

〔文章编号〕 1007-0893(2022)13-0094-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.13.029

# 不同手术方法治疗剖宫产术后子宫切口憩室的疗效

刘艳文 常 聪 晋朝娜

(商丘市第一人民医院, 河南 商丘 476100)

〔摘要〕 **目的:** 探讨腹腔镜手术、经阴道手术及宫腹腔镜联合治疗剖宫产术后子宫瘢痕憩室(PCSD)的疗效。**方法:** 选取商丘市第一人民医院2018年5月至2019年12月期间收治的90例PCSD患者, 根据术式不同分为三组, 各30例。A组患者采取腹腔镜手术治疗, B组患者采取宫腹腔镜联合治疗, C组患者采取经阴道手术治疗, 比较三组患者的术中出血量、手术时间、住院时间、住院费用以及手术前后月经期和生存质量。**结果:** C组术中出血量、手术时间、住院时间及住院费用均少于A组与B组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 三组患者术后月经恢复时间均短于术前, 生存质量评分均高于术前, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 三组患者经期恢复和术后子宫憩室修复的总有效率比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论:** 腹腔镜手术、经阴道手术及宫腹腔镜联合治疗PCSD均可改善患者临床症状、提高生存质量, 其中经阴道手术在减少术中出血量和加快术后恢复进程方面更具优势。

〔关键词〕 剖宫产术; 子宫瘢痕憩室; 经阴道手术; 腹腔镜手术; 宫腹腔镜手术

〔中图分类号〕 R 711.74 〔文献标识码〕 B

剖宫产术后子宫瘢痕憩室(previous cesarean scar defect, PCSD)属于后天性子宫憩室, 多呈水袋状或囊状改变, PCSD与剖宫产术口感染、切口缝合方法等因素密切相关<sup>[1-2]</sup>。而我国剖宫产率目前已居世界首位, 远期并发症发生例数亦持续增加, 给女性身体健康及生活质量带来严重影响。PCSD治疗手段主要包括口服药物和手术切除, 其中口服药物能够部分缓解症状, 但易复发, 而手术切除则可彻底消除子宫憩室<sup>[3]</sup>。开腹手术存在医源性创伤大、术后康复迁延等问题导致临床应用受限, 现今微创手术已在临床得到广泛应用, 并取得令人满意效果, 但不同手术治疗PCSD的报道较少<sup>[4]</sup>。鉴于此, 本研究选取商丘市第一人民医院2018年5月至2019年12月期间收治的90例PCSD患者, 根据术式不同分为三组, 分别采用腹腔镜手术、宫腹腔镜联合及经阴道手术治疗, 比较三组患者的术中出血量、手术时间、住院时间、住院费用以及术前术后月经期和生存质量, 探讨三种微创方式在剖宫产术后PCSD中的应用价值, 旨在为后续术式选择提供参考, 报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取商丘市第一人民医院2018年5月至2019年12月期间收治的90例PCSD患者, 根据术式不同分为三组, 各30例。其中A组年龄25~32岁, 平均年龄(30.1±

0.4)岁; 剖宫产次数1~3次, 平均次数(1.2±0.3)次; 阴道出血时间为10~15d, 平均出血时间(12.3±0.2)d。B组年龄23~30岁, 平均年龄(29.3±0.2)岁; 剖宫产次数1~3次, 平均次数(1.2±0.2)次; 阴道出血时间9~15d, 平均出血时间(12.1±0.1)d。C组年龄25~31岁, 平均年龄(31.3±0.1)岁; 剖宫产次数1~3次, 平均次数(1.2±0.3)次; 阴道出血时间为9~16d, 平均出血时间(12.5±0.4)d。三组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**纳入标准:** 确诊PCSD, 主要表现为子宫下段剖宫产导致瘢痕, 因异常子宫出血和(或)疼痛症状就诊, 排除其他妇科疾病导致。排除标准: 内分泌系统疾病; 功能性子宫出血; 子宫内膜疾病; 生殖系统恶性肿瘤; 泌尿生殖系统感染; 重要脏器功能障碍; 精神障碍; 不愿参与本研究。

### 1.2 方法

**1.2.1 A组 实施腹腔镜手术治疗。**术前准备好宫缩素、卡前列素氨丁三醇注射液, 检查瘢痕的位置后, 将膀胱腹膜返折剪开, 轻柔下推膀胱, 防止病灶破裂出血。将病灶部位暴露后, 在膨出最明显的位置做一个2cm长的切口, 切除瘢痕处憩室, 冲洗宫腔, 用剪刀修剪瘢痕组织, 修剪整齐子宫下段的内膜、肌肉组织和浆膜层, 上下边缘的厚度保持一致。用0-2可吸收线将切口的内膜层和肌层缝合到一起, 最后缝合浆肌层。

〔收稿日期〕 2022-05-07

〔作者简介〕 刘艳文, 女, 住院医师, 主要从事妇产科工作。

1.2.2 B 组 实施宫腹腔镜联合治疗的方式。患者全身麻醉后，取其肚脐孔上 10 mm 位置做一横切口作为第一穿刺点，建立气腹后放置腹腔镜。在右下腹的麦氏点和反麦氏点以及肚脐左边 8 cm 位置，各取 5 mm 作为操作孔。检查患者盆腔、附件和子宫情况，若患者存在盆腔粘连，使用超声刀锐性松解，随后进行宫腔镜检查，观察子宫憩室的范围，将腹腔镜光源调暗，在透光试验指导下，可观察到腹腔镜下憩室较薄弱，浆膜层朝外凸出，透出红光。在宫腔镜引导下，明确憩室位置和范围，将腹腔镜撤出，应用超声刀打开子宫膀胱腹膜反折，将膀胱下推到憩室的下边位置，暴露出憩室的手术视野。切除憩室后，应用 1-0 无损肠线，缝合子宫创面。最后放置腹腔镜，确定憩室彻底切除，在腹腔镜观察下创面无渗液，透光试验结果为阴性，将引流管放置在陶氏腔后关腹。

1.2.3 C 组 实施经阴道手术治疗。在腰麻后让患者保持截石位体位，用阴道拉钩将宫颈暴露出来，使用钳夹牵拉住宫颈，并在膀胱沟下部位置做弧形切口切开阴道黏膜，通过钝锐性相结合的方式分离膀胱，找到憩室位置予以切除。后用 1-0 无损伤长线沿横行顺序缝合子宫下段的创面，再运用内翻褥式方式缝合浅肌层，最后用无损伤长线缝合宫颈阴道黏膜的切口，手术后在患者阴道内留置凡士林纱条。

### 1.3 观察指标

(1) 比较两组患者手术指标：术中出血量、手术时间、住院时间、住院费用。(2) 术前及术后 6 个月月经恢复时间和生存质量评价，其中月经恢复正常指 2 d < 月经期 < 7 d，生存质量评价采用生存质量评分表 (quality of life scale, QOL)，分值 0 ~ 100 分，分值越高提示生存质量越好<sup>[5]</sup>。(3) 经期恢复效果，以患者治疗后经期缩短时间进行评价。显效：经过治疗后，患者 2 d < 月经期 < 7 d；有效：经过治疗后，患者的经期较前缩短 ≥ 3 d 且月经期 ≥ 7 d；无效：经过治疗后，患者的经期较治疗前缩短 < 3 d 且月经期 ≥ 7 d。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100 %。(4) 复查妇科 B 超评估子宫憩室治疗情况，显效：术后 3 个月复查妇科 B 超在子宫切口处未见液性暗区；有效：术后 3 个月复查妇科 B 超发现子宫切口处液性暗区范围较前缩小 ≥ 3 mm；无效：术后 3 个月复查妇科 B 超发现子宫切口处液性暗区范围较前缩小 < 3 mm<sup>[3]</sup>。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 三组患者手术情况比较

C 组患者术中出血量、手术时间、住院时间及住院费用均少于 A 组与 B 组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 三组患者手术情况比较 (*n* = 30,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	手术时间 /min	术中出血量 /mL	住院时间 /d	住院费用 /元
A 组	103.01 ± 18.60	25.32 ± 13.33	6.51 ± 1.69	16019.18 ± 2365.11
B 组	65.01 ± 9.11	15.00 ± 4.71	4.41 ± 0.83	11148.12 ± 1534.00
C 组	36.71 ± 9.93 <sup>a</sup>	11.76 ± 5.00 <sup>a</sup>	3.24 ± 1.95 <sup>a</sup>	6886.71 ± 1147.00 <sup>a</sup>

注：A 组—腹腔镜手术治疗；B 组—宫腹腔镜联合治疗；C 组—经阴道手术治疗。  
与 A 组、B 组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05。

### 2.2 三组患者月经恢复时间和生存质量比较

三组患者术后月经恢复时间均短于术前，生存质量评分均高于术前，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，而三组患者间月经恢复时间、生存质量评分比较，差异均无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 2。

表 2 三组患者月经恢复时间和生存质量比较 (*n* = 30,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	月经恢复时间 /d	生存质量 /分
A 组	术前	14.85 ± 3.42	61.43 ± 5.47
	术后	5.91 ± 0.92 <sup>b</sup>	73.21 ± 4.01 <sup>b</sup>
B 组	术前	15.22 ± 3.71	60.99 ± 5.72
	术后	6.33 ± 0.78 <sup>b</sup>	72.69 ± 4.36 <sup>b</sup>
C 组	术前	15.04 ± 3.27	62.78 ± 6.18
	术后	6.16 ± 0.91 <sup>b</sup>	72.85 ± 3.95 <sup>b</sup>

注：A 组—腹腔镜手术治疗；B 组—宫腹腔镜联合治疗；C 组—经阴道手术治疗。  
与同组术前比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05。

### 2.3 三组患者经期恢复效果比较

三组患者经期恢复的总有效率比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 3。

表 3 三组患者经期恢复效果比较 (*n* = 30, 例)

组别	显效	有效	无效	总有效率 /%
A 组	19	6	5	83.33
B 组	18	7	5	83.33
C 组	19	7	4	86.67

注：A 组—腹腔镜手术治疗；B 组—宫腹腔镜联合治疗；C 组—经阴道手术治疗。

### 2.4 三组患者术后子宫憩室修复效果比较

三组患者术后子宫憩室修复的总有效率比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 4。

表 4 三组患者术后子宫憩室修复效果比较 (*n* = 30, 例)

组别	显效	有效	无效	总有效率 /%
A 组	20	5	5	83.33
B 组	21	6	3	90.00
C 组	20	6	4	86.67

注：A 组—腹腔镜手术治疗；B 组—宫腹腔镜联合治疗；C 组—经阴道手术治疗。

### 3 讨论

PCSD 是剖宫产术后较常见的远期并发症之一，主要因术后切口长时间未愈导致与宫腔相连而致病。PCSD 患者子宫下段瘢痕凹陷后形成类似活瓣组织，使局部血液积聚，导致经期紊乱、阴道不规则流血等问题发生<sup>[6]</sup>。PCSD 患者月经改变以经期延长、经间期出血为主要表现，包括经期腹痛、慢性盆腔痛及性交痛等疼痛症状，不孕及剖宫产子宫切口妊娠等均是患者重要临床表现。在临床诊断中，PCSD 较易被误诊为功能失调性子宫出血和子宫内膜炎，初次诊断确诊率比例较低，临床医生多参考临床症状、超声、子宫输卵管造影及宫腔镜检查诊断 PCSD<sup>[7]</sup>。PCSD 临床治疗尚无标准方案，其中以短效避孕药为代表药物治疗仅能改善部分症状，但局部愈合不佳且停药后易反复，仅推荐用于症状轻微但要求缓解症状者。近年来手术切除已成为 PCSD 首选治疗手段<sup>[8]</sup>，不同 PCSD 手术方式有不同的治疗效果，经腹手术因医源性创伤过大，近年来逐渐被微创术式取代，经腹联合宫腔镜手术的手术视野开阔，更适用于盆腔粘连严重者，宫腹腔镜联合手术过程中视野更为清晰，能够更为准确有效分离粘连组织，并可通过宫腔镜辅助完成憩室定位并观察子宫内膜状态<sup>[9-10]</sup>。经阴道手术操作更为简便，术中出血量较少，术后发生盆腔粘连风险较低<sup>[11-12]</sup>。

在本研究中，三组患者术后月经恢复时间均短于术前，生存质量评分均高于术前，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。由于宫腹腔镜手术术中可通过腔镜了解患者盆腔的情况，因此对于盆腔脏器组织粘连的患者，可实施有效的分离。在治疗子宫憩室方面，在腔镜的直视下进行手术有利于清晰了解子宫憩室的情况，保证手术的效果<sup>[13]</sup>。本研究中，C 组患者经过治疗后经期的恢复和子宫憩室的修复有效率较高，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。经阴道手术能够在手指的触摸下切除子宫憩室，这有利于彻底清除病灶，经阴道手术的手术操作简便，学习难度较低，手术时间缩短<sup>[14-15]</sup>。经过治疗后，三组经期恢复和术后子宫憩室修复总有效率比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。此外，C 组患者住院费用均少于 A 组与 B 组，这主要与手术时间缩短及未使用专用器械有关。

本研究尚存一定不足，单中心观察性研究，结论可能存在选择偏倚；纳入样本量较少，随访时间短，故仍有待后续研究确证。

综上所述，腹腔镜手术、经阴道手术及宫腹腔镜联

合治疗 PCSD 均可改善临床症状及提高生存质量，其中经阴道手术在减少术中出血量和加快术后恢复进程方面更具优势。

### 〔参考文献〕

- (1) 杨帆. 宫腹腔镜配合手术治疗 PCSD 的术中护理分析 (J). 中国现代医生, 2017, 55(34): 145-147.
- (2) 张宁宁, 王光伟, 杨清. 腹腔镜下不同方法修复 PCSD 的临床疗效分析 (J). 中国医科大学学报, 2017, 46(9): 853-856.
- (3) 胡仙清, 郑小冬, 何海珍. 不同手术方式治疗 PCSD 的临床分析 (J). 全科医学临床与教育, 2015, 13(4): 413-416.
- (4) 陈思蕾, 王丹丹, 杨清. PCSD 的修复与妊娠安全 (J). 实用妇产科杂志, 2018, 12(1): 8-11.
- (5) 白桂芹, 陈蔚琳, 黄向华, 等. 剖宫产术后子宫瘢痕妊娠中期妊娠引产的诊治评价 (J). 中华妇产科杂志, 2021, 56(8): 545-553.
- (6) 南刚, 王楠, 惠旭东, 等. 经阴子宫瘢痕憩室切除修补术在 PCSD 患者治疗中的应用研究 (J). 中国医师杂志, 2018, 20(3): 415-417.
- (7) 郭冰心. 经宫腹腔镜联合手术切除剖宫产术后子宫瘢痕憩室的效果观察 (J). 现代诊断与治疗, 2018, 29(16): 2599-2601.
- (8) 邓清华, 李仁河, 邓伟雄, 等. 宫腔镜治疗剖宫产术后子宫瘢痕憩室的临床观察 (J). 广东医学院学报, 2018, 36(2): 103-105.
- (9) 冯佩明, 王晓岩, 李博, 等. PCSD 形成影响因素及宫腹腔镜联合腹腔镜手术治疗效果的临床分析 (J). 实用妇产科杂志, 2019, 35(11): 860-864.
- (10) 张多多, 朱兰. 阴式及腹腔镜途径修补 PCSD 预后的队列研究 (J). 实用妇产科杂志, 2018, 34(9): 702-706.
- (11) 李旺, 邹凌霄, 潘琼, 等. 剖宫产子宫切口瘢痕缺陷的宫腔镜手术治疗 (J). 中国实用妇科与产科杂志, 2018, 34(8): 37-41.
- (12) 谢红宁, 林美芳. 剖宫产瘢痕妊娠与瘢痕憩室超声诊断及临床意义 (J). 中国实用妇科与产科杂志, 2018, 34(8): 838-841.
- (13) 王健, 徐新艳, 陈勃, 等. 子宫瘢痕憩室 MR 动态增强与经阴道彩色多普勒超声的临床价值分析 (J). 中国医学计算机成像杂志, 2017, 23(4): 366-369.
- (14) 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.
- (15) 汪莹, 耿会欣, 艾志刚. 不同手术方式治疗瘢痕子宫切口妊娠的疗效及安全性 (J). 中国妇产科临床杂志, 2021, 22(3): 217-218.