

剖宫产术后再次妊娠经阴道分娩 47 例临床结局分析

朱梅^{1,3}, 何玉²

[摘要]目的:分析剖宫产术后再次妊娠经阴道分娩(VBAC)的可行性及母婴结局的安全性。方法:回顾性分析 2016 年 1 月至 2018 年 5 月剖宫产后阴道试产(TOLAC)58 例,其中 11 例试产失败中转剖宫产,即 TOLAC 失败组,试产成功的 VBAC 孕妇 47 例作为 VBAC 组,采用病例对照研究方法按 1:2 的比例,将同期非瘢痕子宫阴道分娩的足月初产妇 94 例(正常对照组)以及剖宫产术后再次妊娠足月直接行选择性再次剖宫产的孕妇 94 例(ERCS 组)作为对照,与 VBAC 组孕妇的妊娠结局进行比较。结果:TOLAC 失败组年龄、孕周、孕前体质量指数、胎儿体质量及引产比例均高于 VBAC 组($P < 0.05 \sim P < 0.01$);VBAC 组产后出血量及住院时间明显少于 ERCS 组($P < 0.01$),5 min Apgar 评分差异无统计学意义($P > 0.05$);VBAC 组与正常对照组在总产程、产后出血量、5 min Apgar 评分 ≥ 8 分比例及住院时间方面差异均无统计学意义($P > 0.05$)。结论:在严格掌握 TOLAC 的适应证及禁忌证条件下,剖宫产术后再次妊娠选择经阴道分娩是可行的,母婴结局良好。

[关键词] 瘢痕子宫;阴道分娩;分娩结局

[中图分类号] R 714 **[文献标志码]** A **DOI:**10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2019.04.019

随着国家计划生育政策的改变,剖宫产术后选择再次妊娠的孕妇逐年增多,有阴道试产意愿的此类孕妇的比例亦逐渐增加^[1]。因此,剖宫产术后阴道试产(TOLAC)的安全性及可行性成为了临床医生关注的焦点。本研究回顾性分析蚌埠市第二人民医院 2016 年 1 月至 2018 年 5 月住院的 47 例剖宫产术后再次妊娠经阴道分娩(VBAC)孕妇的临床资料,旨在分析 VBAC 的可行性及母婴结局的安全性。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 1 月至 2018 年 5 月我院住院分娩的有 1 次剖宫产史的瘢痕子宫再次妊娠孕妇 446 例,选择 TOLAC 58 例,均无严重妊娠合并症及并发症,前次均非试产失败,均无前次剖宫产指征,此次妊娠并未出现新的剖宫产指征。58 例中 11 例试产失败中转剖宫产作为 TOLAC 失败组,试产成功的 VBAC 孕妇 47 例作为 VBAC 组,采用病例对照研究方法按 1:2 的比例,选择同期非瘢痕子宫阴道分娩的足月初产妇 94 例(正常对照组)以及剖宫产术后再次妊娠足月直接行选择性再次剖宫产术(ERCS)的孕妇 94 例作为对照。

1.2 瘢痕子宫阴道试产条件 (1)孕妇及家属有

阴道试产意愿;(2)均为 1 次剖宫产史,前次剖宫产均为子宫下段横切口,切口愈合良好,无感染史;(3)上次剖宫产指征不复存在,此次无新的剖宫产指征;(4)此次妊娠距上次剖宫产时间均 > 18 个月;(5)B 超检查提示瘢痕厚度 > 2 mm,子宫前壁下段肌层连续;(6)胎儿体质量估计 $< 3 500$ g;(7)无阴道试产禁忌证,无妊娠严重合并症及并发症;(8)充分告知试产风险,签署知情同意书;(9)产程中全程监测,做好实施紧急剖宫产的准备。

1.3 方法 分析 VBAC 组、TOLAC 失败组、ERCS 组及正常对照组孕妇的临床资料,并比较 VBAC 组与 ERCS 组、正常对照组的总产程、产后出血量、Apgar 评分 ≥ 8 分比例、住院时间等妊娠结局。

1.4 统计学方法 采用 t 检验、 χ^2 检验或 Fisher's 确切概率法。

2 结果

2.1 VBAC 组一般资料 VBAC 孕妇 47 例,均为单胎头位,自然临产,年龄 24~36 岁,孕次 1~5 次,产次均为 1 次,孕周 37~39⁺⁶ 周,妊娠距前次剖宫产均 > 18 个月;前次剖宫产术中及术后均无并发症;前次剖宫产均为子宫下段横切口,前次剖宫产的原因包括社会因素、胎位不正、胎心异常、巨大儿、羊水过少等。

2.2 VBAC 组与 TOLAC 失败组孕妇一般情况比较 TOLAC 失败组 11 例,其中 2 例怀疑先兆子宫破裂,4 例胎儿宫内窘迫,3 例为相对性头盆不称,其他原因 2 例。与 VBAC 相比,TOLAC 失败组年龄、孕周、孕前体质量指数、胎儿体质量及引产比例均高于

[收稿日期] 2018-11-01 [修回日期] 2019-03-30

[作者单位] 1. 蚌埠医学院研究生院,安徽蚌埠 233030;2. 蚌埠医学院第一附属医院妇产科,安徽蚌埠 233004;3. 安徽省蚌埠市第二人民医院妇产科,233000

[作者简介] 朱梅(1983-),女,硕士研究生,主治医师。

[通信作者] 何玉,硕士研究生导师,主任医师,副教授。E-mail: heyu1972@163.com

VBAC 组 ($P < 0.05 \sim P < 0.01$) (见表 1)。

表 1 VBAC 组与 TOLAC 失败组孕妇一般情况的比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	年龄/岁	孕周/周	孕前体质量指数/(kg/m ²)	胎儿体质量/g	引产
VBAC 组	47	28.2 ± 3.6	38.3 ± 0.3	22.3 ± 1.3	3 320 ± 310	0(0.00)
TOLA 失败组	11	32.7 ± 4.3	39.6 ± 1.3	23.6 ± 1.4	3 550 ± 280	2(18.18)
t	—	3.60	3.30	2.94	2.25	—
P	—	<0.01	<0.01	<0.01	<0.05	<0.05*

*示 Fisher's 确切概率法

2.3 VBAC 组与正常对照组妊娠结局比较 VBAC 组与正常对照组孕妇在总产程、产后出血量、5 min Apgar 评分 ≥ 8 分比例及住院时间方面差异均无统计学意义 ($P > 0.05$) (见表 2)。

表 2 VBAC 组与正常对照组妊娠结局比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	总产程/h	产后出血量/mL	Apgar 评分 ≥ 8 分	住院时间/d
VBAC 组	47	11.80 ± 1.80	220 ± 40	45(95.74)	3.21 ± 0.22
正常对照组	94	12.10 ± 2.10	218 ± 38	93(98.94)	3.19 ± 0.21
χ ²	—	0.84	0.29	0.38*	0.52
P	—	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

*示 χ² 值

2.3 VBAC 组与 ERCS 组妊娠结局比较 VBAC 组产后出血量及住院时间均明显少于 ERCS 组 ($P < 0.01$), 2 组 5 min Apgar 评分 ≥ 8 分比例差异无统计学意义 ($P > 0.05$) (见表 3)。

表 3 VBAC 组与 ERCS 组妊娠结局比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	产后出血量/mL	Apgar 评分 ≥ 8 分	住院时间/d
VBAC 组	47	220 ± 40	45(95.74)	3.21 ± 0.22
ERCS 组	94	362 ± 68	93(97.87)	4.45 ± 0.32
t	—	13.21	0.03*	23.87
P	—	<0.01	>0.05	<0.01

*示 χ² 值

3 讨论

近几十年来,由于超高的首次剖宫产率,为二胎分娩带来极大的隐患,目前瘢痕子宫已逐渐上升为剖宫产指征的第一位^[2],由于二胎政策的全面放开,越来越多有剖宫产史的女性选择再次妊娠,其分娩方式亦成为当今妇产科医生关注的焦点。大部分报道瘢痕子宫再次妊娠阴道分娩的成功率为 60% ~ 80%^[3-4],对于有阴道试产意愿的瘢痕子宫,加强产前监护及宣教,制定分娩计划,阴道分娩的成功率甚至可达 89%^[5]。由于子宫破裂是瘢痕子宫阴道试

产过程中最大的风险^[6],目前尚未有一个安全有效的预测子宫破裂的方法,加上当前紧张的医患关系,一方面产科医生为规避子宫破裂的风险,多倾向于再次剖宫产,另一方面产妇担心子宫破裂危及胎儿安全而选择直接再次剖宫产。各地报道的 TOLAC 过程中子宫破裂的发生率均不同^[7],有研究^[8]报道,在足月的 TOLAC 过程中,子宫破裂的风险为 778/10 万。剖宫产术后再次妊娠孕妇直接行再次剖宫产术虽然没有子宫破裂的风险,但随着剖宫产次数的增加,母体并发症的风险明显增加^[9],包括盆腔粘连、产后出血、前置胎盘及胎盘植入的发生风险明显增加^[10]。多项研究表明,VBAC 在产后出血量、产褥病率、住院时间及住院费用方面明显低于再次剖宫产^[11-13]。

本研究中,58 例瘢痕子宫选择 TOLAC,47 例成功阴道分娩,阴道分娩成功率 81%,11 例试产失败,2 例怀疑子宫破裂,4 例胎儿宫内窘迫,3 例为相对性头盆不称,其他原因 2 例,VBAC 组与正常对照组相比,在产程时间、产后出血量、住院时间、5 min Apgar 评分方面差异均无统计学意义。与 ERCS 相比,产后出血量及住院时间明显少于 ERCS 组,2 组在 5 min Apgar 评分方面差异无统计学意义。因此,阴道分娩对产妇的创伤更小,更利于产妇的产后恢复,对于符合阴道试产条件的瘢痕子宫再次妊娠可在严密观察下阴道试产,可减少手术带来的并发症,同时降低剖宫产率。TOLAC 失败组的孕妇孕前体质量指数、胎儿体质量均较高,提示加强孕期体质量的管理,可提高阴道试产的成功率,影响 TOLAC 成功的因素还包括孕妇年龄、是否自然临产、是否有阴道分娩史。

综上所述,对于剖宫产术后的瘢痕子宫再次妊娠符合阴道试产条件的可以选择阴道分娩,成功的阴道分娩母婴均可获得良好的妊娠结局,但同时也存在子宫破裂的风险,产程中应做好严密监护及应对措施,保证母婴安全。

[参 考 文 献]

- [1] 余琳,苏春宏,王晓怡,等. 剖宫产术后再次妊娠阴道试产的多中心临床研究[J]. 中华妇产科杂志,2016,51(8):581.
- [2] 任小君. 剖宫产指征顺位浅析[J]. 吉林医学,2014,35(24):5395.
- [3] 金敏丽. 140 例剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的临床分析[J]. 中华全科医学,2014,12(10):1614.
- [4] 郑荣燕,柴登菲,翁琴芳,等. 瘢痕子宫足月妊娠经阴道试产产程特点及临床结局[J]. 中国妇幼保健,2014,29(5):700.
- [5] 王新艳,苏琳,朱韞春. 瘢痕子宫再次妊娠分娩方式临床分析

- [J]. 南京医科大学学报(自然科学版),2016,36(10):1233.
- [6] HOMER CS, BESLEY K, BELL J, *et al.* Does continuity of care impact decision making in the next birth after a caesarean section (VBAC)? A randomised controlled trial [J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2013, 13:140.
- [7] HUANG SY, SHEU SJ, TAI CJ, *et al.* Decision-making process for choosing an elective cesarean delivery among primiparas in Taiwan [J]. Matern Child Health J, 2013, 17(5):842.
- [8] MITTAL S, PARDESHI S, MAYADEO N, *et al.* Trends in cesarean delivery: rate and indications [J]. J Obstet Gynaecol India, 2014, 64(4):251.
- [9] COOK JR, JARVIS S, KNIGHT M, *et al.* Multiple repeat caesarean section in the UK: incidence and consequences to mother and child

- [J]. BJOG, 2013, 120(6):771.
- [10] MARSHALL NE, FU R, GUISE JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: A systematic review [J]. Am J Obstet Gynecol, 2011, 205(3):262.
- [11] 钱睿亚, 陈政弘, 汤丽荣, 等. 剖宫产术对产妇近远期影响的调查 [J]. 中华妇产科杂志, 2017, 52(2):116.
- [12] 彭兰, 陈大立, 吴晓, 等. 剖宫产后再次妊娠自然临产分娩方式的探讨 [J]. 国际妇产科学杂志, 2017, 44(2):215.
- [13] 何镭, 陈锰, 何国琳, 等. 剖宫产术后再次妊娠阴道分娩孕妇的妊娠结局分析 [J]. 中华妇产科杂志, 2016, 51(8):586.

(本文编辑 刘畅)

[文章编号] 1000-2200(2019)04-0489-04

· 临床医学 ·

羟考酮缓释片治疗中重度癌性疼痛临床观察

喻永龙, 张振华, 朱西平, 朱永东, 张 菲

[摘要] **目的:** 观察羟考酮缓释片治疗中重度癌性疼痛的疗效、不良反应及病人生活质量改变情况。 **方法:** 应用羟考酮缓释片治疗 85 例中重度癌性疼痛病人, 根据疼痛评分调整剂量, 对其疗效和不良反应进行观察和统计。采用生活质量量表 EORTCQLQ-C30 对癌症病人治疗前后生活质量改变情况进行评估。 **结果:** 83 例病人服用羟考酮剂量 10 ~ 220 mg/12 h, 中度疼痛有效率为 87.5%, 重度疼痛有效率为 88.4%, 总体有效率为 88.0%。病人生活质量方面, 躯体功能、角色功能、认知功能以及情感功能较治疗前均有明显提高 ($P < 0.01$)。主要的不良反应为便秘 41 例 (49.4%), 其次是恶心呕吐 23 例 (27.7%), 尿潴留 6 例 (7.2%), 嗜睡 5 例 (6%)。 **结论:** 羟考酮缓释片治疗中重度癌性疼痛安全有效, 能改善病人生活质量。

[关键词] 疼痛; 癌症; 羟考酮缓释片

[中图分类号] R 441.1

[文献标志码] A

DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2019.04.020

晚期癌症引起的癌性疼痛对病人生活质量造成严重影响。据不完全统计, 约 1/4 新诊断恶性肿瘤, 1/3 正在接受治疗的病人以及 3/4 晚期肿瘤病人合并有疼痛^[1-3]。有效的镇痛药物对提高病人生活质量非常重要, 而强阿片类药物往往是晚期癌性疼痛的有效药物。羟考酮缓释片对中重度癌性疼痛疗效肯定, 不良反应小。2011 年 6 月至 2015 年 2 月, 我科使用羟考酮缓释片个体化用药治疗晚期癌痛病人 85 例, 取得满意疗效。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 85 例中男 40 例, 女 45 例; 年龄 30 ~ 78 岁。其中肺癌 27 例, 乳腺癌 16 例, 胰腺癌 5 例, 胃癌 11 例, 鼻咽癌 3 例, 食道癌 8 例, 原发性肝癌 9 例, 转移性骨肿瘤 3 例 (原发灶未明), 下咽癌 1 例, 肾癌 2 例。全部病例均有细胞学或者病理学诊

断及临床症状、体征及影像学诊断。临床分期为 IV 期。病人以原发灶及邻近区域疼痛为主要疼痛区域 45 例, 转移病灶及邻近区域的疼痛为主要疼痛区域 30 例, 化疗后肢端疼痛及关节疼痛病人 5 例, 放疗后臂丛神经支配区域或者坐骨神经支配区域疼痛 5 例。入组标准: (1) 经细胞学或者病理组织学诊断的恶性肿瘤; (2) 年龄 ≥ 18 岁; (3) 均为癌性疼痛; (4) 有一定的文化水平可以教会使用数字分级法评分疼痛, 并且可以清楚地与医务人员交流疼痛情况; (5) 连续规范使用羟考酮缓释片 ≥ 15 d; (6) 无阿片类药物滥用史。排除标准: 肿瘤急诊所致疼痛, 如肠梗阻、穿孔等; 严重心、肝、肺、肾、脑功能障碍; 高热; 对症治疗不能减轻耐受阿片类不良反应, 阿片类镇痛药物过敏; 孕妇及哺乳期病人。

1.2 治疗方法 病人均服用羟考酮缓释片 (北京萌蒂公司), 规格为 10 mg 和 40 mg。告知病人和家属羟考酮缓释片必须整片吞服, 不能掰开, 咀嚼或者研磨。对病人进行个体化用药。初始剂量根据疼痛程度, 中度和重度疼痛病人起始剂量均为 10 mg/12 h。

[收稿日期] 2016-01-27 [修回日期] 2018-02-03

[作者单位] 安徽省宁国市人民医院 肿瘤科, 242300

[作者简介] 喻永龙 (1965-), 男, 副主任医师。