

• 基层医生园地 •

初产妇及瘢痕子宫妊娠产妇产分娩方式的临床效果

福建省光泽县医院妇产科 (光泽 354100) 吴素贞

【摘要】 目的 探讨初产妇及剖宫产瘢痕子宫再次妊娠产妇产不同分娩方式的临床效果。**方法** 选择我院分娩产妇 4 951 例的临床资料进行回顾性分析, 比较初产妇及瘢痕子宫妊娠产妇产后并发症、分娩方式的选择、结局, 采用问卷方式调查产妇对于分娩知识的了解。**结果** 初产妇经阴道分娩 2 378 例, 剖宫产 1 018 例, 初产妇剖宫产率为 30%; 瘢痕子宫产妇产再次妊娠经阴道分娩 291 例, 剖宫产 1 264 例, 瘢痕子宫剖宫产率为 81.3%; 初产妇及剖宫产妇产经阴道分娩后 24 h 出血量、产后发热、住院时间指标均优于剖宫产, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 新生儿体质量及 Apgar 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 阴道分娩产妇对阴道分娩知识的了解率明显高于剖宫产产妇 ($P < 0.05$)。**结论** 在符合阴道分娩适应证的情况下, 初产妇及瘢痕子宫产妇产再次妊娠选择阴道分娩更安全、可靠, 比剖宫产更有利于产妇的恢复。

【关键词】 初产妇; 瘢痕子宫妊娠; 分娩方式

【中图分类号】 R714 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1002-2600(2018)06-0177-02

分娩是指胎儿脱离母体成为独立存在的个体的这段时期和过程^[1]。分为第一产程 (宫口扩张期)、第二产程 (胎儿娩出期) 和第三产程 (胎盘娩出期), 分娩方式包括自然分娩和剖宫产。近年来, 据相关数据显示, 因大部分初产妇对分娩过程缺乏了解, 认为分娩时宫缩疼痛难以接受, 且往往会伴有不同程度的紧张、害怕、焦虑、抑郁等心理, 从而使剖宫产率逐渐呈增长趋势。其中剖宫产是瘢痕子宫产生的主要原因, 再次行剖宫产术分娩可损伤、感染子宫, 导致切口愈合不良, 若再次妊娠可发生胎盘前置、子宫破裂等并发症, 严重危及产妇的生命安全^[2]。本文对我院分娩的初产妇及瘢痕子宫妊娠产妇产临床资料进行回顾性分析, 以进一步探讨分娩方式的选择。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 选择 2015 年 10 月至 2018 年 6 月在我院分娩的 4 951 例产妇产临床资料, 向产妇及家属说明病情, 家属和产妇接受阴道试产并了解阴道分娩和剖宫产的利弊, 签署知情同意书。入选标准: 1) 孕 37~41 周; 2) 年龄: 21~35 岁; 3) 孕次 1~7 次, 产次 0~2 次; 4) 符合剖宫产条件, 此次分娩距上次剖宫产术 ≥ 2 年。排除标准: 1) 高血压、糖尿病、心脏病、甲亢等严重妊娠期并发症; 2) 合并心、肺等器官严重衰竭及血液系统疾病的产妇。初产妇有 3 396 例, 年龄 23~32 岁, 平均 (27.7 \pm 5.4) 岁, 孕周 38~40 周, 平均 (39.21 \pm 6.14) 周; 瘢痕子宫再次妊娠产妇产有 1 555 例, 年龄 21~35 岁, 平均 (28.6 \pm 6.2) 岁, 孕周 37~41 周, 平均 (40.13 \pm 5.66) 周。两组产妇产年龄、孕周等一般资料比较, 差异无统计学意义, 具有可比性。

1.2 方法:

1.2.1 分组方法: 选择初产妇经阴道分娩 100 例为 A 组, 初产妇经剖宫产分娩 100 例为 B 组; 瘢痕子宫妊娠经阴道分娩 100 例为 C 组, 瘢痕子宫再次剖宫产 100 例为 D 组。

1.2.2 手术方法: 记录所有产妇的年龄、孕周、住院时间、分娩方式、新生儿体质量和评分、产妇产后发热和出血情况等。1) 阴道分娩: 分娩前做好输血、分娩手术及抢救准备

工作, 严密监控生命体征变化, 产妇的宫高与腹围的和应低于 144 cm, 最后一次 B 超显示胎儿的双顶径小于 9.5 cm, 体质量低于 3.5 kg, 前一次剖宫产指征完全消失并出现新的指征, 切口必须为子宫下段横切口且恢复良好, 阴道分娩成功后给予产妇注射 10 IU 宫缩素来收缩子宫, 也可视情况给予卡前列甲酯全、米索前列醇片等, 胎盘娩出后及时探查宫腔, 特别注意子宫下段瘢痕处是否完整, 并观察阴道出血量和尿液颜色, 以及及时发现子宫破裂, 产程中一旦出现胎儿窘迫、滞产或先兆子宫破裂等异常情况, 应及时改行剖宫产来结束分娩; 2) 剖宫产: 于下腹部耻骨联合上缘 2 cm 处作长约 14 cm 的横弧形切口切开皮肤, 然后切透皮下脂肪长约 2~3 cm 并向两侧撕开, 横向切开筋膜层并向两侧撕开, 撕开长度较皮肤切口长 1 cm 左右, 分离腹直肌与筋膜肌腱长约 4 cm, 再分离切口下缘达耻骨联合上缘并剪开腹白线后拉开腹直肌, 剪开一小口于切口上端并横向剪开腹膜、下推膀胱, 腹膜反折下 3 cm 左右处横行切一小口在子宫下段肌层, 最后破膜, 吸净羊水, 取出胎儿, 用可吸收线缝合子宫下段肌层和其他切口。

1.2.3 观察指标: 1) 产后 24 h 出血量、产后发热、住院时间、新生儿体质量和 Apgar 评分情况。其中新生儿 Apgar 评分是通过对生后 1 min 婴儿的呼吸、皮肤颜色、心率、对刺激反应、肌张力等 5 项指标进行评分, 每项 2 分, 共 10 分, 评分越高说明窒息程度越轻。3) 采用调查问卷方式调查产妇对于分娩知识的了解, 总分为 100, 得分越高, 说明对分娩知识了解越多。

1.3 统计学分析: 选择 SPSS 19.0 统计软件进行分析。计数资料以率表示, 采用 χ^2 检验; 计量资料以均数 \pm 标准差表示, 采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 初产妇与瘢痕子宫产妇产再次妊娠剖宫产率比较: 初产妇经阴道分娩 2 378 例, 剖宫产 1 018 例, 初产妇剖宫产率为 30%; 瘢痕子宫产妇产再次妊娠经阴道分娩 291 例, 剖宫产 1 264 例, 瘢痕子宫剖宫产率为 81.3%。

2.2 初产妇与瘢痕子宫产妇再次妊娠并发症比较：其中 A 组和 C 组并发症均低于 B 组和 D 组 ($P < 0.05$, 表 1)。

表 1 初产妇与瘢痕子宫产妇再次妊娠
并发症比较 [n=100, 例 (%)]

组别	产后发热	产后出血	产褥感染	子宫内层异位
A 组	1 (1.0)*	3 (3.0)*	5 (5.0)*	6 (6.0)*
B 组	11 (11.0)	12 (12.0)	20 (20.0)	25 (25.0)
C 组	5 (5.0)#	4 (4.0)#	6 (6.0)#	7 (7.0)#
D 组	30 (30.0)	15 (15.0)	22 (22.0)	27 (27.0)

注：与 B 组比较，* $P < 0.05$ ；与 D 组比较，# $P < 0.05$ 。

2.3 初产妇与瘢痕子宫产妇再次妊娠其他指标比较：其中 A 组和 C 组的产后 24 h 出血量、住院时间指标均优于 B 组和 D 组 ($P < 0.05$)；新生儿体质量及 Apgar 评分比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。表 2。

表 2 初产妇与瘢痕子宫产妇再次妊娠
不同分娩比较 (n=100, $\bar{x} \pm s$)

组别	产后 24 h 出血量/mL	住院时间/ d	新生儿 体质量/kg	Apgar 评分/分
A 组	232.39 ± 8.47*	2.79 ± 1.26*	3.45 ± 1.52	8.45 ± 1.50
B 组	450.48 ± 10.33	7.39 ± 1.62	3.35 ± 1.20	9.05 ± 1.69
C 组	233.23 ± 9.56#	3.99 ± 1.78#	3.49 ± 1.55	8.42 ± 1.47
D 组	500.46 ± 15.63	7.45 ± 1.57	3.31 ± 1.21	8.88 ± 1.58

注：与 B 组比较，* $P < 0.05$ ；与 D 组比较，# $P < 0.05$ 。

2.4 初产妇与瘢痕子宫产妇对分娩知识的比较：阴道分娩产妇对阴道分娩知识的了解率明显高于选择剖宫产的产妇 ($P < 0.05$)；对产妇剖宫产指征和瘢痕子宫再次妊娠风险知识的比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。表 3。

表 3 不同分娩方式的产妇对于分娩知识的
了解率比较 [n=200, 例 (%)]

组别	阴道分娩	剖宫产指征	瘢痕子宫再次妊娠风险
阴道分娩组	130 (61.00)	20 (10.00)	66 (33.00)
剖宫产组	110 (55.00)	20 (10.00)	70 (35.00)
χ^2 值	4.167	0.000	0.178
P 值	0.041	1.000	0.752

3 讨论

瘢痕子宫主要发生于剖宫产术、子宫穿孔或破裂修复术、子宫肌瘤剔除术、子宫成形术等妇产科手术之后，其中剖宫产术是瘢痕子宫产生的最主要原因。近年来，由于现代生活方式和生育观念的变化及剖宫产术和麻醉技术的提升，许多产妇第一次便选择了剖宫产，有相关调查显示，我国 2016 年的剖宫产率达到 50%，部分地区甚至达到 60%^[3]，随着二胎开放后，经产妇比例大幅度增加，而瘢痕子宫产妇再次妊娠在分娩方式的选择上存在较大的争议。传统观念认为，产妇第一次选择了剖宫产，那么再次妊娠仍需进行剖宫产，这种说法是片面性的，没有科学依据^[4]。

目前，关于瘢痕子宫产妇再次妊娠分娩方式的选择，主要是根据子宫疤痕的愈合情况来决定的^[5]。有学者认为瘢痕子宫产妇再次妊娠经阴道分娩，可以减少产妇产后出血、发热、住院时间、感染、盆腔粘连及新生儿并发症的发生^[6]。结合本文，初产妇和瘢痕子宫产妇再次妊娠经阴道分娩后 24 h 出血量、产后发热、住院时间均明显优于剖宫产术，且新生儿的 Apgar 评分无明显差异；初产妇剖宫产后的 24 h 出血量和发热明显比瘢痕子宫产妇再次妊娠剖宫产低，剖宫产后出血、产褥感染、子宫内层异位发生率均高于阴道分娩，这与蒋美琴等^[7]学者的报道结果一致，提示在产妇符合阴道分娩的适应证下，阴道分娩优于剖宫产术。张静涛等^[8]对 240 例足月妊娠产妇进行调查显示，阴道分娩的产妇对分娩知识的了解优于剖宫产产妇，本文结果也证实了这一观点。

综上所述，在产妇符合阴道分娩适应证的情况下，初产妇和瘢痕子宫产妇再次妊娠选择阴道分娩，不仅可以减少并发症的发生，而且有利于产妇产后恢复。

参考文献

- [1] 庞运夺, 马艳, 董胜雯, 等. 孕产妇不同分娩方式的选择及结局探讨 [J]. 天津医药, 2016, 44 (10): 1280-1282.
- [2] 王瑞云, 姚纪. 剖宫产术后瘢痕子宫再次妊娠分娩评估及分娩方式的选择 [J]. 中国妇幼保健, 2017, 32 (21): 5212-5214.
- [3] 李莎莎, 任并斌. 瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的选择 [J]. 山西医药杂志, 2017, 46 (20): 2476-2478.
- [4] 吕醒, 饶琳. 疤痕子宫产妇经阴道分娩结局的分析与护理 [J]. 上海护理, 2017, 17 (3): 52-54.
- [5] 马淑琴, 郭媛, 强焕珍, 等. 瘢痕子宫再次妊娠阴道分娩方式选择的影响因素研究 [J]. 宁夏医科大学学报, 2016, 38 (10): 1176-1178.
- [6] 李爱莲, 王晓红, 陈志燕. 剖宫产疤痕子宫再次妊娠分娩方式对母婴结局的影响 [J]. 现代仪器与医疗, 2016, 22 (3): 89-90.
- [7] 蒋美琴, 陈霞, 凌静. 疤痕子宫再次妊娠阴道分娩的临床结局及可行性分析 [J]. 川北医学院学报, 2016, 31 (5): 700-703.
- [8] 张静涛, 张蕊, 贾蕊莉, 等. 剖宫产术后瘢痕子宫再次足月妊娠阴道分娩 240 例临床分析 [J]. 陕西医学杂志, 2016, 45 (5): 583-584.

肺炎支原体感染与儿童支气管哮喘的临床关系分析

福建省石狮市医院儿科 (石狮 362700) 杨武能

肺炎支原体 (mycoplasma pneumoniae, MP) 是小儿社区获得性肺炎非常常见的病原体，儿童及青少年普遍易感。近年来针对肺炎支原体的研究越来越多，许多证据表明肺炎支原体感染与儿童支气管哮喘的发病存在很大的相关性^[1]。本文对我科近 1 年来收治的 62 例儿童支气管哮喘和 66 例其他呼吸道感染患儿的血清 MP 抗体检测结果进行分析，探讨 MP 感染与儿童支气管哮喘的关系。