

剖宫产后再次妊娠的产科处理

——附 131 例临床分析

林国翘^①

(中山医科大学附属第三医院妇产科;广州,510630)

提 要 对 131 例剖宫产后再次妊娠分娩进行回顾性分析。结果显示:有 73 例再次剖宫产,占 55.7%;阴道试产 88 例,阴道分娩 58 例,成功率 65.9%,无子宫疤痕破裂,无围产儿死亡。提示:严格掌握首次剖宫产指征是降低再次剖宫产率的关键,应为剖宫产后再次妊娠创造适合阴道试产的机会。

主题词 剖宫产术,再次;妊娠;剖宫产后阴道分娩

中图分类号 R714.4

随着近代产科的发展及监测技术的广泛应用,剖宫产术解决了许多难产和异常妊娠问题,将母儿的危险程度明显减少。但剖宫产率不断上升而围产儿死亡率并未相应下降,且产妇手术死亡率或并发症均明显高于阴道分娩^[1]。再次妊娠分娩方式的选择、剖宫产后阴道试产、分娩并发症及对母儿预后等问题有待进一步探讨。本文对我院自 1985 年 6 月至 1994 年 12 月共 131 例剖宫产后再次妊娠分娩的产科处理进行回顾性分析。现报道如下。

1 临床资料

1.1 临床病例

1985 年 6 月至 1994 年 12 月本院分娩 6 041 例,剖宫产 1 389 例,剖宫产率 23%;剖宫产后再次妊娠分娩 131 例,占 2.2%,前次均为子宫下段横切口剖宫产术。再次剖宫产 73 例,占 55.7%,阴道分娩 58 例,占 45.3%;选择阴道试产 88 例,成功阴道分娩 58 例,成功率 65.9%,其中自然分娩 40 例,阴道助产 18 例。无孕产妇死亡、无围产儿死亡。

1.2 剖宫产主要指征

首次剖宫产 131 例主要指征为:胎儿宫内窘迫 33 例,胎位不正 28 例,相对头盆不称 22 例(其中明显头盆不称 8 例),骨盆狭窄畸形 17 例,滞产 8 例,过期妊娠 8 例,重度妊高征 6 例,前置胎盘 5 例,合并心脏病 3 例,胎盘早剥 1 例。

再次剖宫产 73 例中前次指征未改变者有骨盆狭窄畸形 17 例,心脏病 3 例。新手术指征有胎儿宫内窘迫 13 例,胎位不正 12 例,胎膜早破 9 例,相对头盆不称、滞产 5 例,高龄产妇 5 例,过期妊娠 3 例,巨大胎儿 3 例,前置胎盘 3 例。

1.3 阴道分娩组与再次剖宫产组一般状况、出血量、产程及新生儿情况

1.3.1 两组一般情况比较 阴道分娩组 58 例,年龄 28~41 岁,平均 30.8 岁;孕周 38.2~41.3 周,平均 40.2 周;前次剖宫产距此次妊娠时间 2.4~8.2 年,平均 4.8 年。

再次剖宫产组 73 例,年龄 26~42 岁,平均 31.2 岁;孕周 37.4~43.1 周,平均 39.5 周;前次剖宫产距此次妊娠时间 1.5~11.3 年,平均 5.6 年。

1.3.2 两组出血量与产程的比较 阴道分娩组出血量 100~430ml,平均 160ml。再次剖宫产组出血量 150~3 000ml,平均

^① 作者,1945 年出生,女,主治医师

384.7ml,比阴道分娩组高2.4倍。其中1例胎盘部分植入行子宫次全切除。

阴道分娩平均总产程7h45min±3h23min,试产中3例发现先兆子宫破裂改行剖宫产,无1例子官破裂。

1.3.3 两组新生儿情况比较 阴道分娩组新生儿体重2.5~3.55kg,平均为3.1kg。

再次剖宫产组新生儿体重2.6~4.45kg,平均3.45kg。出生Apgar评分两组比较,差异无显著性意义($P>0.05$),无围产儿死亡。

2 结果与分析

2.1 严格掌握剖宫产指征,努力降低剖宫产率

剖宫产率上升的重要因素是首次剖宫产指征的放宽及再次剖宫产的增加。目前,受高危妊娠发病率、初产妇所占比例、围产保健、监测水平及社会观念等因素的影响,剖宫产指征有很大变化。相对指征所占比例高于绝对指征,甚至有部分无确切指征的剖宫产是以“相对头盆不称”、“胎儿宫内窘迫”而施行的,必须引起重视。同时,给予剖宫产后再次妊娠的妇女以阴道试产的机会,也是值得探讨的问题。

2.1.1 胎儿宫内窘迫已成为国内、外剖宫产主要指征 围产期监护技术的应用能早期发现胎儿在宫内的安危,诊断方法不同明显影响诊断的准确率。不能单凭胎心、胎动及羊水粪染来诊断胎儿宫内窘迫,应联合监测,提高诊断的准确率,避免不必要的剖宫术。本文131例首次剖宫产中,胎儿宫内窘迫33例,居首位指征,占25.2%。再次妊娠剖宫产73例中,胎儿宫内窘迫13例,占17.8%。术后新生儿Apgar评分符合率只有30.3%。提示我们要提高诊断准确率。

2.1.2 相对头盆不称指征在首次剖宫产的意义 本文有22例,其中轻度头盆不称14例,再次妊娠阴道分娩9例,占64.3%。头位

评分法与产程图是发现头位难产的重要手段,合理处理产程可使相当一部分头位难产的胎儿顺利经阴道分娩。1985年Rrichard等^[2]报道了前次以头盆不称致“产程无进展”为指征的剖宫产患者77%从阴道分娩。

2.1.3 对首次剖宫产采用子宫下段横切口者已不再遵循“一次剖宫产,永远剖宫产”的规则 近年来,国内外相继报道了阴道试产的成功率。1990年Bruce等^[2]在美国11家医院进行5年多的研究,对1686例子官下段横切口剖宫产后再次妊娠妇女进行阴道试产,成功率为68%,子宫破裂仅1.7%。国内薛道轩等^[3]选择187例剖宫产后作阴道试产,153例阴道分娩,成功率81.8%,子宫破裂2.7%。本文阴道试产成功率65.9%,无子宫破裂。阴道试产可使再次妊娠剖宫产率明显降低。

2.2 阴道试产的条件与成功率

2.2.1 本文选择试产的条件 (1)前次剖宫产是子宫下段横切口且无术后感染。(2)前次剖宫产距此次妊娠时间 >2 年。(3)前次剖宫产指征已不存在。(4)此次妊娠无新的产科指征。(5)胎先露已入盆。(6)具有较好的医疗监护设备,有专人密切观察,连续监护,一旦发现异常可即行剖宫产。

2.2.2 阴道试产成功率 前次手术指征已不存在,此次妊娠无新的产科指征,阴道试产的成功率仍较高,以首次剖宫产之胎位不正的指征试产成功率较高为75.0%,见附表。

附表 首次剖宫产指征与再次妊娠阴道试产成功率的关系 例数(%)

首次剖宫产指征	n	阴道分娩试产	
		例数	成功率
胎位不正	28	21	(75.0)
轻度头盆不称	14	9	(64.3)
滞产	8	4	(50.0)
过期妊娠	8	4	(50.0)
胎儿宫内窘迫	33	16	(48.5)
前置胎盘	5	2	(40.0)
妊高征	6	2	(33.3)

2.3 阴道试产的安全性及并发症的预防

2.3.1 严格选择试产对象 剖宫产后子宫疤痕破裂是再次妊娠和分娩的严重并发症,由于目前尚无法精确判断子宫疤痕的牢固性,必须严格选择试产对象。详细询问前次手术指征,手术方式,术后有无感染及距离再孕的时间,严密监护和观察产程,阴道试产还是比较安全的。

2.3.2 选择性剖宫产 对骨盆狭窄畸形及妊娠合并心脏病等绝对手术指征者,再次妊娠不予试产。因近临产期潜在有疤痕破裂的危险,一旦确定妊娠已足月,胎儿已成熟,尽早施行选择性剖宫产可以降低子宫破裂和母儿并发症的发生率。

2.3.3 严密监护和合理处理产程 明显头盆不称为试产禁忌症。轻度头盆不称者头位评分确定无异常情况可在专人监护下试产,必须注意子宫形状,下段有无压痛,及时发现子宫破裂的先兆症状立即改行剖宫产。试产时间潜伏期 ≤ 8 h,活跃期2~4h为宜。本文试产失败30例中12例在产程中发现胎儿宫内窘迫,4例臀位试产时潜伏期进展不理想,9例头位胎膜早破且潜伏期进展不理想放

了剖宫产指征,5例活跃期停滞其中先兆子宫破裂3例,应引以为戒。

严格掌握首次剖宫产指征,提高手术质量,切口愈合良好可给再次妊娠时阴道试产创造良好的机会。对再次妊娠计划试产者,注意检测子宫疤痕愈合情况;加强围产期监护及时处理,减少新的产科指征;产时慎重使用催产素均是提高试产成功率的重要措施。

参 考 文 献

- 1 刘棣临. 正确掌握剖宫产指征降低手术率. 实用妇科与产科杂志,1990,6(1): 1
- 2 Richard H, Paul MD, Jeffrey P. Trial of labor in the patient with a prior cesarean birth. Am J Obstet Gynecol. 1985,151(3): 297
- 3 Bruce L, Flamm MD, Lawrence A, et al. Results of a 5-year Multicenter Collaborative Study. Obstet Gynecol. 1990,76(5): 750
- 4 薛道轩, 惠宝芝. 首次剖宫产后再次妊娠阴道试产预后187例分析. 实用妇产科杂志,1993,9(5): 257

(1995-02-07 收稿 1995-04-07 修回)

OBSTETRIC MANAGEMENT OF PREGNANCY AFTER CESAREAN SECTION —ANALYSIS OF 131 CASES

Lin Guoqiao

(Department of Obstetrics and Gynaecology, Third Affiliated Hospital of
Sun Yat-Sen University of Medical Sciences, Guangzhou 510630)

A recollecting analysis of 131 deliveries after previous cesarean sections showed a repeat cesarean rate of 55.7%. Trials of labor were done in 88 cases, resulting in 58 vaginal deliveries, a successful rate of 65.9%. There were no rupture of uterine scar and no perinatal death. It suggests that strict indication for cesarean section is the crucial point in reducing repeat cesarean rate and it also provides maximal chance for vaginal delivery after cesarean section.

Subject headings cesarean section, repeat; pregnancy; vaginal birth after cesarean