

本文引用:徐凯. 经阴道子宫憩室修补术治疗剖宫产后子宫切口憩室疗效观察[J]. 新乡医学院学报, 2019, 36 (2): 136-138, 142. DOI: 10. 7683/xyxyxb. 2019. 02. 008.

【临床研究】

经阴道子宫憩室修补术治疗剖宫产后子宫切口憩室疗效观察

徐 凯  
(驻马店市第一人民医院妇产科, 河南 驻马店 463000)

**摘要:** **目的** 探讨经阴道子宫憩室修补术治疗剖宫产后子宫切口憩室的临床效果。**方法** 选择2013年12月至2016年12月驻马店市第一人民医院收治的62例子宫切口憩室患者为研究对象,根据治疗方法分为观察组和对照组,每组31例。对照组患者给予开腹憩室修补术,观察组患者给予经阴道子宫憩室修补术。记录2组患者手术时间、术后肛门排气时间、住院时间、阴道出血时间;分别于手术前后使用Acuson X300型彩色多普勒超声诊断仪测量憩室深度及宽度;术后6个月评定2组患者疗效;术后随访1 a,观察憩室复发和术后并发症发生情况。**结果** 观察组患者手术时间、术后肛门排气时间、住院时间、阴道出血时间短于对照组( $P < 0.05$ )。2组患者手术前憩室深度、宽度比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),2组患者手术后憩室深度及宽度均显著小于手术前( $P < 0.05$ );手术后,观察组患者憩室深度及宽度显著小于对照组( $P < 0.05$ )。观察组和对照组患者术后总有效率分别为96.77% (30/31)、74.19% (23/31),观察组患者治疗总有效率高干对照组( $\chi^2 = 4.369, P < 0.05$ )。观察组和对照组患者术后并发症发生率分别为3.23% (1/31)、22.58% (7/31),观察组患者术后并发症发生率低于对照组( $\chi^2 = 6.177, P < 0.05$ )。观察组和对照组患者术后1 a憩室复发率分别为3.23% (1/31)、16.13% (5/31),观察组患者术后1 a憩室复发率低于对照组( $\chi^2 = 5.638, P < 0.05$ )。**结论** 经阴道子宫切口憩室修补术治疗子宫切口憩室可以更彻底地清除病灶,缩短手术时间,减少术中出血量,促进患者术后恢复,降低术后并发症发生率和憩室复发率。

**关键词:** 阴道;子宫切口憩室;修补术;瘢痕;剖宫产  
**中图分类号:** R714.4 **文献标志码:** A **文章编号:** 1004-7239(2019)02-0136-04

Effect of transvaginal uterine diverticulum neoplasty in the treatment of uterine incision diverticulum after uterine-incision delivery

XU Kai  
(Department of Obstetrics and Gynaecology, the First People's Hospital of Zhumadian City, Zhumadian 463000, Henan Province, China)

**Abstract:** **Objective** To investigate the clinical effect of transvaginal uterine diverticulum neoplasty in the treatment of uterine incision diverticulum after uterine-incision delivery. **Methods** A total of 62 patients with uterine incision diverticulum after uterine-incision delivery in the First People's Hospital of Zhumadian City from December 2013 to December 2016 were selected as the subjects. The patients were divided into observation group and control group according to the treatment method, 31 cases in each group. The patients in the control group were treated with transabdominal diverticulum neoplasty, while the patients in the observation group were treated with transvaginal uterine diverticulum neoplasty. The operation time, postoperative anal exhaust time, hospitalization time and vaginal bleeding time of patients in the two groups were recorded. The depth and width of diverticulum were measured by Acuson X300 color Doppler diasonography before and after operation. The curative effect of patients in the two groups was evaluated at 6 months after operation. All patients were followed up for one year after operation to observe the recurrence of diverticulum and the occurrence of complications. **Results** The operation time, postoperative anal exhaust time, hospitalization time and vaginal bleeding time in the observation group were shorter than those in the control group ( $P < 0.05$ ). There was no significant difference in the depth and width of diverticulum between the two groups before operation ( $P > 0.05$ ). The depth and width of diverticulum after operation were significantly lower than those before operation in the two groups ( $P < 0.05$ ). The depth and width of diverticulum in the observation group were significantly less than those in the control group after operation ( $P < 0.05$ ). The total effective rate in the observation group and control group was 96.77% (30/31) and 74.19% (23/31), respectively. The total effective rate in the observation group was higher than that in the control group ( $\chi^2 = 4.369, P < 0.05$ ). The incidence of complications in the observation group and control

group was 3.23% (1/31) and 22.58% (7/31), respectively. The incidence of complications in the observation group was lower than that in the control group ( $\chi^2 = 6.177, P < 0.05$ ). The recurrence rate of diverticulum at one year after-operation in the observation group and control group was 3.23% (1/31) and 16.13% (5/31), respectively. The recurrence rate of diverticulum at one year after-operation in the observation group was lower than that in the control group ( $\chi^2 = 5.638, P < 0.05$ ). **Conclusion** Transvaginal uterine incision diverticulum neoplasty for uterine incision diverticulum can more thoroughly remove the focus, shorten the operation time, reduce intraoperative bleeding, promote the postoperative recovery of patients, reduce the incidence of postoperative complications and the recurrence rate of diverticulum.

**Key words:** vagina; uterine incision diverticulum; neoplasty; scar; uterine-incision delivery

子宫切口憩室是剖宫产后常见的并发症之一,患者可出现月经期延长、阴道不规则流血、瘢痕妊娠等一系列表现,若不及时采取有效的治疗措施,可严重影响患者的生活质量和生育功能<sup>[1-2]</sup>。以往临床常采用激素等药物治疗子宫切口憩室,但容易复发,治疗效果欠佳<sup>[3]</sup>。随着临床技术水平的发展与提高,子宫切口憩室的治疗方式也有一定改善,手术治疗在临床的应用逐渐广泛,主要包括开腹手术和经阴道手术,有效降低了子宫切口憩室复发<sup>[4-5]</sup>。本研究主要探讨经阴道子宫切口憩室修补术的临床效果。

1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择2013年12月至2016年12月驻马店市第一人民医院收治的子宫切口憩室患者,病例纳入标准:(1)经影像学检查,发现子宫切口肌层无回声区凸向宫腔内,下段外凸憩室样结节,符合子宫切口憩室诊断标准<sup>[2]</sup>;(2)符合手术指征;(3)患者具备良好的沟通及表达能力,能够配合完成相关检查及随访等;(4)具有完整的临床资料。排除标准:(1)合并子宫内膜疾病、子宫肌瘤者;(2)过敏体质或对相关药物过敏者;(3)内分泌功能严重紊乱,目前使用糖皮质激素及细胞毒性药物治疗者;(4)合并凝血功能障碍者或伴有严重贫血者;(5)使用宫内节育器者。本研究共纳入子宫切口憩室患者62例,根据治疗方法分为观察组和对照组,每组31例。观察组:患者年龄24~43(29.28±2.44)岁,距上次剖宫产时间1~2(1.03±0.21)a,阴道出血时间11~18(15.42±2.24)d。对照组:患者年龄23~42(29.31±2.48)岁,距上次剖宫产时间1~2(1.02±0.22)a,阴道出血时间10~19(15.41±2.26)d。2组患者的年龄、距上次剖宫产时间及阴道出血时间比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。本研究经医院伦理委员会批准,患者均签署知情同意书。

**1.2 手术方法** 2组患者均于月经干净后7d进行手术,术前完善各项检查。对照组患者给予开腹子

宫切口憩室修补术,具体操作步骤:患者全身麻醉,取平卧位,于原剖宫产切口瘢痕处做一长度约10cm切口,逐层分离皮肤及肌肉组织,进入腹腔,剪开膀胱子宫反折腹膜,将膀胱推至子宫下段,充分暴露切口瘢痕憩室并切除,清除血凝块及坏死组织,完成后缝合切口,检查无出血后逐层缝合腹部切口。观察组患者给予经阴道子宫切口憩室修补术,术前6h将米索前列醇置于阴道内,患者硬膜外麻醉,取膀胱结石位,进行阴道消毒,用宫颈钳牵拉阴道上唇,切开宫颈前壁黏膜,分离其与膀胱间隙,向上推离膀胱反折,暴露宫颈下段原切口,使用金属导管定位憩室薄弱区,切除瘢痕憩室及周围组织,检查无出血后逐层缝合切口。

**1.3 评价指标** (1)记录2组患者手术时间、术后肛门排气时间、住院时间、阴道出血时间。(2)憩室深度及宽度:分别于手术前后使用Acuson X300型彩色多普勒超声诊断仪(德国西门子公司)经阴道超声测量憩室深度及宽度。(3)憩室复发情况:术后随访1a,观察憩室复发情况,以患者治疗缓解后瘢痕液区再次出现,且经期异常为复发。(4)术后并发症:主要包括尿潴留、月经减少及盗汗等。(5)临床疗效:2组患者于术后6个月评定疗效。治愈:临床症状完全消失,月经期恢复正常;有效:临床症状有所好转,月经期缩短 $>5$ d;无效:临床症状无明显改善,月经期缩短 $<4$ d或无明显改变<sup>[6]</sup>。总有效率=治愈率+有效率。

**1.4 统计学处理** 应用SPSS 20.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较采用 $t$ 检验;计数资料以百分率表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

**2.1 2组患者手术时间及术后肛门排气时间、住院时间、阴道出血时间比较** 结果见表1。观察组患者手术时间、术后肛门排气时间、住院时间、阴道出血时间短于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

表 1 2 组患者手术时间、术后肛门排气时间、术后住院时间及阴道出血时间比较

Tab.1 Comparison of the operation time,postoperative anal exhaust time,hospitalization time and vaginal bleeding time of patients between the two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	手术 时间/min	术后肛门 排气时间/h	术后住院 时间/d	术后阴道 出血时间/d
对照组	31	49.56±3.21	35.68±3.98	5.57±2.18	9.38±2.24
观察组	31	40.17±3.15	23.56±3.14	3.67±0.79	7.89±2.61
$\chi^2$		6.270	13.311	4.652	2.412
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 2 组患者憩室深度及宽度比较 结果见表 2。2 组患者术前憩室深度及宽度比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );2 组患者术后憩室深度及宽度均显著小于手术前,差异有统计学意义( $P<0.05$ );手术后,观察组患者憩室深度及宽度显著小于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表 2 2 组患者憩室深度及宽度比较

Tab.2 Comparison of the depth and width of diverticulum between the two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	憩室深度/mm	憩室宽度/mm
对照组	31		
术前		10.37±2.27	21.29±3.02
术后		4.31±1.01 <sup>a</sup>	10.57±2.27 <sup>a</sup>
观察组	31		
术前		10.39±2.15	21.45±3.07
术后		3.23±1.02 <sup>ab</sup>	8.22±1.11 <sup>ab</sup>

注:与手术前比较<sup>a</sup> $P<0.05$ ;与对照组比较<sup>b</sup> $P<0.05$ 。

2.3 2 组患者临床疗效比较 观察组患者治愈 23 例,有效 7 例,无效 1 例,治疗总有效率为 96.77% (30/31);对照组患者治愈 13 例,有效 10 例,无效 8 例,治疗总有效率为 74.19% (23/31);观察组患者治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义( $\chi^2 = 4.369, P<0.05$ )。

2.4 2 组患者憩室复发率及并发症发生率比较 观察组患者术后出现尿潴留 1 例,并发症发生率为 3.23% (1/31);对照组患者术后出现盗汗 2 例,尿潴留 2 例,月经减少 3 例,并发症发生率为 22.58% (7/31);观察组患者并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义( $\chi^2 = 6.177, P<0.05$ )。观察组和对照组患者术后 1 a 憩室复发率分别为 3.23% (1/31)、16.13% (5/31),观察组患者术后 1 a 憩室复发率低于对照组,差异有统计学意义( $\chi^2 = 5.638, P<0.05$ )。

3 讨论

近年来,随着剖宫产手术的增多,子宫切口憩室发病率逐渐升高。子宫切口憩室的发生主要与子宫

切口位置低、切口张力较大、缝合时子宫切口对合不严密、围术期感染等因素有关<sup>[3]</sup>。子宫切口憩室患者主要表现为月经期延长、慢性盆腔炎、疼痛等,不仅影响患者的生活质量,甚至会影响患者再次妊娠<sup>[2]</sup>。因此,采取有效的治疗手段来改善子宫切口憩室对患者机体及生活质量的影响尤为重要。

既往,子宫切口憩室主要采用药物治疗或开腹手术治疗。药物治疗主要采用避孕药物,其能够促进子宫内膜萎缩,使子宫切口憩室缩小<sup>[7]</sup>。但药物治疗子宫切口憩室的复发率较高,同时,药物能够刺激瘢痕憩室周围发生出血,进而形成纤维化,导致粘连情况加重,不利于疾病恢复<sup>[8]</sup>。传统开腹手术治疗子宫切口憩室有较好的临床效果,能够有效清除瘢痕憩室,但随着其在临床的广泛应用,问题也逐渐显现出来,主要表现在开腹手术对机体损伤较大、手术时间较长、术中出血量较多、增加患者术中感染等,同时,患者腹部会留下手术瘢痕,影响整体美观<sup>[9-10]</sup>。近年来,经阴道子宫切口憩室修补术在临床中的应用越来越多,该手术操作简单,手术时间较短,对患者机体损伤较小,可减少患者术中的危急情况,有助于患者术后恢复,改善预后<sup>[11-12]</sup>。本研究结果显示,观察组患者手术时间、术后肛门排气时间、住院时间、阴道出血时间短于对照组,手术后观察组患者憩室深度及宽度显著小于对照组,且观察组患者总有效率高于对照组,术后并发症发生率和憩室复发率低于对照组。该结果提示,采用经阴道子宫切口憩室修补术能够快速、准确地切除子宫切口憩室病灶,病灶切除更彻底,可以提高临床治疗效果,降低术后并发症发生率和憩室复发率。

综上所述,经阴道子宫切口憩室修补术治疗子宫切口憩室疗效确切,可以更彻底地清除病灶,且手术时间短,术中出血量少,患者术后恢复快,术后并发症发生率和憩室复发率低。

参考文献:

[1] 陈思蕾,王丹丹,杨清. 剖宫产子宫瘢痕憩室的修复与妊娠安全[J]. 实用妇产科杂志,2018,34(1):8-11.

[2] 马莹莹,何莲芝. 剖宫产术后子宫瘢痕憩室的诊治进展[J]. 安徽医药,2018,22(1):21-23.

[3] 张燕茹,黄惠娟. 剖宫产术后子宫切口憩室的诊治进展[J]. 中国计划生育学杂志,2017,25(7):494-497,501.

[4] 吴佳莹,张文渊,黄筱竑. 不同外科修补方案治疗剖宫产术后子宫切口憩室的疗效比较[J]. 中国内镜杂志,2018,24(3):50-54.

[5] 沈柯炜,张英芝,周欢珍,等. 二次剖宫产行子宫瘢痕切除术前预防剖宫产切口瘢痕憩室效果的临床研究[J]. 实用妇产科杂志,2017,33(10):782-785.

流产患者血清性激素水平方面具有显著优势,且可提高保胎成功率。其原因主要为滋肾育胎丸中桑寄生、菟丝子等药物可强化母体非特异与正常细胞免疫功能,改善巨噬细胞吞噬异常细胞能力。

综上所述,采取烯丙雌醇联合滋肾育胎丸治疗复发性流产,可有效缓解患者临床症状,改善血清相关性激素水平,提高治疗效果及保胎成功率。但本研究尚存在一定局限性,如样本量选取较少,流产因素比较多,因此,仍需临床多中心大样本来进一步探究证实。

参考文献:

[1] 向英,邓阿黎,金晶. 中药补肾活血方联合穴位贴敷治疗封闭抗体阴性复发性流产的疗效及对患者 IL-10、TGF-β<sub>1</sub> 指标的影响[J]. 世界中医药,2018,13(6):1424-1427.

[2] 李娟. 利托君联合烯丙雌醇治疗习惯性流产疗效观察[J]. 临床医学研究与实践,2017,2(2):69.

[3] KARAMI N, BOROUJERDIA M G, NIKBAKHT R, et al. Enhancement of peripheral blood CD56 dim, cell and NK cell cytotoxicity in women with recurrent spontaneous abortion or *in vitro* fertilization failure[J]. *J Reprod Immunol*,2012,95(1/2):87-92.

[4] 方敏,董毅,张水娟,等. 烯丙雌醇联合利托君治疗习惯性流产的临床疗效[J]. 中国生化药物杂志,2012,33(5):665-666.

[5] 李绮环. 应用烯丙雌醇联合利托君治疗习惯性流产的临床疗效[J]. 中国处方药,2015,13(1):41-42.

[6] ROMERO R, KUSANOVIC J P, CHAIWORAPONGSA T, et al. Placental bed disorders in preterm labor, preterm PROM, spontaneous abortion and abruptio placentae[J]. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*,2011,25(3):313-327.

[7] 曾静. 烯丙雌醇联合利托君治疗习惯性流产的临床疗效[J]. 临床医学研究与实践,2016,1(5):76.

[8] 许茜,方海艳,范冬梅. 烯丙雌醇联合利托君治疗习惯性流产的疗效观察[J]. 中国妇幼保健,2017,32(15):3591-3593.

[9] 王倩雅. 烯丙雌醇联合利托君治疗习惯性流产的疗效分析

[J]. 哈尔滨医药,2017,37(1):25-26.

[10] 胡晓华,冯玉,陈影,等. 育胎灵煎剂对脾肾亏虚型习惯性流产患者细胞因子的影响[J]. 中国中医基础医学杂志,2017,23(5):674-675.

[11] 李洪波. 辨证论治配合西药治疗肾虚型习惯性流产疗效观察[J]. 陕西中医,2015,36(2):172-173.

[12] 国家中药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 北京:中国医药科技出版社,2012:243.

[13] UNANDER A M, OLDING L B. Habitual abortion: parental sharing of HLA antigens, absence of maternal blocking antibody, and suppression of maternal lymphocytes[J]. *Am J Reprod Immunol*,2013,4(4):171-178.

[14] 孔庆颖. 探讨烯丙雌醇联合利托君治疗习惯性流产的临床疗效[J]. 中国卫生产业,2014,11(31):121-122.

[15] RAYMOND E G, SHANNON C, WEAVER M A, et al. First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review[J]. *Contraception*,2013,87(1):26-37.

[16] 刘静. 烯丙雌醇联合利托君治疗习惯性流产的临床疗效[J]. 实用中西医结合临床,2017,17(9):138-139.

[17] 陈淑琼,谢春红,陈静. 淋巴免疫疗法结合中西医治疗习惯性流产 45 例临床观察[J]. 中医药导报,2013,19(12):145-146.

[18] 陈蓉,周华友,闫清雅. 益肾填精助孕方结合免疫治疗习惯性流产疗效观察[J]. 广州中医药大学学报,2016,33(5):642-644.

[19] 肖琼,吕连英,陈世新. 人绒毛膜促性腺激素联合保胎灵治疗黄体功能不全习惯性流产的临床疗效分析[J]. 山西医药杂志,2014,43(16):1944-1946.

[20] 赵旭辉,陈文英. 自拟补肾消抗安胎方治疗免疫性习惯性流产 38 例临床观察[J]. 中医药导报,2013,19(5):104-105.

[21] 柳艳芳. 滋肾育胎丸联合烯丙雌醇治疗先兆流产的疗效观察[J]. 现代药物与临床,2018,33(6):1444-1447.

[22] 韩凤娟,李佳,田苗,等. 滋肾育胎丸联合黄体酮注射液治疗先兆流产患者的临床效果[J]. 世界中医药,2018,13(4):826-829.

( 本文编辑:孟 月 英文编辑:孟 月)

( 上接第 138 页)

[6] 王淑芳,王泽华,于皓,等. 三种术式治疗剖宫产子宫切口憩室的对照性评价[J]. 中华全科医学,2017,15(11):2000-2003.

[7] 陈芳,段华. 审校剖宫产子宫切口憩室的治疗现状与进展[J]. 中国微创外科杂志,2015,15(5):451-454.

[8] 廖一名,李翠兰. 剖宫产术后子宫切口憩室的诊疗进展[J]. 中国临床医生杂志,2016,44(1):19-22.

[9] 杨文颖. 经阴道行子宫下段切口修补术治疗子宫切口瘢痕憩室的效果观察[J]. 广西医学,2017,39(11):1735-1736,1753.

[10] 陈晓琦,洛若愚,皮洁,等. 宫腹腔镜下瘢痕切除修补术与妈

富隆治疗剖宫产切口憩室效果比较[J]. 中国性科学,2017,25(7):131-133.

[11] TANIMURA S, FUNAMOTO H, HOSONO T, et al. New diagnostic criteria and operative strategy for cesarean scar syndrome: endoscopic repair for secondary infertility caused by cesarean scar defect[J]. *J Obstet Gynaecol Res*,2015,41(9):1363-1369.

[12] 张连民,占建丽,赵旭. 妇科微创手术在剖宫产子宫切口瘢痕憩室治疗中的疗效分析[J]. 腹腔镜外科杂志,2017,22(6):456-459.

( 本文编辑:徐自超 英文编辑:徐自超)