本报于本月14日19版发表了题为：剖宫产率：中国最尴尬的“世界第一”一文，就我国的剖宫产手术现状对魏丽惠、杨慧霞、张为远、吴素慧四位专家进行了采访报道。记者获悉，为规范剖宫产手术，进一步完善剖宫产手术指征、术前准备、手术步骤及术后管理，中国妇产科专家参考英、美国等国家剖宫产指南并结合中国现状制定了我国剖宫产手术的专家共识。

中国剖宫产手术专家共识解读

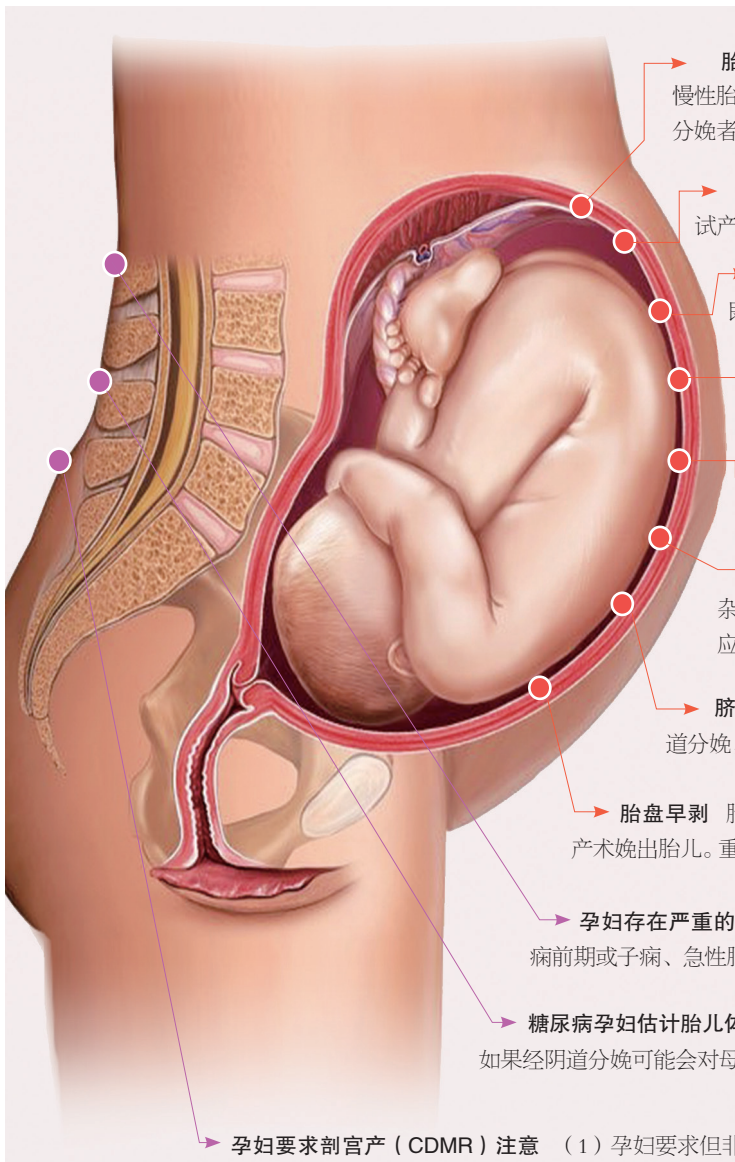
医师有权拒绝无指征剖宫产要求

▲ 首都医科大学附属北京妇产医院产科　张为远

阴道分娩是女性一个正常的生理过程，但孕妇自身存在严重的病理状态或胎儿异常，则应行剖宫产终止妊娠。剖宫产手术对解决难产和严重的妊娠并发症和合并症，降低母儿死亡率和发病率起了重要作用。由于剖宫产和麻醉技术的成熟和提高、电子胎心监护的普遍使用、孕妇及家属的要求、产科医师为母儿安全减少医疗纠纷等诸多原因，使剖宫产率逐年增加。据报道，我国多家医院剖宫产率在50~60%，甚至个别医院达80%以上，每年约有1000万新生儿是产科医师采用剖宫产分娩的。究竟是产妇不能生了？还是产科医生不会或不敢接生了？这个问题需要我们深思。

通过应用共识，宣传共识，不断完善共识，进一步降低剖宫产率、保护医生、母婴安全。希望在各级医院的妇产医师的努力下，将我国剖宫产率控制在一个合理的范围之内。

明确剖宫产手术指征 严控剖宫产手术数量



胎儿窘迫 妊娠晚期因合并症或并发症所致的急、慢性胎儿窘迫和分娩期急性胎儿窘迫，短期内不能阴道分娩者。

头盆不称 绝对头盆不称或相对头盆不称经充分试产失败者。

瘢痕子宫 二次及以上剖宫产术后再妊娠者；既往子宫肌瘤剔除手术穿透宫腔者。

胎位异常 胎儿横位或初产足月单胎臀位（估计胎儿体重大于3500g者）、足先露。

前置胎盘及前置血管 胎盘部分或完全覆盖宫颈内口者及前置血管者。

双胎（多胎）妊娠 第一个胎儿为非头位；复杂性双胎妊娠；连体双胎、三胎及以上的多胎妊娠应行剖宫产。

脐带脱垂 胎儿有存活可能者，评估不能迅速经阴道分娩，行急诊剖宫产术以尽快挽救胎儿。

胎盘早剥 胎儿有存活可能，应监测胎心并尽快行急诊剖宫产术娩出胎儿。重度胎盘早剥，胎儿已死亡，也应行急诊剖宫产术。

孕妇存在严重的病理状态 严重心脏病、呼吸系统疾病、重度子痫前期或子痫、急性脂肪肝、血小板减少、重型ICP等。

糖尿病孕妇估计胎儿体重>4250 g者 指胎儿不能或不宜经阴道分娩，如果经阴道分娩可能会对母儿造成一定的伤害。

孕妇要求剖宫产（CDMR）注意 （1）孕妇要求但非剖宫产的指征，须讨论、记录。（2）当孕妇在不知情的情况下要求剖宫产，告知剖宫产与阴道分娩相比的整体利弊和风险，并记录。（3）当孕妇因恐惧分娩而要求剖宫产，应提供咨询，帮助减轻恐惧，产程中应用分娩镇痛减轻分娩的疼痛和恐惧，缩短产程。（4）临床医师有权拒绝没有明确指征的剖宫产要求，但产妇的要求应该得到尊重，并提供次选的建议。

剖宫产手术时机至关重要 是影响母儿预后的重要因素

择期剖宫产术 是指具有剖宫产手术指征，孕产妇及胎儿宫内状态良好，有计划、有准备的前提下，先于分娩发动的择期手术。由于妊娠39周前剖宫产新生儿呼吸道并发症的发生风险较高。因此，除双胎或多胎妊娠及前置胎盘等原因外，特别“强调了择期剖宫产不建议在妊娠39周前实施”。

急诊剖宫产术 其是指威胁到母儿生命的紧急状况下的剖宫产手术。考虑到各级医院的条件、当时的情况及技术人员的素质，特别提出“争取在最短的时间内结束分娩”，而没有要求具体时间，但需要产妇与家属配合，以及产科、新生儿科和麻醉科医护人员的配合与沟通。

剖宫产术前应充分准备 详细告知

术前谈话 需结合孕妇及家属的文化背景、受教育程度和对分娩方式的选择意向。产科医生需充分告知孕妇及家属术中及术后可能出现的不良结局，对CDMR更应解释清楚：（1）剖宫产手术的指征和必要性。（2）手术前、术中和术后母儿可能出现的并发症。（3）签署知情同意书：夫妻双方及主管医师签字。

术前准备 （1）术前应具备常规化验检查。（2）酌情备皮。（3）留置导尿管。时间长短应根据产妇当时情况而定。（4）必要时备血：如胎盘早剥、子宫破裂、前置胎盘等可能在手术过程中出血超过1000 ml者，需在具备充足血源的医疗单位实施。（5）抗菌药物使用按照卫生部抗菌药物使用规范。剖宫产手术（Ⅱ类切口）的抗菌药物使用为预防用药，可减少手术后伤口感染的发生。

麻醉方式选择及注意事项

应根据产妇与胎儿宫内状态及医疗机构的条件与麻醉师的技能做决定。剖宫产手术的麻醉方式包括椎管内麻醉（腰硬联合麻醉或连续硬膜外麻醉）、全麻、局部浸润麻醉等。

注意事项：（1）与孕妇及家属麻醉前谈话，介绍麻醉的必要性、麻醉方式及可能发生的并发症。并签署麻醉知情同意书。（2）麻醉前6~8 h禁食水。（3）麻醉前测量产妇血压、脉搏、留置尿管、监测胎心率等。

子宫下段剖宫产手术中重要步骤

腹壁切口的选择 其指腹壁横切口与腹壁纵切口，注意切口的选择应在孕产妇知情同意前提下选择。

膀胱的处理 子宫下段形成不良或膀胱与子宫下段粘连者。当子宫下段形成良好时，不推荐剪开膀胱腹膜反折，下推膀胱。

子宫切口的选择 一般选择子宫下段中上1/3处横切口，长约10 cm。下段形成良好时，建议钝性分离打开子宫，减少失血及产后出血的发生率。前置胎盘或胎盘植入孕妇避开胎盘酌情选择切口部位。

缩宫素应用 胎儿娩出后予缩宫素10~20 IU直接子宫肌壁注射或（和）缩宫素10 IU加入500 ml晶体液静脉滴注。可有效促进子宫收缩和减少出血。

胎盘娩出方式 建议采取控制性持续牵拉胎盘，减少出血量和子宫内膜炎风险。当存在较明显的活动性出血或5 min后仍无剥离征象时，建议取胎盘。检查胎盘胎膜是否完整。

缝合子宫切口 建议采用双层连续缝合子宫切口。子宫切口两侧角缝合应于切口侧角外0.5~1.0 cm开始；第一层全层连续缝合，第二层连续或间断褥式缝合包埋切口；注意针距、缝针距切缘及缝线松紧度。

剖宫产术后管理不容忽视

（1）术后常规监测：生命体征监测：术后2 h内每30 min观察1次心率、呼吸频率以及血压。注意宫缩及出血情况。（2）根据麻醉方式酌情选择进食及进水时机。（3）剖宫产术后次日酌情拔除尿管。（4）术后疼痛管理。（5）术后使用缩宫素。（6）常规复查血常规，酌情复查尿常规。（7）出院标准：一般状况良好，体温正常；血、尿常规基本正常；切口愈合良好；子宫复旧良好，恶露正常。