后出血量、住院时间和费用均高于成功亚组( $P$ 均 $<0.05$ ),新生儿出生后 5 min Apgar 评分差异无统计学意义( $P>0.05$ )。TOLAC 组、ERCD 组和正常对照组产褥病分别发生 2 例(失败亚组、成功亚组各 1 例)、4 例和 2 例,产褥病率组间差异无统计学意义( $P>0.05$ )。各组均无子宫破裂发生。**结论** 在严格掌握阴道试产指征、加强产时监护的条件下,对剖宫产术后再次妊娠者进行阴道试产是可行的。

**关键词:** 剖宫产; 再次妊娠; 阴道试产; 产后出血量; 产褥病率; 子宫破裂

**中图分类号:** R 714 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2017)04-0527-03

近年来,我国的剖宫产率大于 40%,而非医学指征的剖宫产率占全部剖宫产的 1/4 左右,已远远超出 WHO 提出的将剖宫产率降到 15% 以下的标准<sup>[1]</sup>。随着中国二胎政策的全面实施,许多再次妊娠并有剖宫产史的孕妇需要面临分娩方式的谨慎选择。相对于剖宫产,阴道分娩过程中因胎儿经阴道挤压,可减少湿肺、呼吸窘迫综合征等疾病的发生<sup>[2-3]</sup>。有剖宫产史的产妇在此次妊娠中尝试阴道分娩被称为剖宫产后阴道试产(TOLAC),试产成功称为剖宫产后成功阴道分娩。相对再次剖宫产而言,TOLAC 具有避免再次手术、住院费用低等优势<sup>[4]</sup>,但试产也存在子宫破裂的风险<sup>[5]</sup>。本研究回顾性分析我院 78 例剖宫产术后再次妊娠者的阴道试产临床情况。现报道如下。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 选取 2014 年 2 月至 2016 年 10 月本院住院分娩的剖宫产术后再次妊娠阴道试产的 78 例产妇(TOLAC 组)和择期重复剖宫产 272 例产妇(ERCD 组)的临床资料进行回顾性分析,均仅有 1 次剖宫产

史,前次均非试产失败,无严重妊娠合并症和并发症。产妇年龄 24~38( $30.6 \pm 5.6$ )岁;孕周 37~41( $38.5 \pm 1.2$ )周;与上一次分娩时间间隔 20 个月~8 年,平均( $4.5 \pm 2.6$ )年。并随机抽取同期非瘢痕子宫阴道分娩的足月初产妇 120 例作为正常对照组,年龄 23~38( $30.1 \pm 6.1$ )岁,孕周 37~41( $38.6 \pm 1.1$ )周。

**1.2 TOLAC 纳入标准与排除标准** 纳入标准<sup>[6]</sup>: (1)仅进行过 1 次剖宫产术,手术切口为子宫下段横切口,且切口愈合良好;(2)上一次剖宫产的指征已消失,且此次没有发现新的剖宫产指征;(3)无严重的并发症或妊娠合并症;(4)无头盆不称;(5)产前超声检查子宫下段无瘢痕缺陷;(6)自然临产;(7)与产妇及家属就风险问题充分沟通,并签署知情同意书。排除标准<sup>[7]</sup>: (1)上一次行古典式剖宫产;(2)有过子宫破裂史;(3)前次大的子宫手术史或子宫肌瘤剥除术中穿透子宫内膜者;(4)有其他阴道分娩禁忌证者。

**1.3 分娩情况** TOLAC 组 78 例中 61 例阴道分娩成功(TOLAC 成功亚组),占试产者的 78.2%;17 例因产程异常、胎心异常或产妇要求剖宫产(TOLAC 失败亚组)。ERCD 组 272 例行择期重复剖宫产。正常对照组同期非瘢痕子宫足月初产妇 120 例均行阴道分娩。所有阴道分娩产妇均实行导乐陪伴分娩。

表 1 各组相关指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

分组	例数	产后 24 h 出血量 (ml)	Apgar 评分 (分)	住院时间 (d)	住院费用 (元)
TOLAC 组	78	450.5 ± 201.6	9.96 ± 0.24	4.06 ± 0.75	5685.0 ± 675.6
失败亚组	17	668.5 ± 184.3	9.94 ± 0.26	7.12 ± 0.54	8625.6 ± 785.6
成功亚组	61	389.7 ± 89.6 <sup>③</sup>	9.96 ± 0.22	3.21 ± 0.35 <sup>③</sup>	4865.5 ± 675.6 <sup>③</sup>
ERCD 组	272	608.5 ± 168.6 <sup>①</sup>	9.96 ± 0.22	5.89 ± 0.53 <sup>①</sup>	7623.9 ± 823.5 <sup>①</sup>
正常对照组	120	378.5 ± 86.1 <sup>②</sup>	9.97 ± 0.23	3.13 ± 0.33 <sup>②</sup>	4656.8 ± 586.6 <sup>②</sup>
P 值		<0.01	>0.05	<0.01	<0.01

注:与 TOLAC 组比较,① $P < 0.05$ ;与 ERCD 组比较,② $P < 0.05$ ;与失败亚组比较,③ $P < 0.05$ 。

1.4 观察指标 记录所有纳入研究产妇产后 24 h 出血量、新生儿出生后 5 min Apgar 评分、住院时间、住院费用、子宫破裂例数、产褥病率等指标。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 21.0 统计软件进行分析。计数资料以例 (%) 表示,采用 R × C 表资料的 $\chi^2$ 检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,经正态性和方差齐性检验符合正态性和方差齐性后,采用方差分析,两两比较采用 q 检验。检验水准为 $\alpha = 0.05$ 。

## 2 结果

2.1 各组产妇的一般资料 TOLAC 组 78 例,年龄 24 ~ 37 (29.8 ± 5.5) 岁,孕周 37 ~ 41 (38.4 ± 1.3) 周 [其中 TOLAC 成功组 61 例,年龄 24 ~ 37 (29.6 ± 5.6) 岁,孕周 37 ~ 41 (38.6 ± 1.4) 周;TOLAC 失败组 17 例,年龄 26 ~ 37 (30.2 ± 5.5) 岁,孕周 37 ~ 41 (38.2 ± 1.2) 周];ERCD 组 272 例,年龄 24 ~ 38 (30.9 ± 5.8) 岁,孕周 37 ~ 41 (38.6 ± 1.5) 周。各组的年龄、孕周相当,提示年龄、孕周不是剖宫产术后再次妊娠产妇能否阴道试产及试产能否成功的影响因素。

2.2 各组相关指标比较 三组产后 24 h 出血量、住院时间和费用比较差异有统计学意义 ( $P$  均 < 0.01),两两比较,产后 24 h 出血量、住院时间和费用在 TOLAC 组和正常对照组均低于 ERCD 组 ( $P$  均 < 0.05),TOLAC 组与正常对照组相近 ( $P$  均 > 0.05);三组新生儿出生后 5 min Apgar 评分差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。见表 1。

2.3 TOLAC 组中失败与成功亚组相关指标比较 TOLAC 组中失败亚组产后出血量、住院时间和费用均高于成功亚组 ( $P$  均 < 0.05),新生儿出生后 5 min Apgar 评分两组差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。见表 1。

2.4 各组产褥病及子宫破裂情况比较 TOLAC 组、ERCD 组和正常对照组产褥病分别发生 2 例 (失败亚组、成功亚组各 1 例)、4 例和 2 例,产褥病率组间差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。各组均无子宫破裂发生。

## 3 讨论

近年来,有剖宫产史再次妊娠的妇女人数逐年增加<sup>[8]</sup>,剖宫产后再次妊娠如何选择分娩方式成为临床研究的热点。1916 年,Cragin<sup>[9]</sup>提出“一次剖宫产,次次剖宫产”的说法,前次剖宫产史几乎成为再次剖宫产手术的绝对指征,随着剖宫产后再次妊娠阴道分娩人数的逐渐增多,这一临床格言被打破。1980 年,美国提出了剖宫产术后阴道试产的概念,并在之后开展了大量的临床研究。再次剖宫产在手术时间、产后出血量、术后感染、住院时间、住院费用、并发症等方面均高于初次剖宫产,增加了产妇的经济负担<sup>[2]</sup>。有研究报道剖宫产术后再次妊娠阴道分娩成功的产妇相比行重复剖宫产的产妇新生儿并发症发生率显著降低,同时产妇恢复也较快<sup>[10]</sup>。国外文献报道,曾有一次剖宫产史的产妇行阴道试产时,阴道分娩成功率为 60% ~ 80%<sup>[11]</sup>。国内相关报道近几年逐渐增多,多篇文献报道我国剖宫产后再次妊娠阴道分娩的成功率为 54.5% ~ 85.7%,试产成功率差异较大<sup>[12-18]</sup>。与此同时,阴道试产失败可能面临母体子宫破裂、子宫切除、需要输血等严重并发症<sup>[8]</sup>。如何选择适合阴道试产的再次妊娠产妇、提高试产成功率以及减少因试产造成的严重并发症,成为剖宫产术后再次妊娠阴道试产成功的关键。

目前西方国家已经陆续出台剖宫产术后再次妊娠阴道试产的相关指南,我国产科专家已陆续分享剖宫产术后再次妊娠阴道试产的经验,并于 2016 年发布剖宫产术后再次妊娠阴道分娩管理的专家共识,对于剖宫产术后再次妊娠阴道试产的纳入条件给出了明确指导。本研究按照 2012 年陈敦金教授提出的纳入标准严格筛选剖宫产术后再次妊娠阴道试产产妇,并对每一位拟试产的产妇经由高年资的产科医师充分评估,排除头盆不称者。分娩过程中尽可能实施导乐陪伴分娩,减少因产妇恐惧、紧张进而导致的试产失败<sup>[19]</sup>。本研究 TOLAC 组阴道试产成功率为 78.2%,与目前国内现有报道接近,且产后出血量、住院时间和费用等指标都优于 ERCD 组,两组新生儿出

生后 5 min Apgar 评分无统计学差异。TOLAC 组产妇产后出血量、住院时间和费用等指标与对照组无统计学差异。

另外,对于阴道试产者应密切监测宫缩、宫口扩张、胎心率、先露下降情况,有无下腹部压痛、血尿和胎心率异常等先兆子宫破裂的临床表现,如果出现先露下降缓慢、产程停滞、产妇高度紧张等情况可以放宽剖宫产指征,及时把握中转剖宫产的时机,避免子宫破裂的发生。我院产房单独设立紧急剖宫产的手术间,一旦发生先兆子宫破裂可及时行开腹手术。这样可以降低因先兆子宫破裂转为剖宫产产妇的分娩并发症。本研究中阴道试产失败转为剖宫产的产妇中无一例因先兆子宫破裂改行剖宫产手术。因此只要严格掌握试产指征,加强产时监护,剖宫产后成功阴道分娩是可行的,且只要阴道试产失败转为剖宫产时机正确,处理恰当,并发症不会较择期重复剖宫产增加。TOLAC 失败组 Apgar 评分和产褥病率与成功组相比差异均无统计学意义,但是 TOLAC 失败组产后出血量、住院时间、费用等均高于 TOLAC 成功组,故试产需告知产妇阴道试产失败后可能的后果。

综上所述,与 ERCD 组相比,本研究 TOLAC 组在减少产后出血量、缩短住院时间和降低住院分娩费用方面存在显著优势。剖宫产术后瘢痕子宫并非阴道试产的禁忌证,对有意愿进行阴道试产并排除禁忌证的孕妇可倡导阴道试产。孕期应加强监护,制定合理及个性化的分娩方案。试产过程中应严密观察产程进展,产房应配备急诊剖宫产条件,为避免不良母婴预后提供重要保障。

## 参考文献

- [1] 董文,卢桂强,刘津. VBAC 试产结局与相关因素的关系[J]. 河北医药,2015,37(16):2450-2452.
- [2] 王新艳,苏琳,朱韞春. 疤痕子宫再次妊娠分娩方式临床分析[J]. 南京医科大学学报(自然科学版),2016,36(10):1233-1236.
- [3] 丁晓华. 不同分娩方式对胎儿生长受限新生儿缺氧发生率及严重程度的影响研究[J]. 中国煤炭工业医学杂志,2015,18(3):363-365.
- [4] 周春红. 剖宫产后阴道分娩的临床观察[J]. 华西医学,2014,29(12):2322-2325.
- [5] 柯茹,樊尚荣,夏俊霞. 剖宫产后阴道分娩的安全性[J]. 广东医学,2016,37(3):366-368.
- [6] 陈敦金,何玉甜. 剖宫产后再次阴道分娩[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2012,28(2):103-105.
- [7] 刘铭,段涛. 剖宫产术后阴道分娩的管理[J]. 中华围产医学杂志,2014,17(3):160-163.
- [8] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 剖宫产术后再次妊娠阴道分娩管理的专家共识(2016)[J]. 中华妇产科杂志,2016,51(8):561-564.
- [9] Cragin EB. Conservatism in obstetrics[J]. N Y Med J,1916,104:1-3.
- [10] 陈廉,张潇潇. 瘢痕子宫妊娠分娩时机及分娩方式选择[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2010,26(8):594-596.
- [11] Guise JM,Eden K,Emeis C, et al. Vaginal birth after cesarean; new insights[J]. Evid Rep Technol Assess (Full Rep),2010,34(191):1-397.
- [12] 马雨珊,李芬. 瘢痕子宫 105 例妊娠分娩方式的探讨[J]. 中国妇幼健康研究,2011,22(1):71-73.
- [13] 崔艳丽. 剖宫产后瘢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):291-292.
- [14] 陈诚,常青,王琳. 剖宫产术后再次妊娠分娩方式的探讨[J]. 实用妇产科杂志,2012,28(4):278-281.
- [15] 陈旭非. 剖宫产术后阴道分娩成功因素及母婴结局的回顾性分析[D]. 广州:南方医科大学,2015.
- [16] 牟田,王雁,刘国莉,等. 剖宫产术后经阴道分娩的 7 种预测模型在中国的临床应用[J]. 北京大学学报(医学版),2016,48(5):795-800.
- [17] 张敬微,孟艳. 剖宫产后阴道分娩的可行性分析[J]. 医学理论与实践,2014,27(18):2473-2474.
- [18] 刘秋兰,马建婷,邵华江,等. 剖宫产后阴道分娩的影响因素[J]. 现代妇产科进展,2015,24(9):691-692,696.
- [19] 陈亚儿. 导乐分娩的临床应用及护理体会[J]. 中华全科医学,2015,13(7):1191-1194.

收稿日期:2016-12-12 修回日期:2017-01-20 编辑:王国品