

• 论 著 •

足月阴道试产失败转急诊剖宫产的回顾性分析

王晓玲

(重庆市江津区妇幼保健院产五科 402260)

摘要:目的 研究足月阴道试产失败转急诊剖宫产的相关因素。方法 采用回顾分析,选取该院 2014—2015 年接诊的 100 例足月阴道试产失败转急诊剖宫产孕妇作为研究组,另选取 100 例阴道试产成功孕妇作为对照组,2 组产妇均进行常规检查,检测并记录 2 组孕妇的身高、体质量增加、临产时体质量、年龄、孕周、体质量指数(BMI)、新生儿体质量等指标,以及分娩镇痛情况、临产发动方式及不同临产方式下孕妇的剖宫产指征等,并进行比较分析。结果 2 组孕妇的身高、体质量增加、临产时体质量差异均无统计学意义($P>0.05$)。研究组孕妇的年龄、孕周、BMI 值及新生儿体质量均明显高于对照组孕妇,差异有统计学意义($P<0.05$)。2 组孕妇在胎盘早破、胎儿性别及受孕方式方面差异均无统计学意义($P>0.05$)。研究组孕妇使用宫缩素加强的比例明显高于对照组,而存在镇痛分娩的比例及自然临产发动的比例明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。相对头盆不称组孕妇临产时 BMI 与新生儿体质量明显高于胎儿窘迫组和对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);而 3 组孕妇的孕期体质量增加与临产时体质量比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 对于足月阴道试产孕妇而言,随着孕妇体质量、年龄、孕周及新生儿体质量增加等,其阴道试产成功率将有所下降,合理控制临产时的 BMI 值将有利于提高孕妇阴道试产的成功率。

关键词:足月阴道试产; 急诊剖宫产; 孕妇

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.21.027 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)21-3203-03

Retrospective analysis of pregnant women undergoing cesarean section after failed full-term Vaginal delivery

WANG Xiaoling

(Department of Obstetrics, Fifth Maternal and Child Health Care Hospital of Jiangjin District, Chongqing 402260, China)

Abstract: **Objective** To study retrospectively of term vaginal failure emergency cesarean section and vaginal delivery in pregnant women. **Methods** Retrospective analysis of 100 cases of full-term vaginal delivery in our hospital during January 2014 to December 2015 were the failure of emergency cesarean section in pregnant women as the study group, and selected 100 cases of vaginal delivery in pregnant women as control group were studied, two groups were routine inspection, the height, the weight of pregnant women. Detected and recorded the two groups of pregnant women increased the time of birth weight, pregnant women, maternal age, gestational age, birth weight, BMI value and other indicators of labor analgesia, labor and labor under different maternal cesarean section index. **Results** The two groups of pregnant women, pregnant women, pregnant women height weight increased the time of birth weight had not obvious difference, it was not statistical significance ($P>0.05$). In the study group, the age, gestational age, BMI value and the weight of newborn were higher than those in the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$). Two groups of pregnant women in the presence of placental premature rupture of fetal sex and pregnancy, it was not statistical significance ($P>0.05$), the study group maternal use of oxytocin to strengthen the proportion of women was significantly higher than the control group, and the existence of labor analgesia and the proportion of natural labor wage ratio was significantly lower than the control group. The difference was statistically significant ($P<0.05$). Relative head basin of its labor maternal BMI was significantly higher than that of fetal distress and neonatal weight group and the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$); and three groups of maternal weight gain during pregnancy compared with giving birth weight, it was not statistically significant difference ($P>0.05$). **Conclusion** The term vaginal delivery, with maternal weight, age, gestational age and birth weight increased, the success rate of vaginal delivery will decline, the reasonable control of labor when the value of BMI will help to improve the success rate of vaginal delivery in pregnant women.

Key words: term vaginal; emergency cesarean section; pregnant women

为促进人口均衡发展,完善人口发展战略,减缓人口老龄化的压力,随着 2016 年“二孩政策”的全面开放,我国将进入“全面二孩”时期。再次妊娠所带来的瘢痕妊娠、凶险性前置胎盘等并发症逐渐被人们所关注,回归阴道自然分娩,合理降低剖宫产率刻不容缓。然而,在自然分娩过程中,产道、产力、心理及胎儿等各个因素都会对阴道试产造成影响,任何因素发生

异常都会导致急诊剖宫产^[1]。因此,本研究对足月阴道试产失败转急诊剖宫产孕妇和阴道试产成功孕妇的临床资料进行回顾性分析,了解并评估导致试产失败的因素,提出促进试产成功措施,增加阴道试产成功率。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究患者选取标准及评判标准均源于中华

医学会妇产科分会制订的诊断标准^[2]。纳入标准:(1)孕周大于或等于 37 周,小于或等于 42 周的孕妇;(2)无阴道分娩的禁忌证。排除标准:(1)有晚期流产史或流产史的孕妇;(2)有妊娠期高血压或妊娠期糖尿病的孕妇;(3)在产前有羊水过少、胎儿畸形等症状的孕妇;(4)有精神病史的患者;(5)不愿参加或不积极配合的患者。选取本院 2014—2015 年接诊的 100 例足月阴道试产失败转急诊剖宫产孕妇作为研究组,另选取 100 例阴道试产成功孕妇作为对照组。其中,对照组孕妇年龄 24~31 岁,平均(27.1±2.4)岁;孕周 37~41 周,平均(39.9±0.3)周。研究组孕妇年龄 25~32 岁,平均(30.3±3.2)岁;孕周 38~42 周,平均(40.5±0.4)周。根据不同的临产方式,将研究组产妇孕妇分为相对头盆不称组(35 例),胎儿窘迫组(44 例)及其他(21 例)。本研究符合本院伦理委员会规定,且在征得患者本人及家长的同意下进行。

1.2 方法 分别记录并对照 2 组孕妇的孕周、受孕方式(自然受精、人工受精、试管婴儿)、年龄、身高、孕期增加体质量和临产时体质量、临产时体质量指数(BMI)、胎膜早破(有/无)、临产发动方式(自然临产发动、普贝生促宫颈成熟、缩宫素引产、普贝生联合缩宫素引产)、分娩镇痛(有/无)、胎儿出生体质量、胎儿性别等相关指标。研究组要记录急诊剖宫产指征(胎儿窘迫、宫颈难产、头盆不对称、引产失败、缩宫乏力等)。

1.3 统计学处理 采用 SPSS16.0 软件处理数据。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验,2 个时点之间的比较采用配对 t 检验;计数资料以例数或率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者的一般资料 2 组孕妇的身高、孕妇体质量增加、孕妇临产时体质量差异均无统计学意义($P > 0.05$)。而研究组孕妇的年龄、孕周、BMI 及新生儿体质量均明显高于对照组孕妇,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 2 组孕妇分娩镇痛及临产发动方式 2 组孕妇在胎膜早破、胎儿性别及受孕方式等方面差异均无统计学意义($P > 0.05$)。研究组孕妇使用宫缩素加强的比例明显高于对照组,而存在镇痛分娩及自然临产发动的比例明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 不同临产方式下研究组孕妇的剖宫产指征 见表 3。

2.4 3 组孕妇孕期体质量比较 相对头盆不称组孕妇其临产时 BMI 与新生儿体质量明显高于胎儿窘迫组和对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);而 3 组孕妇的孕期体质量增加与

临产时体质量比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 4。

表 1 2 组患者的一般资料($\bar{x} \pm s, n = 100$)

项目	研究组	对照组	t	P
年龄(岁)	30.3±3.2	27.1±2.4	8.000 0	<0.05
孕周(周)	40.5±0.4	39.9±0.3	12.000 0	<0.05
身高(cm)	161.4±5.2	162.1±4.8	0.989 2	>0.05
BMI(kg/m ²)	28.3±2.8	25.8±1.9	7.388 2	<0.05
孕妇体质量增加(kg)	14.3±1.5	14.5±1.3	1.007 6	>0.05
孕妇临产时体质量(kg)	65.4±8.4	66.3±9.0	0.731 1	>0.05
新生儿体质量(g)	3 560.0±347.0	3 204.0±312.0	7.629 0	<0.05

表 2 2 组孕妇分娩镇痛及临产发动方式[$n(\%)$, $n = 100$]

项目	研究组	对照组	χ^2	P
胎膜早破	5(5.0)	6(6.0)	0.10	>0.05
使用宫缩素加强	42(42.0)	23(23.0)	8.23	<0.05
存在镇痛分娩	7(7.0)	24(24.0)	11.03	<0.05
男性胎儿	54(54.0)	52(52.0)	0.08	>0.05
临产发动			13.38	<0.05
自然临产发动	65(65.0)	87(87.0)		
缩宫素引产	20(20.0)	8(8.0)		
普贝生引产	10(10.0)	3(3.0)		
普贝生联合缩宫素引产	5(5.0)	2(2.0)		
受孕方式			1.35	>0.05
自然受孕	99(99.0)	97(97.0)		
试管婴儿	1(1.0)	2(2.0)		
人工授精	0(0.0)	1(1.0)		

表 3 不同临产方式下研究组孕妇的剖宫产指征[$n(\%)$]

临产发动	n	相对头盆不称组	胎儿窘迫组	其他
自然临产发动	65	20(30.8)	32(49.2)	13(20.0)
宫缩素引产	20	8(40.0)	7(35.0)	5(25.0)
普贝生引产	10	5(50.0)	3(30.0)	2(20.0)
普贝生联合缩宫素引产	5	2(40.0)	2(40.0)	1(20.0)

表 4 3 组孕妇孕期体质量比较($\bar{x} \pm s$)

项目	胎儿窘迫组($n = 44$)	相对头盆不称组($n = 35$)	对照组($n = 100$)	t	P
孕期体质量增加(kg)	14.5±3.8	15.2±4.0	14.7±3.9	0.330	>0.05
临产时 BMI(kg/m ²)	26.0±3.1	27.2±2.7	25.7±2.4	4.190	<0.05
临产时体质量(kg)	68.0±9.9	69.0±8.8	67.2±7.1	0.650	>0.05
新生儿体质量(g)	3 410.0±349.0	3 620.0±369.0	3 320.0±352.0	9.300	<0.05

3 讨 论

随着现代剖宫产技术的不断成熟,手术切开技术的改良和缝合技术的提高,为避免阴道分娩的疼痛,很多孕妇会选择剖

宫产^[3-4]。然而,剖宫产后不断出现的近期和远期并发症,使人们不得不重新认识阴道试产。阴道试产是指在胎儿发育正常,孕妇身体状况良好的条件下,不加入人工干预手段,让胎儿经阴

道娩出的分娩方式。其对孕妇和胎儿的损伤小、产后恢复快、并发症少^[5-7]。相关研究资料显示,若孕妇在分娩前其产力、产道、心理及胎儿等各项因素均正常且相互适应,分娩时孕妇依靠产力逼出胎儿,骨产道和软产道相应扩张到足够大到胎儿通过,胎儿将实现顺利分娩^[8-9]。

临床医学研究显示,影响孕妇正常分娩的因素较多,任一因素均能导致分娩异常而使阴道试产失败转急诊剖宫产^[10-12]。如产道异常会导致分娩过程中宫缩乏力,从而引起胎儿乏力;相反,若宫缩过强则会导致胎儿窘迫导致难产。因此,通过对足月阴道试产失败转急诊剖宫产孕妇和阴道试产成功孕妇临床资料回顾性分析,可以在产前进行相应的预测,改善围产结果^[13]。相关研究表明,随着孕妇年龄、体质量和胎儿体质量的增加,阴道试产的成功率会降低,而孕妇身高则是阴道试产成功的保护因素^[14]。受妊娠期高血压、糖尿病等影响,产前的高 BMI 也是影响阴道试产成功的不利因素。分娩过程中,除自然临产外,其余的催引产方式均不利于孕妇的阴道分娩。相对头盆不称和胎儿窘迫是剖宫产的主要指征,其他指征包括宫颈难产、宫缩乏力及引产失败等^[15]。因此,对孕妇进行产前严密监测,准确判断并积极预防将有利于减少剖宫率,成功实现阴道试产。本研究对足月阴道试产失败转急诊剖宫产孕妇和阴道试产成功孕妇进行对比,结果显示,对于足月阴道试产孕妇而言,随着孕妇体质量、年龄、孕周及新生儿体质量等的增加,其阴道试产成功率将有所下降。孕妇的自然临产情况将增加阴道分娩的成功率,其他方法的引产都可能导致阴道试产失败,合理控制临产时的 BMI(26 kg/m²)将有利于提高孕妇阴道试产的成功率。

综上所述,应通过足月阴道试产孕妇的年龄、体质量、临产前 BMI 及新生儿体质量等多方面指标,对孕妇阴道试产成功率进行预测。孕妇在孕期进行有效的体质量管理,产前加强对孕妇的监护,严密监测并减少胎儿窘迫等剖宫产指征的出现,可提高阴道试产成功率,有效减少剖宫产率,保证围生期母婴安全,合理减少医患纠纷。

参考文献

- [1] 王芬,朱桃花,柯善高,等.腰硬联合镇痛与初产妇阴道试产失败后急诊剖宫产相关性的临床研究[J].中国妇产科临床杂志,2016,4(1):342-346.
- [2] 李博雅,杨慧霞.剖宫产术后阴道分娩相关问题[J/CD].

(上接第 3202 页)

- [9] 区卫林,尹合坤,李启祥,等.奥美拉唑泮托拉唑与埃索美拉唑针剂治疗十二指肠溃疡出血的临床分析[J].河北医学,2011,17(2):223-225.
- [10] 冯莉.奥美拉唑联合铝碳酸镁治疗胃溃疡合并胃出血效果观察[J].中国当代医药,2013,20(2):78-79.
- [11] Lee S, Kim W, Moon C, et al. Early angiographic embolization is more effective than delayed angiographic embolization in patients with duodenal ulcer bleeding[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2012, 27(11):1670-1674.

妇产与遗传(电子版),2015,5(4):9-12.

- [3] 吴玲玲,尹玉竹,饶燕珍,等.腰硬联合麻醉分娩镇痛剖宫产的指征分析[J].中山大学学报(医学科学版),2015,36(5):753-757.
- [4] 余春风.急诊剖宫产术后切口感染情况调查和影响因素分析[J].中国消毒学杂志,2015,32(10):1041-1042.
- [5] 秦天华,何金芳.2003—2010 年 11 366 例剖宫产指征分析[J].中国妇幼保健,2013,28(4):604-605.
- [6] 胡春霞,李跃萍,吴小妹,等.150 例阴道试产中转剖宫产影响因素和指征分析[J].中国妇幼保健,2013,28(11):1718-1720.
- [7] 钟钰平,徐晓清,徐红,等.8 年剖宫产率及 3 年剖宫产指征变化分析[J].实用医学杂志,2013,29(8):1320-1322.
- [8] 张娟,杨冬.不同胎龄组新生儿呼吸窘迫综合征临床特点研究[J].中国儿童保健杂志,2013,21(7):749-751.
- [9] Kwon HY, Kwon J, Park YW, et al. The risk of emergency cesarean section after failure of vaginal delivery according to prepregnancy body mass index or gestational weight gain by the 2009 institute of medicine guidelines[J]. Obstet Gynecol Sci, 2016, 59(3):169-177.
- [10] 高轶,胡花.不同人群剖宫产分娩情况的分析[J].中国妇幼保健,2014,29(2):207-209.
- [11] 林小红,牛建民,梁志江.10 年剖宫产指征及相关因素分析[J].中国妇幼保健,2012,27(5):657-659.
- [12] 蒋益群.诸暨市中医医院 6 年间剖宫产率与剖宫产指征变化分析[J].中国妇幼保健,2012,27(5):798-799.
- [13] 张广兰,冯艳.硬膜外分娩镇痛对产程及分娩结局的影响[J].南方医科大学学报,2012,32(8):1218-1220.
- [14] Cho GJ, Kim LY, Min KJ, et al. Prior cesarean section is associated with increased preeclampsia risk in a subsequent pregnancy[J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2015, 15(1):24-26.
- [15] 李仁奇,曾秋婷,田蜜,等.缩宫素对剖宫产产妇术中血流动力学的影响[J].临床麻醉学杂志,2013,29(4):362-364.

(收稿日期:2017-04-29 修回日期:2017-07-10)

zation in patients with duodenal ulcer bleeding[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2012, 27(11):1670-1674.

- [12] Silva D, Veloso N, Godinho R, et al. Fatal acute pancreatitis following sclerosis of a bleeding duodenal ulcer complicated by an intramural duodenal hematoma[J]. Rev Esp Enferm Dig, 2012, 104(11):603-604.

(收稿日期:2017-04-24 修回日期:2017-07-05)