

# 瘢痕子宫阴道试产的可行性分析

陈瑜 夏鹏洁\* 陈佳佳 赵亚丽 陈柯萍

绍兴市上虞第二人民医院 浙江绍兴 312300

**摘要：**目的 分析瘢痕子宫阴道试产的可行性与价值<sup>[1]</sup>。方法 本研究纳入了2017年5月至2023年12月间，于我院接受治疗的90例剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠阴道试产产妇作为研究组，同时选取了90例非瘢痕子宫经阴道试产的产妇作为对照组。对两组产妇的资料进行了详细分析。分析比较两组产妇的相关情况<sup>[1]</sup>。结果 数据显示，研究组产妇阴道分娩的成功率为84.44%，略低于对照组的87.77%，然而这一差异并不显著（ $P>0.05$ ）。两组产妇的产后出血量和住院时间均未显示出统计学上的差异（ $P>0.05$ ）<sup>[1]</sup>。此外，研究组新生儿的健康状况和Apgar评分与对照组成员相比，也没有显著差异（ $P>0.05$ ）。结论 对于瘢痕子宫的再次妊娠产妇，在全面评估其健康状况并做好产前准备的前提下，阴道分娩是一种可行的选择，其母婴安全性与无剖宫产史的阴道分娩相当<sup>[1]</sup>。

**关键词：**瘢痕子宫；再次妊娠；阴道试产

瘢痕子宫是子宫有创手术后在子宫的切口处留下的疤痕，其成因有多种因素，包括产科既往剖宫产史、妇科子宫肌瘤剔除术史、子宫穿孔史、子宫破裂史等，剖宫产史是目前瘢痕子宫较为主要的原因<sup>[1]</sup>。近年来，我国的剖宫产率明显增加，达到了46.5%，超过了世界警戒线3倍多<sup>[2,3]</sup>，剖宫产手术的过度使用，已经严重影响母婴安全、健康、成为增加生育经济负担的重大公共卫生问题。随着我国生育政策的全面放开，人口政策的不断调整，瘢痕子宫妊娠逐年增多<sup>[4]</sup>，与其相关的前置胎盘，胎盘植入，胎盘早剥，子宫破裂等问题愈发突出<sup>[5]</sup>，如何使瘢痕子宫妇女顺利渡过妊娠及分娩期、以何种方式终止妊娠等问题，成为了产科医师和孕产妇关注的焦点<sup>[6-7]</sup>。对瘢痕子宫再次妊娠的孕妇进行正确评估，严密监护下实施阴道分娩，有重要的临床意义，可以有效降低剖宫产率，缩短术后的住院时间，减少产后出血量，

减少血栓性疾病的发生风险，可以减少孕产妇多次剖宫产所造成远期的胎盘异常问题<sup>[8]</sup>。本项研究深入探讨了具有剖宫产史子宫的孕妇在再次怀孕时选择阴道分娩的成功率、分娩后出血情况、住院时长以及新生儿健康状况，旨在为瘢痕子宫阴道试产提供科学依据<sup>[8]</sup>。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

在2017年5月至2023年12月期间，本院共有180名孕妇参与本研究，其中90名瘢痕子宫孕妇（均符合临床再次阴道分娩的标准）作为研究组，另外90名无剖宫产史的阴道分娩孕妇作为对照组。两组孕妇的临床资料详见表1<sup>[9]</sup>。经过统计学处理，两组在各项指标上的差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ），说明两组具有较好的对比性<sup>[9]</sup>。

表1 两组产妇临床资料分析（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	年龄（岁）			孕周（周）		
	最大值	最小值	平均值	最大值	最小值	平均值
研究组（n=90）	35	23	28.23 ± 3.15	40	35	38.24 ± 1.40
对照组（n=90）	38	21	27.93 ± 4.01	43	37	38.73 ± 1.83
t值	0.747			2.172		
P值	0.457			0.088		

### 1.2 病例选取标准

#### 1.2.1 纳入标准

在本项研究中，关于阴道分娩的适应症，我们参考了

2016年中华医学会发布的《剖宫产后再次妊娠阴道分娩管理专家共识》以及美国妇产科医师协会制定的剖宫产后阴道分娩指南<sup>[9]</sup>。研究对象为那些符合阴道分娩条件、愿意尝试

自然分娩并已充分了解阴道分娩风险且签订知情同意书的再次妊娠女性<sup>[9]</sup>。阴道试产需符合以下条件：先前的剖宫产手术为子宫下段切开术，超声波检查显示子宫下段前壁无损伤且完整，疤痕厚度在0.2至0.4厘米之间，没有薄弱区域；上一次剖宫产过程顺利，恢复良好，没有晚期产后出血的情况；胎儿先露部位为头部，且必须与骨盆相匹配；之前剖宫产的原因已不存在，且未出现新的剖宫产适应症<sup>[9]</sup>。

### 1.2.2 排除标准

经超声波检查，发现胎盘紧贴于子宫疤痕部位、骨盆狭窄、胎盘提前剥离、中央型胎盘前置；患者曾有过子宫破裂、子宫肌瘤剔除术穿透子宫腔、子宫切开术等手术经历；存在不宜阴道分娩的情况；凝血机制异常；伴有免疫性疾病<sup>[9]</sup>。

### 1.3 方法

每位入住医院的孕妇都需接受常规体检，评估骨盆和产道状况，利用超声波手段掌握胎儿的发育情况和孕妇疤痕的恢复程度<sup>[9]</sup>。产科医师需在产前向孕妇及其家人详尽说明各种分娩方式的优缺点，并明确指出分娩期间可能遭遇的如子宫破裂、出血等并发症风险，确保在孕妇及其家人充分了解并同意的情况下，签署知情同意书<sup>[9]</sup>。在孕妇分娩期间，产科医师和护理人员应随时做好急救准备，一旦试产过程中出现难产、胎儿宫内窘迫或子宫破裂先兆等状况，应立即采取措施并转换为剖宫产手术<sup>[9]</sup>。

### 1.4 观察指标

针对两组生产女性通过阴道分娩的成效比率以及她们的住院时长等医疗数据进行详尽剖析，同时对产后出血量及新生儿的Apgar评分等状况实施比较研究<sup>[9]</sup>。Apgar评分是针对新生儿出生后健康状况的一种评估，分数范围在0至10分之间，若得分为8至10分，意味着新生儿健康状况优良；若分数在4至7分之间，则表明新生儿有轻微的缺氧症状；而0至3分的评分则意味着新生儿有严重的缺氧问题<sup>[9]</sup>。

### 1.5 统计学分析

采用SPSS 25.0统计学软件处理数据，符合正态分布的计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示，组间差异比较进行t检验；计数资料以[n(%)]表示，组间差异比较进行 $\chi^2$ 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义<sup>[9]</sup>。

## 2 结果

### 2.1 两组产妇阴道分娩成功率对比分析

瘢痕子宫再次妊娠阴道试产成功76例，失败14例，成功率为84.44%。非瘢痕子宫经阴道试产成功79例，失败11例，成功率为87.77%。两组分娩试产成功率对比，差异无统计学意义( $\chi^2=0.418$ ,  $P > 0.05$ )。

### 2.2 两组产妇出血量和住院时间对比分析

研究组与对照组产妇的产后出血量与住院时间资料见表2，统计学分析后差异并无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表2 两组产妇出血量和住院时间对比分析( $\bar{x} \pm s$ )

组别	产后出血量(mL)	住院时间(d)
研究组(n=90)	278.43 ± 53.34	4.90 ± 0.31
对照组(n=90)	268.09 ± 49.48	4.83 ± 0.46
t值	1.083	0.660
P值	0.281	0.512

### 2.3 两组新生儿质量及Apgar评分对比分析

研究组与对照组新生儿质量及Apgar评分资料见表3，统计学分析后差异并无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表3 两组新生儿质量及Apgar评分对比分析( $\bar{x} \pm s$ )

组别	新生儿质量(g)	Apgar评分(分)
研究组(n=90)	3059.33 ± 351.23	9.90 ± 0.31
对照组(n=90)	3168.10 ± 281.15	9.93 ± 0.25
t值	1.324	0.460
P值	0.191	0.647

## 3 讨论

为促进人口均衡发展，积极应对人口老龄化，国家全面放开并鼓励生育。由于我国近年来剖宫产率明显增加，瘢痕子宫再次妊娠和分娩问题需要特别关注和重视<sup>[10-11]</sup>。随着人民生活水平的提高，生育观念的改变，从原来“一次剖宫产，永久需剖宫产”的观念逐渐转化成第一胎剖宫产，第二胎尝试阴道分娩。为满足部分孕妇及家属要求，医院在对瘢痕子宫再次妊娠的孕妇进行正确评估，严密监护下实施阴道分娩。近期观察到的趋势显示，剖宫产手术的适用标准有所上升，导致超过一半的经历过剖宫产手术的女性在再次怀孕时，原先的手术适应症已经不再适用。这包括诸如胎儿位置异常、相对性的头盆不匹配、胎盘前置以及胎儿窘迫等情况<sup>[12-13]</sup>。另外，子宫下段的横向切口顺着肌肉纤维的方向进行，由于下段肌肉纤维较少，其收缩能力相对较弱，这为尝试阴道分娩提供了可能<sup>[13]</sup>。

研究指出，对于经历过剖腹产并形成子宫疤痕的妇女，选择自然分娩对婴儿的成长及母亲的身体恢复均有益，还能缩短住院期，降低医疗费用<sup>[14]</sup>。然而，必须强调的是，疤痕子宫进行阴道分娩的条件非常苛刻，风险较高<sup>[14]</sup>。因此，必须对这类妇女进行严格的产前评估，提供细致的母婴监护和严格的产程管理<sup>[14]</sup>。同时，要严格审查阴道分娩的适用条件、禁忌症，并制定规范且周密的应急计划，以确保母婴安全并减少再次进行剖腹产手术的概率<sup>[15]</sup>。据资料记载，早在20世纪80、90年代，美国疤痕子宫通过阴道分娩的比例已高达28.3%，试产成功率在60-80%之间，而子宫疤痕破裂的发生率大约在1%-1.8%<sup>[15]</sup>。加拿大妇产科医师协会(SOGC)在2005年颁布了关于VBAC(剖宫产后阴道分娩)的指导方针，对VBAC的风险进行了详细评估<sup>[16]</sup>。研究指出，TOLAC(剖宫产后试产)的成功率在50%至85%之间，如果产妇没有剖宫产的医学必要，例如胎儿位置不正或妊娠高血压，并且有过阴道分娩的历史，那么VBAC的成功率可以高达82%<sup>[16]</sup>。英国皇家妇产科学会(RCOG)在其分娩指南中提到，VBAC导致的子宫破裂发生率在22至77每十万例之间，同时输血和子宫内膜炎的风险有所上升，增加了1%<sup>[16]</sup>。美国妇产科医师学会(ACOG)在2010年更新的指南中表示，对于大多数有下段横切剖宫产史的女性，VBAC应被视为一种可行的选择<sup>[16]</sup>，并且应主动提供VBAC相关的咨询和TOLAC服务。这些数据均表明，对于有剖宫产史的孕妇而言，选择阴道分娩是实际操作中可行且至关重要的<sup>[14]</sup>。

在本项研究中，我们对比分析了有疤痕子宫和无疤痕子宫的产妇在分娩过程中的相关情况，旨在深入探讨疤痕子宫产妇在再次怀孕时采取阴道分娩的实用性和母婴安全的问题。研究发现：实验组中产妇的阴道分娩尝试成功率、产后出血量、住院天数、新生儿体重以及Apgar评分等方面，与参照组的数据相比，均未显示出统计学上的显著差异<sup>[16]</sup>。此项研究成果，为我国广大基层医疗单位在处理疤痕子宫再次妊娠的孕产妇阴道分娩问题上，提供了有价值的临床借鉴<sup>[16]</sup>。

综上所述，对于疤痕子宫再次妊娠者，产科医师需充分评估孕产妇及胎儿相关情况，并完善产前的各项工作，同时充分与孕妇本人及家属沟通知情后，可尝试进行阴道试产，在试产过程中需严密观察，其阴道分娩成功率及各项指标与非疤痕子宫阴道试产者无显著性差异。

## 参考文献：

- [1] Thapi S, Agrawal S, Trivedi A, et al. Barriers to Follow Up Care in the South Asian Immigrant Population at High Risk of Acute Coronary Syndrome at Elmhurst Hospital Center [J]. *J Immigrant Minority Health*, 2022, 24(6): 1543-1549.
- [2] 付宏望, 曾木兰, 周莹, 等. 疤痕子宫产妇再次分娩方式选择及阴道试产影响因素分析 [J]. *中国性科学*, 2020, 29(1): 63-66.
- [3] 林克菲, 陶岚. 剖宫产后疤痕子宫再次妊娠产妇经阴道分娩失败的影响因素探究 [J]. *中国医学前沿杂志(电子版)*, 2021, 13(6): 88-91.
- [4] 余兰兰, 李玉佳, 王佩娟. 疤痕子宫妊娠的相关研究进展 [J]. *江苏医药*, 2020, 46(10): 1056-1058.
- [5] 李华. 疤痕子宫产妇二次剖宫产并发症发生情况及与非疤痕子宫剖宫产的对照分析 [J]. *世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊)*, 2020, 20(5): 55-56.
- [6] 高世华. 剖宫产后疤痕子宫再次妊娠孕妇接受阴道试产的影响因素及不同模式分娩的妊娠结局分析 [J]. *中国妇幼保健*, 2017, 32(11): 2341-2344.
- [7] 彭洁, 柳洁. 疤痕子宫再次妊娠阴道分娩试产失败的影响因素分析 [J]. *中国当代医药*, 2021, 28(6): 97-99.
- [8] 徐燕. 疤痕子宫足月妊娠孕妇阴道分娩的临床分析 [J]. *中国社区医师*, 2022, 38(20): 21-23.
- [9] 温建兰, 黄家玉, 张元红, 等. 不同年龄段疤痕子宫再次妊娠经阴道分娩的有效性和安全性对比 [J]. *现代诊断与治疗*, 2022, 33(12): 1802-1805.
- [10] 孙会丽, 陈闪闪. 疤痕子宫足月妊娠时行阴道分娩的临床研究 [J]. *深圳中西医结合杂志*, 2021, 31(16): 144-146.
- [11] 谭莲. 探讨疤痕子宫再次妊娠后阴道分娩的可行性及分娩标准 [J]. *名医*, 2021(14): 48-49.
- [12] 伍少仪. 疤痕子宫再次妊娠经阴道分娩的可行性和安全性 [J]. *中国实用医药*, 2021, 16(10): 92-94.
- [13] 曹春珠, 陈兵, 郑云英. 疤痕子宫再次经阴道分娩危险因素及对妊娠结局影响 [J]. *中国计划生育学杂志*, 2020, 28(8): 1292-1295.
- [14] 姜玲. 疤痕子宫再次妊娠经阴道分娩的相关因素分析 [J]. *世界最新医学信息文摘: 连续型电子期刊*, 2020, 20(95): 50-51.

[15] 魏利. 剖宫产术后瘢痕子宫再次妊娠阴道分娩的临床研究 [J]. 中国实用医药, 2022, 17(12): 86-88.

[16] 张梅秀. 疤痕子宫再次妊娠经阴道试产的临床研究进展 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(30): 33-35.

[17] 卢彩红. 瘢痕子宫经阴道分娩 100 例临床分析 [J]. 中外医疗, 2023, 42(03): 83-86.

**作者简介:**

陈瑜 (1986—), 女, 汉族, 浙江上虞, 本科学历, 绍兴市上虞第二人民医院, 中级职称, 研究方向为妇产科临床。

夏鹏洁 (1985—), 男性, 汉族, 浙江上虞, 本科学历, 绍兴市上虞第二人民医院, 副高职称, 研究方向为妇产科临床。

陈佳佳 (1983—), 女性, 汉族, 浙江上虞, 本科学历, 绍兴市上虞第二人民医院, 中级职称, 研究方向为妇产科临床。

赵亚丽 (1983—), 女性, 汉族, 河南周口, 本科学历, 绍兴市上虞第二人民医院, 中级职称, 研究方向为妇产科临床。

陈柯萍 (1981—), 女性, 汉族, 浙江上虞, 本科学历, 绍兴市上虞第二人民医院, 中级职称, 研究方向为妇产科临床。