

· 临床研究 ·

剖宫产后再次妊娠经阴道分娩的探讨

杨霞, 王雪燕[△]

(重庆市妇幼保健院妇产科 400010)

摘要:目的 探讨剖宫产后再次妊娠经阴道分娩的适应证及安全性。方法 选取该院 2009 年 1 月至 2012 年 12 月 63 例疤痕子宫妊娠经阴道分娩进行前瞻性研究。结果 有 21 例成功经阴道分娩, 无子宫破裂及新生儿窒息发生, 仅 1 例发生产后出血。结论 严格掌握剖宫产后再次妊娠经阴道分娩的适应证, 剖宫产后再次妊娠经阴道分娩是安全可行的。

关键词:剖宫产后阴道分娩; 可行性研究; 前瞻性研究

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.36.019

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2013)36-4410-02

A research on vaginal birth after cesarean

Yang Xia, Wang Xueyan[△]

(Obstetrics and Gynecology, Maternal and Child Health-Care Hospital of Chongqing City, Chongqing 400010, China)

Abstract: Objective To discuss the indication and safety of vaginal birth after cesarean. Methods Prospective analysis was done the 63 cases of successful vaginal delivery from scarred uterus during Jan 2009 to Dec 2012 in this hospital. Results Intensive observation revealed 21 successful cases of vaginal delivery without occurrence of uterus rupture or neonatal suffocation. Postpartum hemorrhage occurred only once. Conclusion Vaginal birth after cesarean is safe as long as its indication is strictly controlled.

Key words: vaginal birth after cesarean; feasibility study; prospective studies

近年来,剖宫产后再次妊娠孕妇不断增多,传统的分娩方式选择遵循“一次剖宫产,永久剖宫产”。随着剖宫产后第 2 次、第 3 次妊娠的增多,怎样选择安全及对母儿损伤最小的分娩方式,成为产科医生及孕妇面临的难题。自 2004 年美国妇产科医师学会(American college of Obstetricians and Gynecologists, ACOG)发布了不同情况下进行剖宫产后阴道分娩的临床治疗(vaginal birth after cesarean, VBAC)指南以来,本院开始对疤痕子宫妊娠经阴道分娩的安全性进行探索。选取本院 2009 年 1 月至 2012 年 12 月间疤痕子宫妊娠孕妇共计 63 例进行前瞻性研究,旨在探讨剖宫产后再次妊娠经阴道分娩的适应证及安全性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 自 2009 年 1 月至 2012 年 12 月间,选择疤痕子宫妊娠病例 63 例,符合以下条件者可纳入 VBAC 病例孕期管理^[1-3]。入选标准:(1)此次妊娠距前次剖宫产 2 年以上;(2)前次剖宫产术式为子宫下段剖宫产,术中无切口撕伤,术后无发热、感染、伤口愈合不良,无产后出血等病史;(3)上次剖宫产指征非骨盆狭窄或畸形等;(4)无再次子宫损伤史,如,子宫肌瘤挖除术,宫腔镜下子宫粘连分离术等;(5)无严重的内外科并发症;(6)B 超监测疤痕愈合好,孕妇有阴道试产意愿。符合这些条件者,在孕期产检时严格管理,饮食指导,控制体质量,在进入孕晚期时,对这些孕妇再次筛选,以下条件者可进入 VBAC^[4]:(1)孕晚期时,胎儿体质量估计小于 3 500 g;(2)孕晚期未发生并发症,如妊娠期高血压,妊娠期糖尿病,前置胎盘等;(3)孕晚期未发生羊水过少或过多,羊水指数大于 5.0 cm,小于 20.0 cm;(4)孕期 B 超监测子宫下段疤痕厚度大于 0.3 cm。符合 VBAC 适应证者进入 VBAC。

1.2 方法

1.2.1 入院后评估 严格掌握疤痕子宫经阴道试产指征:(1)入院后常规抽血检查,了解血型、血红蛋白、备血;(2)产科 B 超了解胎儿双顶径、腹围、羊水量、胎盘位置、胎盘距切口距离,排除胎盘植入。B 超监测子宫下段疤痕处厚度大于 0.3

cm;(3)综合评估孕妇身高、孕期体质量增长、宫高、腹围、骨盆外测量、宫颈评分、胎儿体质量、宫缩、胎心等,此次妊娠无除疤痕子宫以外的剖宫产指征;(4)有前次阴道分娩史者,前次阴道分娩过程顺利;(5)无严重的妊娠并发症。向孕妇及家属讲明阴道试产利弊,征得孕妇及家属同意。进入 VBAC 者,均为自然发作临产。

1.2.2 试产过程中观察 在孕妇出现宫缩,表现为先兆临产或临产后即入产房,由专人观察,产程图上严密记录孕妇血压、脉搏、宫缩强度、持续时间、间隔时间,严密监测胎心,观察子宫形状,尿液颜色,有无子宫下段压痛及阴道流血。根据孕妇情况,可使用麻醉分娩镇痛,慎用缩宫素,第二产程禁腹部加压,适当控制第二产程时间,放宽产钳助产指征。产后常规行宫腔镜检查及 B 超了解子宫下段疤痕处有无裂伤及出血,观察尿液颜色,阴道流血等情况。

2 结果

2.1 放弃 VBAC 原因及所占百分比 63 例孕妇中,孕晚期经最终筛选,有 18 例放弃 VBAC,占有所有病例的 29%。最终放弃 VBAC 因素及所占百分比为:发生了妊娠期糖尿病,胎儿体质量估计偏大 4 例,占放弃 VBAC 的 22.3%;妊娠期高血压 1 例,占 5.5%;妊娠期肝内胆淤积症 2 例,占 11.2%;前置胎盘 1 例,占 5.5%;羊水过多或羊水过少 5 例,占 27.8%;胎儿方位异常 1 例,占 5.5%;妊娠期疤痕厚度小于 0.3 cm 3 例,占 16.7%;孕妇自身原因 1 例,占 5.5%。

2.2 VBAC 中改为剖宫产原因及所占百分比 45 例最终进入 VBAC 中,24 例在阴道试产过程中改为剖宫产,其原因及所占比例为:产程中羊水颜色改变或胎心监护出现频发变异减速 3 例,占改为剖宫产病例的 12.5%;潜伏期胎头下降不理想,宫口扩张缓慢 18 例,占 75%;活跃期后胎头下降不理想 2 例,占 8.3%;产程中监测疤痕厚度变薄小于 0.3 cm 1 例,占 4.2%。

2.3 VBAC 中成功经阴道分娩的产程时间及母婴结局 21 例成功经阴道分娩的产妇中,有 1 例产妇为入院时宫口已开大 6 cm, B 超监测子宫下段疤痕厚度为 0.25 cm,无先兆子宫破裂

表现,严密观察活跃期及第二产程进展较好,顺利经阴道分娩。21 例病例均未使用缩宫素。产程时间不长,各产程平均时间见表 1。无子宫破裂发生,产后探查宫腔疤痕处无裂开,B 超提示子宫浆膜层完整。产后出血有 1 例,原因为子宫收缩乏力,予促宫缩,输血治疗后好转,未行子宫切除,产后出血率为 4.7%。无新生儿窒息发生。阴道助产 1 例,助产原因为胎心偏快,出生后新生儿评分在第 1、5、10 分钟时分别为 9、10、10 分。

表 1 21 例经阴道分娩产妇产程时间

产程	最长时间	最短时间	平均时间
第一产程	10 h 15 min	2 h 24 min	6 h 37 min
第二产程	1 h 8 min	18 min	38 min
第三产程	21 min	4 min	11 min

3 讨论

3.1 权衡 VBAC 和重复性剖宫产 (elective repeat cesarean section, ERCS) 利弊 1916 年 Cragin 提出“一次剖宫产永远剖宫产”,在我国,因考虑到 VBAC 中子宫破裂这一严重并发症,故很少建议 VBAC。近年来 ERCS 后发生器官损伤,前置胎盘,胎盘植入,及子宫切除的病例增加。所以不仅要防范 VBAC 子宫破裂的风险,也要考虑到 ERCS 并发症可能^[5]。产科医生应权衡 VBAC 和 ERCS 的利弊,并根据具体情况选择适当的分娩方式^[6]。

3.2 VBAC 禁忌 鼓励符合 VBAC 条件者进行阴道试产,关键是产妇选择,以下为 VBAC 禁忌^[1-3]:(1)前次剖宫产为古典式切口或 T 形切口^[7];(2)既往有子宫切开术或肌瘤挖除术穿破宫腔,及严重宫腔粘连分离术,子宫纵隔切除术中文名者。此类孕妇,往往超声很难监测疤痕形成情况,易忽略,导致试产中发生局部子宫破裂^[8-9];(3)既往有子宫破裂病史;(4)本次妊娠出现新的剖宫产指征;(5)距上次剖宫产时间小于 2 年。对有 VBAC 意愿者孕期产检纳入高危妊娠管理,排除禁忌后可进入 VBAC。

3.3 VBAC 催引产问题 VBAC 指南建议仅在绝对必要时使用催引产方式。有关研究发现,引产子宫破裂风险是自然分娩的 2~3 倍。前列腺素引产与子宫破裂风险增加密切相关,因此不鼓励使用前列腺素引产。使用缩宫素不是 VBAC 的禁忌,严密监护下使用缩宫素加速产程是可以且有效的^[10],但需有明确使用指征。对妊娠超过 40 周 VBAC 成功率下降,在本研究中,对妊娠 40 周仍未发作者,因考虑到药物引产有子宫破裂风险,均选择剖宫产终止妊娠^[11]。

3.4 产程观察及中转剖宫产时机 本院具备输血,抢救等条件,可保证 VBAC 的安全。本文所有产妇均为自然进入产程,在出现宫缩后,严密记录血压、脉搏、宫缩强度、间隔时间,胎心,观察子宫形状、尿液颜色,有无子宫下段压痛及阴道流血等。产程中均未使用宫缩素。可使用分娩镇痛^[12],产程进展不顺利时,观察时间不宜过长。在第二产程中,适当的助产,缩短第二产程也可减少子宫破裂发生。在本研究中,无母婴不良结

局发生。这说明,严格掌握 VBAC 指征,加强监护,控制好观察时间,试产过程中稍有不顺,立即转行剖宫产,VBAC 是可行的。

目前本院现尚未大规模开展 VBAC。由于担心发生子宫破裂,部分有条件 VBAC 者最终还是选择了 ERCS。如何提高 VBAC 率,避免母婴不良结局发生,是本研究下一步更需关注的问题。

参考文献:

- [1] American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after previous cesarean[J]. *Obstet Gynecol*, 2004,104(1):203-212.
- [2] Somerset D. Prospective comparison of delivery outcomes of vaginal birth after cesarean section versus laparoscopic myomectomy[J]. *Obstet Gynecol Res*, 2009,35(3):599.
- [3] Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. SOGC clinical practice guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth[J]. *Int J Gynaecol Obstet*, 2005,89(3):319-331.
- [4] 刘艳丽,韩静,郭海香. 瘢痕子宫 297 例分娩方式探讨[J]. *中国医师杂志*, 2008,10(5):658-659.
- [5] Daltveit AK, Tollanes MC, Pihlstrom H, et al. Cesarean delivery and subsequent pregnancies[J]. *Obstet Gynecol*, 2008,111(6):1327-1334.
- [6] 应豪,段涛. 剖宫产术后再次妊娠时机和风险的评估[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2010,26(8):579-582.
- [7] Cunningham GF, Leveno KJ, Bloom S, et al. *Williams Obstetrics, Prior cesarean section*[M]. 23rd ed, New York: McGraw Hill, 2009:565-576.
- [8] 刘小利,王雪燕,池余刚. 子宫腔镜术后妊娠子宫破裂病例分析(附 3 例报告)[J]. *重庆医学*, 2012,41(31):3351-3352.
- [9] KumaKiri J, TaKeuchi H, Itoh S, et al. Prospective evaluation for the feasibility and safety of vaginal birth after laparoscopic myomectomy[J]. *J Minim Invasive Gynecol*, 2008,15(4):420-424.
- [10] 陈廉,张潇潇. 疤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):574-596.
- [11] Tita AT, Landon MB, Spong CY, et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes [J]. *N Engl J med*, 2009,360(2):111-120.
- [12] Cahill AG, Odiobo AO, Alls Worth JE, et al. Frequent epidural dosing as a marker of impending uterine rupture in patients who attempt vaginal birth after cesarean delivery[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2010,202(4):e1-5.

(收稿日期:2013-09-01 修回日期:2013-10-12)

(上接第 4409 页)

Nasal flow-synchronized intermittent positive pressure ventilation to facilitate weaning in very low-birthweight infants; unmasked randomized controlled trial[J]. *Pediatr Int*, 2008,50(1):85-91.

[12] Ali N, Claire N, Alegria X, et al. Effect of non-invasive

pressure support ventilation (NI-PSV) on ventilation and respiratory effect in very low birth weight infants[J]. *Pediatr Pulmonol*, 2007,42(8):704-710.

(收稿日期:2013-07-08 修回日期:2013-10-12)