维普资讯 http://www.cqvip.com

2. 一般护理　保暖、吸氧、给予高热量、高蛋白、高维生素无刺激、易消化食物。根据病情取适当卧位，有休克者，抢救时应取平卧位，头抬高 20 度，下肢抬高 30 度，以增加回心血量，有利于呼吸循环。

3. 建立有效静脉通道　建立良好的静脉通道，迅速补足血容量，输新鲜全血，以补偿循环血量，提高血压，并备好抢救药品及物品，检查出血的原因，予以对症处理，积极配合医生抢救。

4. 生命体征及病情观察　严密观察生命体征及神态、面色、阴道流血量、子宫收缩情况、尿量的变化，做好特别护理记录，及时向医生汇报。

5. 预防感染　产后出血所致贫血，可降低产妇的免疫力，以引起产褥感染。因此，必须做好病室空气消毒，做好会阴护理，保持会阴清洁，正确使用抗生素，防止感染，促进早日康复。

（收稿：1997－11－24）

54-55　剖腹产后　再次妊娠　分娩方式　27

首次剖宫产后再次足月妊娠分娩方式的探讨

王　晓*　陈卓越*

R714.3

近年来，无论在国内还是在国外，剖宫产率均呈不断上升的趋势，相应地疤痕子宫也随之增多，而以往所谓“一次剖宫产，次次剖宫产”的观念，使疤痕子宫难以获得充分试产的机会，这又是剖宫产率不断上升的一个重要原因之一。若能对首次剖宫产后再次妊娠产妇进行适当的阴道试产，这对降低总剖宫产率，避免不必要的手术创伤，保障妇女健康，具有积极的意义。本文对我院 1987 年至 1996 年 10 年间共 98 例首次剖宫产后再次足月妊娠产妇的分娩方式进行分析、探讨如下。

临床资料

我院 1987 年至 1996 年 10 年间，共收治首次剖宫产后再次足月妊娠产妇 98 例，其中臀位 4 例，合并重度妊高征、胎儿宫内窘迫、羊水过少、风心病各 1 例，骨盆狭窄 3 例，胎膜早破胎头仍浮者 3 例，巨大儿 7 例，其它头盆明显不称行择期剖宫产术 12 例，余 65 例，具备试产条件，即：单胎头位；无明显头盆不称；无妊娠合并症，前次剖宫产均为子宫下段横切口无感染史；前次手术指征此次已不存在，其中又有 17 例因珍贵儿或惧怕试产失败而拒绝试产行择期剖宫产。剩下 48 例行阴道试产。这 48 例中，前次手术指征为臀位者占 21 例，前置胎盘 5 例，妊高征 3 例，巨大儿 4 例，胎儿宫内窘迫 8 例，过期妊娠 2 例，相对头盆不称 5 例。前次剖宫距本次阴道试产的时间，最短 2 年，最长 11 年，其中 3 年以内 3 例，3～4 年 5 例，5～6 年 13 例，7 年以上 27 例。

结　果

一、阴道试产共 48 例，分娩成功 41 例，占 85.4%，其中平产 24 例，头吸产 17 例；新生儿青紫窒息 3 例，无 1 例重度窒息和死亡；会阴侧切 36 例，1°裂伤 3 例，完整 2 例，无 1 例切口愈合不佳；产后出血平均约 250ml，无 1 例发生产后大出血，而行剖宫产者，有 4 例切口表皮部分裂开，1 例切口少许渗液，换药 2 次后好转；产后出血平均约 350ml，有 1 例因子宫复旧不良发生晚期产后大出血。

二、在阴道试产过程中，有 9 例因原发性宫缩乏力致产程进展缓慢，经 0.5%催产素静滴，8 例宫缩由弱转强，阴道分娩成功，1 例处理无效，改做剖宫产术，无一例发生子宫破裂。

三、阴道试产失败，及时改做剖宫产者 7 例，包括子宫不全破裂 1 例，胎儿宫内窘迫 2 例，滞产 4 例。

讨　论

一、本文对首次剖宫产 再次足月妊娠 98 例中选择 48 例进行阴道试产，阴道分娩成功率 85.4%，略

* 作者单位：312000　浙江省绍兴市第二医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

高于薛道轩等报道(81.8%)[1],说明阴道试产是可行的,其成功率高,且无 1 例新生儿死亡,出血、感染、损伤等远低于剖宫产术,并能避免其多次开腹手术对产妇心理、生理上的严重创伤,同时能缩短住院日,减轻病人经济负担,其优点是显而易见的。

二、选择试产病人时应详细询问前次手术的原因,因前次剖宫产指征与阴道分娩成功率有直接关系。若前次剖宫产指征是骨盆狭窄、头盆明显不称,除非此次妊娠胎儿相对较小,一般不主张阴道试产。而上次以臀位、前置胎盘、胎儿宫内窘迫、妊高征等为手术指征的,一般均未经试产。头盆大多相称,故再次妊娠时若上次手术指征不再存在,则试产成功率高。

三、前次手术方式、术后有否感染对试产成功率也有明显关系。目前剖宫产多采用子宫下段横切口,该处愈合能力强,如果对合良好,不发生感染,一般不易破裂。本文一例试产过程中发生子宫不全破裂,并未使用催产素,且前次手术与此次妊娠间隔时间已有 7 年,术中证实为原疤痕部分裂开,疤痕呈索条状隆起,说明系原切口愈合不良所致。因此,剖宫产切口愈合好坏对再次妊娠的预后很重要。切口应选择在子宫峡部,因峡部以肌肉组织为主,愈合能力强。若切口选择过低,选在宫颈处,则以纤维组织为主,其愈合能力差,血运易受阻,感染坏死,甚至切口裂开,发生术后大出血。同时切口缝合时对合要好,不要全层缝合,缝合不要太紧,包埋应该严谨,这样就可避免切口愈合不良[2]。

四、前次手术与再次妊娠间隔时间一般对阴道试产的关系不是很大。现在由于计划生育对生第二胎的时间限制,二次妊娠间隔多在 4 年以上,只有极少数由于第一胎不幸夭折,生第二胎的时间相对较早,但一般也均听从医生劝说在 2 年以后。本组试产病例中,二次妊娠间隔时间最短 2 年,最长 11 年,试产过程中仅有的 1 例子宫不全破裂为 7 年,术中证实为前次手术缝合不够严谨所致,与时间的长短并无多大关系。

五、试产过程中,应严密监测宫缩强弱、产程进展和胎心变化。如出现下腹部压痛逐渐明显,应果断终止试产,及时改做剖宫产术。如宫缩乏力、可应用催产素静滴,宫缩多能由弱转强。若出现胎儿宫内窘迫,估计短时间内不能分娩者,以改做剖宫产为首选。另外,在第二产程的处理中,适应的头吸助产尚能增加子宫下段疤痕的安全性[3]。我院共 48 例阴道试产中,由于我们观察仔细,处理及时,未发生子宫破裂致产妇、新生儿死亡等严重后果。据文献报道,前次剖宫产后再次妊娠分娩的子宫破裂率为 1.7‰,因此,只要严格掌握适应征,试产过程中严密监测,子宫破裂是可以避免的。

参 考 文 献

1. 薛道轩. 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.
2. Poidelin I.O. Histopathology of caesarean section wounds. An experimental study. Obstet Gynecol Brit Comm, 1961,68:1025.
3. 曾蔚越,杨泽红. 疤痕子宫妊娠有关问题的探讨. 中华妇产科杂志,1989,(2):75.

(收稿:1997—12—25)

欢迎指导 欢迎投稿