

疤痕子宫阴道分娩及剖宫产产后出血危险因素分析

李文玉

湖北省枣阳市妇幼保健院，枣阳

摘要

目的：分析疤痕子宫阴道分娩及剖宫产产后出血的危险因素。

方法：选取 2016 年 1 月至 2018 年 1 月于我院分娩的疤痕子宫孕妇 523 例进行回顾性分析。其中 245 例为阴道分娩，278 例为剖宫产，采用容积法 + 称重法测量产后出血量。比较阴道分娩组与剖宫产组产后出血发生率，分析年龄，宫缩剂应用，胎盘粘连，前置胎盘，巨大儿，贫血，凝血功能障碍等因素与产后出血的相关性。采用 logistic 模型对两组进行产后出血的多因素分析。

结果：疤痕子宫阴道分娩产后出血率低于剖宫产，高龄，前置胎盘，巨大儿，凝血功能障碍为产后出血的独立高危影响因素。

结论：疤痕子宫产妇阴道分娩具有可行性，分娩前需要密切关注年龄，巨大儿，胎盘前置，是否凝血功能障碍，为减少产后出血顺利分娩做好充分准备。

关键词：疤痕子宫，阴道分娩，剖宫产，产后出血

Analysis of the risk factors of postpartum hemorrhage for uterine scar pregnancy with vaginal delivery and cesarean section

Wenyu Li

Zaoyang women and children health care hospital, Zaoyang, Hubei

ABSTRACT

Objective: To investigate the risk factors of postpartum hemorrhage for uterine scar pregnancy with vaginal delivery and cesarean section.

Methos: From January 2016 to January 2018, 523 cases of pregnant women with scar uterus in our hospital were selected and retrospectively analyzed. 245 cases chose vaginal delivery and 278 cases chose cesarean section, and the volume of postpartum hemorrhage was measured by volumetric method and weighing method. The incidence of postpartum hemorrhage in the vaginal delivery group and caesarean section group, the correlation between postpartum hemorrhage and age, application of uterine contraction agent, placental adhesion, placenta previa, macrosomia, anemia,



<http://ijcr.oajrc.org>

OPEN ACCESS

DOI: 10.12208/j.ijcr.20190002

收稿日期: 2019-06-10

出刊日期: 2019-07-01

李文玉

湖北省枣阳市妇幼保健院，枣阳

邮箱: wenyu_li112@163.com

coagulation dysfunction and other factors were analyzed. The multivariate analysis of postpartum hemorrhage in two groups was made by logistic model.

Results: The postpartum hemorrhage rate for scar uteri with vaginal delivery was lower than that of cesarean section, besides, advanced maternal age, placenta previa, giant baby, and coagulation dysfunction belonged to the independent risk factors for postpartum hemorrhage of scar uteri.

Conclusion: Vaginal delivery for pregnant woman with scar uteri is practical. It is necessary to pay close attention to the age, the giant baby, the placenta previa, and the coagulation dysfunction before delivery, so as to make full preparation for the reduction of postpartum hemorrhage rate and have the smooth delivery.

Key words: scarred uterus, vaginal delivery, cesarean section, postpartum hemorrhage

前言

近些年来,随着我国医疗技术的不断发展与提升,剖宫产比率也逐渐增大。随着二胎政策的放开,剖宫产手术后二次妊娠比率也随之升高[1]。然而,剖宫产术,子宫肌瘤挖除等均会导致疤痕子宫的产生,而疤痕子宫再次妊娠将带来子宫破裂的风险,早产,新生儿发病率也显著增高[2]。故而,剖宫产疤痕子宫女性再次妊娠后的分娩方式成为时下重要关注研究的话题[3]。本研究采用回顾性方式,对我院疤痕子宫阴道分娩和剖宫产临床资料进行分析,探究产后出血的危险因素。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2016 年 1 月至 2018 年 1 月于我院分娩的疤痕子宫孕妇 523,经阴道分娩 245 例(观察组),剖宫产 278 例(B 对照组),记录两组孕妇基本情况,如孕周,年龄,体重,身高等。

1.2 入选标准与排除标准

入选标准:年龄 20-50 岁之间;身体健康,无器官或组织系统疾病;单胎妊娠;子宫疤痕均位于子宫下段横切且子宫创口愈合较好;妊娠距离上次剖宫产时间间隔大于 2 年;足月妊娠;签署知情同意书孕妇。

排除标准:子宫瘤患者;妊娠多胎;临床资料统计不全者;患有精神性疾病孕妇。

本次研究经我院伦理委员会批准。

1.3 阴道试产与剖宫产适应症

阴道试产:首次剖宫产切口未感染且产后未出现出血症状,本次妊娠 B 超检查子宫下段厚度 $\geq 2\text{mm}$,子宫下段肌层为连续性,无缺损;胎儿体重保持在 2.5kg-3.5kg 之间,胎位正常,无头盆不称;孕妇同意阴道试产;

剖宫产:满足剖宫产绝对手术指征且孕妇不同意阴道试产。

本研究选择阴道试产 295 例,245 例成功阴道分娩(83%)。另 278 例为剖宫产(包括阴道试产转剖宫产 12 例)

1.4 出血量统计

分别记录阴道分娩组和剖宫产组产妇产后出血量,妊娠合并症,新生儿体重等指标。产后出血:胎儿娩出后 2 小时内出血量 $> 400\text{ml}$,或在 24 小时内 $> 500\text{ml}$ 。

产后出血测量方法:用容积法计算阴道分娩产妇产后出血量,即用专用容器置于产妇臀下计算 2 小时内出血量;采用负压瓶收集剖宫产孕妇术中出血量,产妇回病房至产后 24 小时用会阴垫集血,质量差乘 1.05 得出出血量,两者之和为总出血量[4]。

1.5 研究方法

产后出血危险因素单因素分析:比较阴道分娩组与剖宫产组产后出血比率,分析年龄,宫缩剂应用,胎盘粘连,前置胎盘,巨大儿,贫血,凝血功能障碍等因素与产后出血的相关性。

产后出血的相关因素多因素分析:单因素分析中对产后出血具有显著影响的因素作为自变量,产后出血作为因变量,采用 logistic 模型进

行产后出血的多因素分析。

1.6 数据处理

使用 SPSS 16.0 统计软件进行统计分析，其中计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示，组间比较采用 t 检验， $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义， $P < 0.01$ 表示差异具有显著性统计学意义。产后出血高危因素分析采用 Logistics 回归法， $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义

表 1. 阴道分娩组和剖宫产组一般情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

项目	阴道分娩组 (n=245)	剖宫产组 (n=278)	t/x ²	P
年龄 (yrs)	28.50	29.012.56	1.665	0.097
身高 (cm)	161.43	161.75	0.944	0.346
孕前体重 (kg)	56.67	55.74	0.019	0.985
孕周	38.323.56	38.54	0.791	0.429
妊娠间隔时间				
2-5 年	169	184	0.463	0.496
>5 年	76	94		

$P > 0.05$, 无统计学差异

表 2 两组孕妇产后出血统计

组别	例数	产后出血 (n,%)	P(x ²)
阴道分娩组	245	18(7.35)	0.010(6.549)
剖宫产组	278	40(14.39)	

2.3 产后出血危险因素的单因素分析

将阴道分娩组和剖宫产组按照产后出血情况分为阴道分娩产后出血组 (n=18)，阴道分娩产后未出血组 (n=227)，剖宫产产后出血组 (n=40) 和剖宫产产后未出血组 (n=238)。分析发现高

2 结果

2.1 观察组与对照组一般情况对比

将两组孕妇一般情况进行对比，统计学无差异，故两组孕妇具有可比性（见表 1）。

2.2 两组孕妇产后出血统计

表 2 分析可知，阴道分娩组的产后出血率显著低于剖宫产组 ($P < 0.05$)。

龄（大于 35 岁），宫缩抑制剂使用，巨大儿，前置胎盘，凝血功能障碍等因素为影响产后出血的影响因素 ($P < 0.05$)。而胎盘粘连和贫血未见显著性差异 ($P > 0.05$)（见表 3）。

表 3. 产后出血危险因素的单因素分析（例（%））

项目	阴道分娩 产后出血 组 (n=18)	阴道分娩产 后未出血组 (n=227)	χ^2	<i>P</i>	剖宫产产 后出血组 (n=40)	剖宫产产后 未出血组 (n=238)	χ^2	<i>P</i>
年龄（岁）								
<35	9	173	5.998	0.014	19	201	28.324	0.000
35	9	54			21	37		
宫缩抑制剂使用								
是	11	83	4.250	0.039	26	89	10.759	0.001
否	7	144			14	149		
巨大儿								
是	6	24	8.040	0.005	13	32	9.165	0.002
否	12	203			27	206		
胎盘粘连								
是	2	30	0.65	0.799	8	48	0.159	0.690
否	16	197			32	190		
前置胎盘								
是	3	7	7.859	0.005	7	17	4.657	0.031
否	15	220			33	221		
贫血								
是	4	25	2.008	0.156	6	24	0.860	0.354
否	14	202			34	214		
凝血功能障碍								
是	2	3	7.995	0.005	2	1	6.729	0.009
否	16	224			38	237		

2.4 产后出血的相关因素多因素分析

多因素回归分析发现年龄，巨大儿，前置胎盘，凝血功能障碍为疤痕子宫阴道分娩和剖宫产产后

出血的独立高危因素（ $p < 0.05$ ），而宫缩抑制剂对阴道分娩和剖宫产产后出血的危险程度需要进一步的证实。

表 4 阴道分娩产后出血的高危因素分析

变量	回归系数	标准差	Wald	P	OR	95% CI
年龄	1.203	1.431	12.542	0.002	5.003	1.405-7.274
宫缩抑制剂	0.314	0.455	3.225	0.411	0.237	0.340-6.558
巨大儿	0.421	0.376	6.575	0.005	0.233	0.320-3.021
前置胎盘	3.456	3.374	16.389	0.001	11.566	9.113-14.654
凝血功能障碍	0.451	0.654	2.420	0.040	0.302	1.201-6.577

表 5 剖宫产产后出血的高危因素分析

变量	回归系数	标准差	Wald	P	OR	95% CI
年龄	1.001	2.031	11.378	0.009	6.153	2.137-8.543
宫缩抑制剂	0.325	0.347	4.307	0.351	0.465	0.331-7.030
巨大儿	0.397	0.425	7.002	0.045	0.679	0.427-3.749
前置胎盘	3.741	3.650	15.794	0.000	12.003	8.613-13.874
凝血功能障碍	0.561	0.708	3.3270	0.036	0.452	1.501-7.168

3. 讨论及结论

剖宫产一直以来都是临床上处理高危妊娠以及难产的医学手段，可以有效降低孕妇和新生儿的病死率，传统的剖宫产观念认为一次剖宫产，永久剖宫产，随着子宫下段横切口剖宫产在临床上的推广，疤痕子宫阴道分娩的子宫破裂风险迅速降低 [5,6]。大量研究也证实了疤痕子宫阴道分娩的安全性 [7,8]。本次研究中，阴道试产成功率为 83%，稍低于胡林静等报道的 90.1% 的试产率 [9]。

产后出血可导致产妇乏力，贫血，低血压甚至出血性休克，是产科分娩术后严重的并发症 [10]，也是我国妊娠妇女致死的主要原因 [11]。我国妊娠妇女产后出血率大约为 3% [10]，而本次研究中，阴道分娩产后出血率为 7.35%，剖宫产出血率为 14.39%，且阴道分娩产后出血率显著低于剖宫产产后出血率。相关研究指出，疤痕子宫孕妇二次剖宫产术后伤口愈合不良率高，产后

出血感染等概率也较高，而疤痕子宫阴道分娩对母婴影响更小 [12]。由此可见疤痕子宫阴道分娩的可行性。

统计数据显示，子宫收缩乏力，凝血功能障碍，产道损伤以及胎盘因素为产后出血的主要原因 [13]，高龄，巨大儿也是产后出血的重要因素 [14]，然而临床上鲜有对疤痕子宫不同妊娠方式产后出血因素进行研究的报告。本次研究发现年龄，宫缩抑制剂的使用，前置胎盘，巨大儿，凝血功能障碍为疤痕子宫产妇产后出血危险因素的单一因素，结果与已有研究基本一致 [5,10]。通过 logistics 进一步分析发现，年龄，巨大儿，前置胎盘以及凝血功能障碍为两组疤痕子宫产妇产后出血的高危影响因素，而宫缩抑制剂的使用在自然分娩和剖宫产两种分娩方式中均为非高危影响因素。

综上所述,疤痕子宫再次妊娠,阴道分娩产后出血率低于剖宫产,分娩前需要科学评估孕妇状况,密切关注高龄产妇,以及巨大儿,胎盘前置,存在凝血功能障碍的孕妇,为顺利分娩减少产后出血做好充分准备。

参考文献

- [1] 刘素婷,张海珍,孙霞,等.疤痕子宫经阴道分娩 89 例临床分析[J].临床和实验医学杂志,2017,16(14): 1446-1449.
- [2] 罗小年,唐秋华.疤痕子宫再次妊娠分娩方式的选择及经阴道分娩安全性的临床分析[J].临床医学工程,2014,21(12): 1585-1586.
- [3] 华海红,余卢妹.疤痕子宫经阴道分娩的探讨和体会[J].河北医学,2011,17(1): 85-87.
- [4] 王玥.产后出血的危险因素分析和预防措施研究[J].天津医药,2013(9): 924-926.
- [5] 吴素勤,王鹰,舒志明,等.疤痕子宫再次妊娠分娩方式的危险因素分析[J].中国临床药理学杂志,2017,33(7): 662-664.
- [6] 相丽宁.疤痕子宫再次妊娠阴道分娩 36 例治疗体会[J].医学理论与实践,2012,25(20): 2535-2537.
- [7] 王玉林.疤痕子宫妊娠妇女经产道分娩的可行性及其危险因素分析[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(57): 11154-11154.
- [8] 黄丽燕.疤痕子宫再次妊娠分娩方式的选择及经阴道分娩安全性的临床分析[J].实用妇科内分泌电子杂志,2016,3(17): 195-195.
- [9] 胡林静,朱清利.疤痕子宫再次妊娠行阴道分娩的临床效果及安全性分析[J].临床医学研究与实践,2016,1(25): 149-149.
- [10] 刘会芹,赵润果,王芳,等.产后出血相关危险因素分析与治疗方法比较[J].河北医药,2018(5): 748-751.
- [11] 王海礁.产后出血相关危险因素分析[J].中国药物经济学,2017,12(11).
- [12] 李晓琼,张丽萍,丁菊花,等.疤痕子宫孕妇再次分娩方式的选择和危险因素分析[J].中国妇幼保健,2017,32(22): 5582-5585.
- [13] 龚志华.产后出血影响因素的病例对照研究[D].中南大学,2012.
- [14] 黄暖英.产后出血常见危险因素分析[J].现代中西医结合杂志,2013,22(5): 524-525.