

doi: 10.3969/j.issn.1009-6469.2020.04.021

◇临床医学◇

剖宫产术后再次妊娠阴道分娩的临床分析

赵婷, 谢滢, 杨欢, 叶琴芬, 叶薇

作者单位: 上海健康医学院附属嘉定区中心医院妇产科, 上海 201800

通信作者: 谢滢, 女, 主任医师, 研究方向为围产医学, E-mail: 1458410536@qq.com

基金项目: 上海市嘉定区卫计委面上项目(2016-KY-05)

摘要:目的 探讨剖宫产术后再次妊娠阴道分娩(VBAC)的影响因素, 为临床管理提供依据。方法 回顾性分析2015年10月至2017年5月于上海健康医学院附属嘉定区中心医院分娩的63例剖宫产术后再次妊娠阴道成功分娩(VBAC), 60例选择性重复剖宫产(ERCS), 49例剖宫产术后再次妊娠阴道试产失败急诊剖宫产(Unsuccessful Vaginal Birth After Cesarean, UVBAC), 60例阴道分娩的初产孕妇的临床资料, 并对VBAC的影响因素进行多因素回归分析。结果 VBAC、ERCS和UVBAC组产妇在分娩前与孕前BMI差值、子宫下段厚度、新生儿体质量、临产前/术前住院日数、宫颈Bishop评分、住院时间、住院费用、产后出血量、并发症、输血、新生儿窒息率, 差异有统计学意义($P < 0.05$), VBAC与非瘢痕子宫初次阴道分娩组比较, 总产程、产程干预率差异有统计学意义($P < 0.05$)。剖宫产原因分析发现, UVBAC组主要为产程停滞(91.8%), ERCS组主要是既往剖宫产史为指征(95.0%), 两组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。多因素logistic回归分析发现, 胎儿体质量、自然临产、Bishop评分、分娩前与孕前BMI差值、临产前/术前住院日数可能是VBAC影响因素。结论 VBAC的成功实施与胎儿体质量、自然临产、宫颈Bishop评分、分娩前与孕前BMI差值、临产前/术前住院天数有关; 正常分娩组较VBAC的总产程长, VBAC因医者各种顾虑则产程干预率明显较正常分娩组低, 提示应重视对VBAC的孕早期甚至孕前管理, 重视人文关爱, 及时产程干预, 提高VBAC成功率。

关键词: 剖宫产后阴道分娩; 剖宫产术, 再; 接生, 产科; 胎儿体质量; 分娩发动; 瘢痕子宫; 试产

Clinical analysis of vaginal birth after cesarean section

ZHAO Ting, XIE Yan, YANG Huan, YE Qinfen, YE Wei

Author Affiliation: Department of Obstetrics and Gynecology, Jiading District Central Hospital Affiliated to Shanghai Medical College, Shanghai 201800, China

Abstract: Objective To explore the influencing factors of vaginal birth after cesarean (VBAC), and to provide the evidence for clinical management. **Methods** A retrospectively study was performed 63 cases of vaginal birth after cesarean section (VBAC), 60 cases of elective repeat cesarean section (ERCS), 49 cases of unsuccessful vaginal birth after cesarean (UVBAC), and 60 cases of primiparas with vaginal delivery in Jiading District Central Hospital Affiliated Shanghai University of Medicine & Health Sciences from October 2015 to May 2017. The influencing factors VBAC were analyzed by multivariable logistic regression. **Results** There were statistical differences between antepartum and progestation of VBAC, UVBAC and ERCS groups in the body mass index, lower uterine segment thickness, Infant weight, predelivery in-hospital day, cervical Bishop score, hospitalized days, expenditure, postpartum hemorrhage, complications, blood transfusion, neonatal asphyxia ($P < 0.05$). There were statistical differences in total stage of labor and interference between and non scar uterus group and VBAC group ($P < 0.05$). The analysis of the causes of cesarean section showed that the main cause of UVBAC group was stagnation of labor (91.8%), that the main cause of ERCS group was previous history of cesarean section (95.0%), and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Multivariate logistic regression analysis showed that fetal weight, natural labor, Bishop score, BMI difference between pre delivery and pre pregnancy, and the number of hospital days before labor/operation might be the influencing factors of VBAC. **Conclusion** The factors, such as fetus weight, spontaneous in labor, cervical Bishop score, BMI difference between prenatal and predelivery, have contributed to the successful implementation of VBAC. The total duration of labor in the normal labor group was longer than that in the VBAC group, and the intervention rate of labor in the VBAC group was significantly lower than that in the normal labor group due to various concerns of the doctors, suggesting that more attention should be paid at the first trimester even early at prenatal period, humanity care is advocated, timely labor intervention, and the success rate of VBAC should be improved.

Key words: Vaginal birth after cesarean; Cesarean section, repeat; Delivery, obstetric; Fetal weight; Labor onset; Scar uterus; Trial labor

随着国家二孩政策的实施,愈来愈多的既往有剖宫产史的育龄期妇女面临着再受孕、再分娩的问题。本研究回顾性分析上海健康医学院附属嘉定区中心医院瘢痕子宫再分娩的临床资料,现报告如下,为瘢痕子宫再分娩的临床管理提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2015年10月至2017年5月于上海健康医学院附属嘉定区中心医院剖宫产术后再次妊娠阴道分娩(Vaginal Birth After Cesarean, VBAC)的孕妇63例;同期选择性重复剖宫产(Elective Repeat Cesarean, ERCS)60例;剖宫产术后再次妊娠阴道试产失败转剖宫产(Unsuccessful Vaginal Birth After Cesarean, UVBAC)49例;阴道分娩的初产孕妇60例,共232例。

1.2 研究方法 回顾性分析VBAC, ERCS, UVBAC的临床资料以及同期经阴道分娩的初产孕妇60例,包括人口统计学资料,既往生育史,孕期检查,分娩情况及母儿妊娠结局等情况。

1.3 统计学方法 使用SPSS 22.0软件进行数据整理与分析。描述性分析采用 $\bar{x} \pm s$, 例(%)。统计检验分析:计数资料采用 χ^2 检验,计量资料两组间比较用独立样本 t 检验,两组以上比较符合正态分布且方差齐性时,采用方差分析,不符合正态分布或者方差不齐时采用非参数检验。探索性影响因素分析采用logistic回归分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 研究对象基本情况的比较 三组孕妇年龄、分娩孕周、孕前、分娩前的体质量指数(BMI)差异无统计学意义($P > 0.05$)。三组孕妇的分娩前与孕前BMI差值、子宫下段厚度、既往有分娩史或引产史,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

2.2 三组产妇分娩相关的指标比较 结果显示,三组孕妇的既往妊娠次数、距前次妊娠时间、剖宫产术后年限比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。而三组在新生儿体质量、自然临产、宫颈Bishop评分6分及以上者、产程干预指标相比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

2.3 三组分娩产妇住院时间、费用及并发症的比较 三组孕妇的住院时间、住院费用、产后出血量、并发症、输血、新生儿窒息率指标比较发现,差异有统计学意义($P < 0.05$)。具体见表3。

2.4 VBAC与非瘢痕子宫阴道分娩一般情况的比较 研究结果发现,VBAC组与非瘢痕子宫初次阴道分娩组,年龄、孕周、产后出血量、新生儿体质量指标比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。而总产程、产程干预率差异有统计学意义($P < 0.05$),见表4。

2.5 UVBAC、ERCS剖宫产原因 剖宫产原因,UVBAC组,以产程停滞为主,占45(91.8%),与ERCS组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。以胎儿窘迫为指征者,UVBAC组占6.1%,ERCS组占3.3%,两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。以先兆子宫破裂为指征者,两组比较差异无统计学意义

表1 三组分娩产妇172例一般情况比较

组别	例数	年龄/ (岁, $\bar{x} \pm s$)	分娩孕周/ (周, $\bar{x} \pm s$)	孕前BMI/ (kg/m ² , $\bar{x} \pm s$)	分娩前BMI/ (kg/m ² , $\bar{x} \pm s$)	分娩前与孕前 BMI差值/(kg/m ² , $\bar{x} \pm s$)	子宫下段厚度/ (mm, $\bar{x} \pm s$)	既往有分娩史 或引产史/例(%)
VBAC	63	28.3±4.4	38.0±1.1	23.9±2.5	26.0±3.0	2.8±1.2	3.0±1.8	16(2.7)
ERCS	60	28.7±4.3	39.0±1.8	24.8±2.9	26.0±3.0	3.9±1.7	2.5±1.3	5(8.3)
UVBAC	49	29.6±4.5	38.5±1.2	24.7±2.8	27.0±4.0	4.5±1.7	2.8±1.5	4(8.1)
$F(\chi^2)$ 值		5.975	6.602	1.508	0.789	2.662	3.082	(9.442)
P 值		0.904	0.490	0.133	0.259	0.008	0.003	0.009

注:VBAC为剖宫产术后再次妊娠阴道分娩,ERCS为选择性重复剖宫产,UVBAC为剖宫产术后再次妊娠阴道试产失败转剖宫产,BMI为体质量指数

表2 三组产妇172例分娩相关的指标比较

组别	例数	既往妊娠次数/ (次, $\bar{x} \pm s$)	距前次妊娠 时间/(月, $\bar{x} \pm s$)	新生儿体质量/ (g, $\bar{x} \pm s$)	自然临产/ 例(%)	宫颈Bishop评分6分 及以上/例(%)	剖宫产术后 年限/(月, $\bar{x} \pm s$)	产程干预/ 例(%)
VBAC	63	1.90±1.20	35.30±18.32	3 025.62±355.42	60(100.0)	60(100.0)	35.30±18.32	5(8.3)
ERCS	60	2.10±1.15	37.70±19.94	3 650.73±580.59	20(33.3)	20(33.3)	37.70±19.94	0(0.0)
UVBAC	49	1.80±1.10	35.50±17.63	3 420.63±570.30	48(100.0)	48(100.0)	35.50±17.63	0(0.0)
$F(\chi^2)$ 值		1.126	0.061	3.100	(81.808)	(87.348)	0.061	(8.910)
P 值		0.263	0.951	0.002	0.000	0.000	0.951	0.012

注:VBAC为剖宫产术后再次妊娠阴道分娩,ERCS为选择性重复剖宫产,UVBAC为剖宫产术后再次妊娠阴道试产失败转剖宫产

表3 三组分娩产妇住院时间、费用及并发症的比较

组别	例数	住院时间/(d, $\bar{x} \pm s$)	住院费用/(元, $\bar{x} \pm s$)	产后出血量/(mL, $\bar{x} \pm s$)	并发症/例(%)	输血/例(%)	新生儿窒息/例(%)
VBAC组	63	2.98±0.21	3 878.56±482.30	218.0±160.20	1(1.0)	0(0.0)	0(0.0)
ERCS组	60	5.98±0.95	9 214.50±615.30	457.0±443.07	5(8.3)	2(3.3)	3(5.0)
UVBAC组	49	5.75±0.65	161 476.20±583.50	460.8±320.20	1(2.0)	1(2.0)	1(2.0)
$F(\chi^2)$ 值		10.092	46.78	3.800	(4.305)	(2.028)	(3.407)
P 值		0.003	0.000	0.001	0.116	0.363	0.182

注:VBAC为剖宫产术后再次妊娠阴道分娩,ERCS为选择性重复剖宫产,UVBAC为剖宫产术后再次妊娠阴道试产失败转剖宫产

表4 VBAC产妇与非瘢痕子宫阴道分娩产妇一般情况比较

组别	例数	年龄/(岁, $\bar{x} \pm s$)	孕周/(周, $\bar{x} \pm s$)	总产程时长/(h, $\bar{x} \pm s$)	产后出血量/(mL, $\bar{x} \pm s$)	新生儿体质量/(g, $\bar{x} \pm s$)	产程干预/例(%)
VBAC组	63	28.3±4.4	38.0±1.1	6.0±2.2	218.00±160.20	3 210.62±355.42	3(5.0)
非瘢痕子宫初次阴道分娩组	60	28.5±3.6	38.3±1.2	10.0±4.0	230.00±168.22	3 320.32±502.30	20(33.0)
$F(\chi^2)$ 值		0.275	1.446	6.825	0.405	1.392	(16.502)
P 值		0.784	0.151	0.000	0.686	0.167	0.000

注:VBAC为剖宫产术后再次妊娠阴道分娩

($P > 0.05$)。以既往剖宫产史为指征者,ERCS组占95.0%,与UVBAC组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表5。

表5 UVBAC与ERCS产妇剖宫产原因分析/例(%)

组别	例数	产程停滞	胎儿窘迫	先兆子宫破裂	既往剖宫产史
UVBAC组	49	45(91.8)	3(6.1)	1(2.0)	0(0.0)
ERCS组	60	0(0.0)	2(3.3)	1(1.7)	57(95.0)
χ^2 值		93.846	0.054	0.021	97.576
P 值		0.000	0.816	0.885	0.000

注:UVBAC为剖宫产术后再次妊娠阴道试产失败转剖宫产,ERCS为选择性重复剖宫产

2.6 VBAC影响因素分析 将单因素分析结果中差异有统计学意义的变量纳入多因素logistic回归分析,分析结果显示,胎儿体质量、自然临产、Bishop评分、分娩前与孕前BMI差值、临产前/术前住院日数对VBAC影响具有统计学意义($P < 0.05$),具体见表6。

表6 VBAC产妇63例多因素logistic回归分析

变量	β 值	SE值	Wald值	OR(95%CI)值	P 值
子宫下段厚度	1.386	0.586	5.591	4 (1.268~12.622)	0.285
胎儿体质量	1.995	0.856	5.427	7.353 (1.372~39.397)	0.020
自然临产	2.647	1.250	4.481	14.111 (1.217~163.630)	0.034
评分	5.322	0.005	27.598	7.353 (1.372~39.397)	0.000
分娩前与孕前BMI差值	1.150	0.069	10.424	3.160 (1.572~6.352)	0.001
临产前/术前住院日数	0.712	0.058	5.790	2.037 (1.346~3.085)	0.001

注:VBAC为剖宫产术后再次妊娠阴道分娩

3 讨论

3.1 VBAC的优越性、必要性与可行性 VBAC与ERCS,UVBAC比较,具有住院时间短,住院费用低,产后出血量少,输血率低,并发症(如产褥期感染、下肢静脉血栓等)少,新生儿窒息率低等优点。无论是从经济角度还是从减少术时术后患病率的角度考虑,其优越性是不言而喻的^[1-6]。

国家二孩政策的实施致几年前高剖宫产率带来的大量瘢痕子宫妇女再生育问题日益彰显。由于国内特殊的医疗环境,VBAC尚处于起步阶段^[7]。自2014年来上海健康医学院附属嘉定区中心医院年分娩量约2 400人次,以瘢痕子宫为指征行剖宫产的分娩数约占剖宫产率的43%,居剖宫产原因序位第一。这部分孕妇没有阴道分娩的经验,惧怕宫缩痛,惧怕子宫破裂,对阴道分娩没有信心,或者曾经有过阴道分娩失败的心理阴影,此次妊娠又没有接受产前宣教,因而于孕39周左右选择了剖宫产。而VBAC的成功实施^[8-10]提示对选择性重复剖宫产的人群可以开展大量工作。

剖宫产率是衡量产科的质量标准之一^[11]。再次剖宫产明显增加了剖宫产率,且可能导致严重的产后出血、胎盘植入等严重并发症,给社会和家庭带来过多的医疗负担。近年来,有剖宫产史再次妊娠的妇女人数逐年增多,愈来愈多的瘢痕子宫妇女有自然分娩的需求,而随着经验的积累与分享,愈来愈多的产科医师也愿意承担剖宫产术后阴道试产(Trial of labor after cesarean, TOLAC),VBAC的成功实施逐渐改变了“一次剖宫产,次次剖宫产”的观念。

3.2 VBAC的安全性及影响因素 2016年中华医学会妇产科学分会产科学组VBAC管理的专家共识

列出了提高VBAC成功率的因素^[12],包括孕妇年龄、孕妇体质指数、本次妊娠距前次剖宫产时间、宫颈评分、阴道分娩史、孕周等。本研究显示,胎儿体质量、自然临产、宫颈Bishop评分、分娩前与孕前BMI差值、临产前/术前住院天数是影响VBAC成功的主要因素,而与分娩年龄、孕前BMI无关,与文献报导的不尽一致^[8,13]。合理的体质量增加、合适的胎儿体质量、良好的宫颈成熟度、自然临产、临产前/术前住院天数愈短,VBAC的成功率愈高。分析其原因主要有:(1)本研究反映了距上次分娩间隔2-3年剖宫产术后再次生育人群的特征,研究跨度较短,年龄相对集中,而近几年实施的基本上是子宫下段横切口剖宫产术;(2)样本量不足够大,有一定的局限性;(3)63例VBAC均为自然临产,其中许多病例为“偶然性”的,即孕妇入院时已经临产,并且有强烈的阴道分娩要求,产程进展顺利,因而很快自然分娩;(4)上海健康医学院附属嘉定区中心医院孕妇多为外来人口,主要来自于安徽、江苏等南方地区,我国南方地区人群较北方地区人群及欧美人群矮小。临床观察发现,一部分瘢痕子宫妊娠有阴道试产意愿且提前入院待产的孕妇,因住院期间迟迟不临产,医生亦无对病人阴道试产的建议和措施致孕妇焦虑担忧失去阴道试产信心而选择了剖宫产^[10],在缺乏产前宣教、充分医患沟通的情况下,提前入院待产干扰了孕妇的心态,是VBAC,ERCS,UVBAC临产前/术前住院天数差异显著的原因。以上说明选择合适的病例,合适的入院时间及医生合理化建议的重要性^[14]。

VBAC的成功率各国报道不一,从60%~80%不等^[12]。本研究VBAC与ERCS,UVBAC比较,VBAC并发症少,输血的概率与新生儿窒息的发生率均低,只要选择合适的病例,其实施是安全的。而VBAC的主要并发症为先兆子宫破裂和子宫破裂^[12,15],这也是产科医务工作者和孕妇惧怕瘢痕子宫经阴道分娩的主要原因。本研究初期有1例VBAC孕妇因宫口开全后子宫收缩乏力,值班医生在万分焦急的情况下,情急之中于胎头拨露时施加腹压致子宫破裂,后急行产钳助娩,再经腹行子宫破裂修补术,幸运的是胎儿存活,该病例孕周42周,胎儿体质量3 800 g,提示对于瘢痕子宫经阴道分娩试产的孕妇一定要谨慎施加腹压,尤其对逾预产期,胎儿较大者。TOLAC试产过程中,在严密监测的前提下可以使用缩宫素静脉点滴^[7,15]。

3.3 VBAC组与正常分娩组比较 研究中比较了VBAC组与同期60例非瘢痕子宫阴道分娩的年龄、

孕周、总产程、产后出血量、新生儿体质量、产程干预,结果发现:VBAC组的总产程较非瘢痕子宫阴道分娩组短,产程干预亦明显少于正常阴道分娩组。在VBAC试产过程中,医务人员往往持有保守态度,对于产程中出现问题的孕妇存有顾虑而不采取干预措施,如人工破膜,静滴催产素等,宁愿因产程中出现某种问题(如胎心变化、产程停滞等)果断行剖宫产而不愿因这种不利因素去采取一些措施为其阴道分娩创造条件,这可能降低瘢痕子宫再次妊娠阴道分娩成功率。

3.4 UVBAC剖宫产原因分析 研究中UVBAC组和ERCS组剖宫产的原因,63例VBAC中,47例自然临产,13例行人工破膜后临产,而Bishop评分低于6分有阴道试产意愿的孕妇,因宫颈成熟度较差,医务人员顾虑促宫颈成熟方法的安全性而采取干预措施(如水囊引产等),致这部分孕妇放弃阴道试产而行剖宫产术。48例UVBAC均自然临产,剖宫产原因主要是产程停滞,包括活跃期停滞、胎头下降停滞等,占76.2%,其次是胎儿窘迫,占3.0%,而ERCS组则是既往有剖宫产史,占95.0%,其次是胎儿窘迫,占3.3%,二组均有1例因先兆子宫破裂行剖宫产。提示在现有的医疗环境下,多数医生对TOLAC风险存有恐惧存有压力,过度“诊断”,缺乏激励机制,使得部分孕妇未经充分试产而失去了阴道分娩的机会,彰显了医务工作者的重要作用^[16-17]。

3.5 存在的问题及需要关注的方面 63例VBAC的产程具有“短、平、快”的特点,尚需要积累更多的病例,进行多中心大样本的研究,建立我国的循证数据以探讨VBAC的产程特点。分娩/术前的住院时间对孕妇心理的负面影响,医务人员对剖宫产术后再次妊娠阴道试产的态度积极与否亦是提高VBAC成功率的因素^[18-20],也反映了我国现有的医疗环境。对于有阴道分娩意愿的孕妇,除了严格按照专家共识评估,应该将产前宣教关口前移,开设瘢痕子宫再次生育孕前咨询门诊^[15],充分医患沟通,建立良好的医患信任,开创医务工作者与孕妇、家庭共同参与、承担的激励机制,重视人文关爱,使VBAC的临床管理、实施更为积极有效。

参考文献

- [1] 肖静.剖宫产术后再次妊娠阴道分娩的研究进展[J].中国城乡企业卫生,2019,34(12):43-44.
- [2] 陈梅兰.剖宫产术后瘢痕子宫再次妊娠阴道分娩的临床分析[J].实用妇科内分泌电子杂志,2019,6(32):29,39.DOI: 10.16484/j.cnki.issn2095-8803.2019.32.020
- [3] 曹艳霞.首次剖宫产术后再次妊娠应用阴道检查和超声测量值

- 对选择适宜分娩方式的预测价值探讨[J].中国妇幼保健, 2019,34(22):5173-5176.
- [4] 钟际香,邹丹,张文娟,侯幸岳,周金萍.基于循证构建认知行为决策板在剖宫产术后再次妊娠孕产妇中的应用[J].齐鲁护理杂志,2019,25(22):4-8.
- [5] 周静,欧荣英,张文森,梁晶晶.剖宫产术后再次妊娠经阴道分娩的母婴结局及影响因素分析[J].健康研究,2019,39(6):636-640.
- [6] 杨丽.剖宫产术后瘢痕子宫再次妊娠选择阴道分娩的可行性及安全性分析[J].中国医药指南,2019,17(36):62-63.
- [7] 中华医学会妇产科学分会产科学组.剖宫产术后再次妊娠阴道分娩管理的专家共识(2016)[J].中华妇产科杂志,2016,51(8):561-564.
- [8] 伍绍文,卢颖州,王珊珊,等.剖宫产术后再次妊娠阴道分娩的相关影响因素分析[J].中华妇产科杂志,2016,51(8):576-580.
- [9] 余琳,苏春宏,王晓怡,等.剖宫产术后再次妊娠阴道分娩的多中心临床研究[J].中华妇产科杂志,2016,51(8):581-585.
- [10] 何镭,陈猛,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):586-591.
- [11] 于秀荣.产科护理质量评价指标体系的研究[D].上海:第二军医大学,2006.
- [12] 杨慧霞,李博雅.剖宫产后时代面临的挑战[J].中华妇产科杂志,2016,51(8):573-575.
- [13] 胡芷洋,苏放明.剖宫产后再次妊娠的阴道分娩预测[J].中华产科急救电子杂志,2013,2(4):257-261.
- [14] 高宗侠.近6年剖宫产率和剖宫产指征的变化趋势[J].安徽医药,2017,21(7):1231-1233.
- [15] LYNES C, MCLAIN AC, YEUNG EH, et al. Interpregnancy weight change and adverse maternal outcomes: a retrospective cohort study[J]. Ann Epidemiol, 2017, 27(10): 632-637.
- [16] 杜世华,桑琳,方前进,丁玉芹.某院2008~2012年剖宫产率与剖宫产指征变化分析[J].安徽医学,2015,36(9):1089-1091.
- [17] 何辉,张英英,李鹏.4955例剖宫产指征分析[J].安徽医药,2013,17(1):94-96.
- [18] THEISSEN A, PUJOL N, FRAITURE A, et al. Obligation of the physician to inform about the risks of a vaginal birth after caesarean section[J]. Gynecol Obstet Fertil Senol, 2017, 45(10): 575-577.
- [19] BRICK A, LAYTE R, FARREN M, et al. Recent trends in vaginal birth after caesarean section[J]. Ir Med J, 2016, 109(10): 482.
- [20] LUNDGREN I, HEALY P, CARROLL M, et al. Clinicians views of factors of importance for improving the rate of VBAC (vaginal birth after caesarean section): a qualitative study from countries with high VBAC rates[J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2016, 16(1): 350.

(收稿日期:2018-12-27,修回日期:2020-02-22)

doi:10.3969/j.issn.1009-6469.2020.04.022

◇临床医学◇

阑尾黏液性肿瘤 1 例

刘东良,朱志强,刘流,梁力川

作者单位:安徽医科大学附属省立医院普通外科,安徽 合肥 230001

通信作者:朱志强,男,主任医师,副教授,硕士生导师,研究方向为消化道肿瘤外科,E-mail:zhuzhiqiang711010@163.com

摘要:目的 提高医疗工作者对阑尾黏液性肿瘤的认识程度。**方法** 收集阑尾黏液性肿瘤 1 例的临床资料,包括术前检查(实验室检查与影像学检查结果)、治疗经过以及术后病理结果。**结果** 该例病人行腹腔镜下阑尾切除术,术后病理诊断为(回盲部)阑尾腔扩张,积聚大量黏液,肌肉组织内见大量细小钙化灶,考虑阑尾黏液性肿瘤伴钙化,不排除复发潜能。**结论** 阑尾黏液性肿瘤的临床症状不典型,易误诊。术中需行冰冻病理检查,明确肿物性质后再选择具体术式。

关键词:阑尾肿瘤; 超声检查,多普勒,彩色; 病理状态,体征和症状; 阑尾炎; 钙化

A case report of appendiceal mucinous neoplasms

LIU Dongliang, ZHU Zhiqiang, LIU Liu, LIANG Lichuan

Author Affiliation: Department of General Surgery, Anhui Provincial Hospital Affiliated to the Anhui Medical University, Hefei, Anhui 230001, China

Abstract: Objective To improve the understanding of medical workers appendiceal about mucinous neoplasms. **Methods** The clinical data of 1 case of appendiceal mucinous neoplasms were collected, including the results of preoperative examination (laboratory examination and imaging examination), treatment process and postoperative pathological results. **Results** Laparoscopic appendectomy was performed in this case. The postoperative pathological diagnosis was dilation of the appendix cavity, accumulation of a large amount of mucus was, and a large number of small calcifications in the muscle tissue. Considering the appendiceal mucinous neoplasms with calcification, the recurrence potential could not be excluded. **Conclusion** The clinical symptoms of appendiceal