

文章编号:1003-6946(2022)01-0022-03

2021 年英国国家临床优化研究院剖宫产手术实践指南解读

陈 练,赵扬玉

(北京大学第三医院妇产科 国家产科专业医疗质量控制中心 国家妇产疾病临床医学研究中心,北京 100191)

中图分类号:R719.8

文献标志码:B

剖宫产术是产科最常用的手术,是解决难产的重要手段。作为世界上剖宫产率较高的国家之一,近年来,在一系列的措施下我国的剖宫产率有所下降。但生育政策的调整,剖宫产术后再次妊娠的人群增加,胎盘植入的发生率增加,也带来产后出血等相关并发症的增加。随着产科疾病谱的变化,分娩方式的决策更为复杂。因此,剖宫产术的规范化应用尤其重要。基于新的循证医学证据,2021 年英国国家临床优化研究院(NICE)进行了剖宫产术指南的更新,现对该指南的内容进行解读。

1 计划剖宫产

推荐:前置胎盘,无论部分性或完全性前置胎盘建议手术分娩;臀位,需术前确认胎位,并与孕妇进行充分讨论,不适宜外倒转者建议手术分娩;多胎妊娠中的双胎妊娠,若一胎非头位,建议手术分娩,或为单绒毛膜单羊膜囊双胎,或三胎妊娠,建议手术分娩;妊娠晚期生殖道原发性单纯疱疹病毒感染,建议手术分娩。

解读:该指南对部分常见的剖宫产手术指征进行了阐述,但并未对所有剖宫产医学指征进行阐述。产科疾病谱的变化,妊娠期合并症及并发症的增加,使产科医生在对患者进行分娩方式的评估时,需要更加慎重,一方面带来对大量新的循证医学证据的需求,另一方面也要充分了解孕妇本人对分娩方式的选择、担忧及顾虑。而阴道分娩与剖宫产分娩的近远期风险与获益也是需要纳入决策考虑的。孕妇在妊娠期间可能罹患各器官系统疾病,而各种疾病在妊娠期随着孕周增加对母儿的影响,以及分娩方式本身的影响还存在很多未知,这可能是指南不能就妊娠期合并症及并发症的剖宫产指征展开阐述的主要原因,也是未来研究需要进一步深入探讨的方向。

2 孕妇要求的剖宫产

推荐:在没有医学指征的情况下,应孕妇要求实施的剖宫产,一定要进行充分的术前讨论,并记录讨论地点、具体的理由、阴道分娩和剖宫产分娩的利弊。

讨论需要高级职称的产科医生、麻醉医生在场,充分解释,给孕妇提供确切的信息。如果经过充分的讨论,孕妇仍不能接受阴道分娩,给孕妇提供计划剖宫产;在没有医学指征的情况下,孕妇要求计划剖宫产,医疗团队有权利拒绝,可将孕妇转至愿意进行手术的机构分娩。

解读:由于妊娠期合并疾病、既往不良生育史、及对分娩本身的恐惧和焦虑等诸多因素,部分孕妇极力要求避免阴道分娩。目前临床数据上首页编码通常不会提示剖宫产是否经孕妇的要求而实施,而且发生率受到研究年份和研究人群等多个特征的影响,故此发生率较难估计。目前的研究显示^[1],孕妇要求的剖宫产率在不同国家有很大差异,从 0.2%~42% 不等,但大多数研究报道低于 5%。关于孕妇要求剖宫产的利弊结论,目前并无非医学指征的剖宫产的随机试验,故数据有限^[2],并不基于高质量证据。与该指南推荐类似,在美国妇产科医师学会(ACOG)及加拿大妇产科医师协会(SOGC)的指南中均认为没有剖宫产医学指征时,阴道分娩安全且适用,应推荐使用^[3]。对于孕妇要求剖宫产时,应该让孕妇充分了解分娩的相关知识并提供适宜的支持,减轻其对阴道试产的顾虑。应确定和处理孕妇选择剖宫产的动机,通过详细的产前分娩教育、临产时情感支持、产科镇痛和麻醉打消其顾虑,促使其接受阴道分娩。虽然孕妇具有积极参与选择分娩方式的权利,但与阴道分娩相比,剖宫产的临床利弊更加不确定。从伦理或专业上也不能强制产科医生实施这样的手术,在孕妇要求剖宫产时,也可将孕妇转诊给其他医生。

3 急诊剖宫产的分类

推荐:①急诊剖宫产可应用以下的分类来管理,术前由高年资产科医生与孕妇进行沟通。1类:母体或胎儿出现即时的生命危险,如子宫破裂、严重胎盘早剥、脐带脱垂、持续胎心减速、或胎心心动过缓等;2类:有母体或胎儿损害征象但无即时的生命危险;3

类:没有母体或胎儿损害的证据,但需要尽快分娩;4类,选择性剖宫产由产妇和医生共同商定手术时间。②1类剖宫产建议在做出决策后的30分钟内开始手术。2类剖宫产则多数情况下建议在决策后的75分钟内开始手术。

解读:急诊剖宫产紧急程度的分类及决策手术时间的建议便于助产机构进行管理,以获得最佳的母儿结局。部分国家将决定手术至分娩的时间(decision to delivery interval, DDI)作为紧急剖宫产质量管理的评价指标。美国则使用决定手术至切口的时间(decision-to-incision)来评价急诊剖宫产的时限。虽然本指南同ACOG,美国儿科学会(AAP)和英国皇家妇产科医师学会(RCOG)一致,采纳30分钟作为1类剖宫产的节点,但其界限并不是来源于循证医学证据,而是来源于专家共识。缩短DDI可改善新生儿的预后,但本指南也强调,并没有要求所有的紧急剖宫产都做到DDI在30分钟以内,仅仅提出30分钟原则,并不是理解为超过30分钟一定会导致新生儿并发症和死亡。但所有的助产机构都应该提高紧急剖宫产的能力,根据自身手术资源、人员、物品的相关配置制定急诊剖宫产的管理流程,在保证安全的前提下,尽可能缩短时间,最快娩出新生儿。

4 术前准备

推荐:对胎膜破裂之后进行的剖宫产术,建议阴道准备,可应用聚维酮碘或者氯己定,以降低子宫内膜炎的风险。

解读:子宫内膜炎是剖宫产术后常见的并发症,文献报道^[4],产时剖宫产的子宫内膜炎发生率是11%;2020年一篇Meta分析纳入多项随机试验,比较了剖宫产前行阴道准备(聚维酮碘或氯己定)与安慰剂/不干预,发现阴道准备减少了子宫内膜炎、术后发热和伤口感染的发生^[5]。亚组分析发现,临产或胎膜破裂的女性中,术后子宫内膜炎的发生率减少最多。两种消毒剂均未导致不良反应。针对剖宫产前使用氯己定或聚维酮碘消毒阴道后伤口感染率的研究则显示,两组子宫内膜炎的发生率相近,均较低,但氯己定组中伤口感染的发生率更低。基于上述更新的证据,该指南推荐对胎膜破裂之后实施的剖宫产进行阴道准备,降低子宫内膜炎发生的风险。结合我国剖宫产术的临床实践,可考虑临产或胎膜破裂后剖宫产进行上述推荐的阴道准备。

5 手术方法

推荐:①手术中尽量不要人工剥离胎盘,以降低子宫内膜炎的风险。②子宫缝合应用单层或双侧缝合均可,并没有增加再次妊娠时子宫破裂和产后出血

的风险。③不建议缝合腹膜,可以减少手术时间,减少患者疼痛。

解读:剖宫产术中应通过控制性牵拉脐带,应用缩宫素增强子宫收缩自发娩出胎盘,不推荐进行人工剥离胎盘。一项随机试验的系统评价^[6]提示,人工剥离会增加术后子宫内膜炎的发生率、失血量高于1000 ml的发生率,并减低产后血细胞比容。在缝合子宫切口方面临床多采用双层缝合,2014年中国剖宫产术专家共识^[7]中也推荐双层缝合。但现有数据表明,单层和双层缝合均可,其短期孕妇分娩结局相似。2014年一项系统综述^[8]通过对15000例患者的对比研究表明,单层和双层缝合子宫切口,总体孕妇感染性并发症、子宫内膜炎、伤口感染和输血率相近,但单层缝合速度更快。从远期结局来看,2017年一篇Meta分析^[9]通过9项随机试验发现,两种缝合方式术后出现剖宫产瘢痕缺损、再次妊娠子宫裂开、子宫破裂的发生率相似,差异无统计学意义,但产后超声检查发现单层缝合后的残余子宫肌层更薄。就目前临床实际情况,双层缝合实施更多。

该指南沿用了2004年NICE指南不缝合腹膜的推荐,可能是基于目前并无令人信服的证据提示不缝合腹膜可能带来危害。既往研究显示,不缝合腹膜,可以使手术时间缩短6分钟。另一项包含了533例首次剖宫产孕妇的研究^[10]中,将人群随机分为不缝合腹膜和缝合腹膜组;在再次剖宫产($n=97$)时发现,两组的总体粘连发生率和从切口至分娩时间都无显著差异,该研究的设计严谨,提供了一定的证据,但再次剖宫产接受随访的人数较少。2009年的一篇系统评价在严格排除部分设计不良的研究后,纳入了有关剖宫产后不缝合腹膜的前瞻性观察性研究,结果发现不缝合腹膜更常导致粘连形成^[11]。2014年我国专家共识中建议酌情缝合脏层或壁层腹膜。考虑到腹膜缝合增加的时间不多和部分术后粘连的研究证据,结合我国实际情况,在生育政策调整后,重复剖宫产的增加,从远期风险考虑,笔者仍建议剖宫产术中缝合腹膜。并应在后续对首次剖宫产中可能影响再次剖宫产结局的手术策略进一步研究,明确其近远期影响,利于临床决策。

6 术后镇痛

推荐:①与产妇讨论术后镇痛的问题,止痛药物的选择取决于疼痛严重程度、是否哺乳、麻醉方式等。②对于椎管内麻醉的产妇,术后可以给予0.3~0.4 mg二乙酰吗啡鞘内注射以降低术后对麻醉镇痛药物的需求。如果鞘内注射不可行,可以硬膜外注射2.5~5 mg。③对乙酰氨基酚或者非甾体抗炎药(比

如布洛芬),联合使用可用于术后止痛,减少对阿片药物的依赖,并逐渐过渡至停药。

解读:剖宫产术后镇痛是剖宫产管理中重要的环节。该指南指出了不同麻醉方式后的镇痛方案,并强调了多模式的术后镇痛,以促进产妇快速康复,使其能照顾新生儿,并尽量减少术后阿片类药物的使用。推荐所有产妇联合应用对乙酰氨基酚和非甾体抗炎药,并指出上述药物按时给药比按需给药的镇痛效果似乎更好。一项回顾性研究纳入了鞘内应用二乙酰吗啡且按时接受非甾体抗炎药的产妇,结果显示对乙酰氨基酚按时给药比按需给药更能减少阿片类药物用量^[12]。基于该指南的建议,临床实践中,应更多的关注剖宫产术后疼痛,给予适宜的镇痛方案,促进恢复,提高患者满意度。

参 考 文 献

[1] Begum T, Saif-Ur-Rahman KM, Yaqoot F, et al. Global incidence of caesarean deliveries on maternal request: a systematic review and meta-regression[J]. BJOG, 2021, 128(5):798-806.

[2] Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, et al. Caesarean section for non-medical reasons at term[J/CD]. Cochrane Database Syst Rev, 2012, 3:CD004660.

[3] American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee opinion No. 761: cesarean delivery on maternal request[J]. Obstet Gynecol, 2019, 133(1):e73-e77.

[4] Hammad IA, Chauhan SP, Magann EF, et al. Peripartum complications with cesarean delivery: a review of Maternal-Fetal Medicine Units Network publications[J]. J Matern Fetal Neonatal Med, 2014, 27(5):

463-474.

[5] Haas DM, Morgan S, Contreras K, et al. Vaginal preparation with anti-septic solution before cesarean section for preventing postoperative infections[J/CD]. Cochrane Database Syst Rev, 2020, 4:CD007892.

[6] Anorlu RI, Maholwana B, Hofmeyr GJ. Methods of delivering the placenta at caesarean section[J/CD]. Cochrane Database Syst Rev, 2008, 3:CD004737.

[7] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 剖宫产手术的专家共识(2014)[J]. 中华妇产科杂志, 2014, 49(10):721-724.

[8] Roberge S, Demers S, Berghella V, et al. Impact of single-vs double-layer closure on adverse outcomes and uterine scar defect: a systematic review and metaanalysis[J]. Am J Obstet Gynecol, 2014, 211(5):453-460.

[9] Di Spiezio Sardo A, Saccone G, McCurdy R, et al. Risk of cesarean scar defect following single-vs double-layer uterine closure: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2017, 50(5):578-583.

[10] Kapustian V, Anteby EY, Gdalevich M, et al. Effect of closure versus nonclosure of peritoneum at cesarean section on adhesions: a prospective randomized study[J]. Am J Obstet Gynecol, 2012, 206(1):56, e1-e4.

[11] Cheong YC, Premkumar G, Metwally M, et al. To close or not to close? a systematic review and a meta-analysis of peritoneal non-closure and adhesion formation after caesarean section[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2009, 147(1):3-8.

[12] Valentine AR, Carvalho B, Lazo TA, et al. Scheduled acetaminophen with as-needed opioids compared to as-needed acetaminophen plus opioids for post-cesarean pain management[J]. Int J Obstet Anesth, 2015, 24(3):210-216.

(收稿日期:2021-11-21)

转载临床新技术 带你走向新世界

欢迎订阅《实用妇产科杂志》

在广大读者、作者和专家教授们的大力支持下,《实用妇产科杂志》影响力进一步扩大,质量不断提高。除国内医生个人订阅外,单位和机构订户不断增加。根据清华大学中国知识资源总库《实用妇产科杂志》发行与传播报告统计:在国际上,本刊订户已分布到 10 个国家和地区。在北美,有哈佛大学、耶鲁大学、斯坦福大学、约翰斯霍普金斯大学等十余个学术机构;在欧洲有利兹大学、柏林国家图书馆、牛津大学等机构订户;在亚洲,有日本国会图书馆、韩国国家图书馆、新加坡国立图书馆、香港大学、澳门大学、台湾长庚医院、台湾医药大学等机构订户。另外,国外读者已经分布到了 27 个国家和地区。本刊已被国际重要检索系统——美国《化学文摘》、日本《科学技术文献速报》、美国《乌利希期刊指南》收录,使知识和信息的传播更为广泛。2017 年《实用妇产科杂志》荣幸入选“第四届中国精品科技期刊”。

在国内外越来越重视实用新型技术的研究与推广的今天,《实用妇产科杂志》将一如既往地坚持立足临床,突出实用的办刊方针,保持和发扬本刊原有的办刊特色,开办“专题讨论”、“指南解读与专家共识”、“临床病案讨论”、“教训分析”等深受广大读者欢迎的栏目,更好地为读者、作者服务。欢迎广大读者踊跃订阅,积极投稿,投稿网址: <http://jpog.sma.org.cn>。本刊为妇产科学、计划生育类中文核心期刊;国家科技部统计源期刊;国家科技部和新闻出版总署“中国期刊方阵”期刊。本刊为月刊,大 16 开本。封面复膜,全彩印刷。全国各地邮局均可订阅,本刊的全国邮局发行代号:62-44。每册 20 元,全年定价 240 元。地址:成都市武侯区玉林南街 2 号附 3 号《实用妇产科杂志》编辑部。邮政编码:610041。电话:028-86131263。