

两种手术方式治疗剖宫产子宫切口瘢痕憩室的比较

曾朝阳, 庄晨玉

(南方医科大学中西医结合医院肿瘤中心, 广东 广州 510315)

摘要: **目的** 比较宫腹腔镜联合手术和阴式手术治疗剖宫产子宫切口瘢痕憩室的临床疗效。 **方法** 回顾性分析 42 例剖宫产子宫切口瘢痕憩室患者, 其中 20 例经宫腹腔镜联合手术, 22 例经阴式手术修补子宫切口瘢痕憩室, 对两组手术的手术时间、术中出血量、术后最高体温、肛门排气时间、住院时间、术中并发症、住院费用、随访情况等方面进行对照分析。 **结果** 两种手术方式的平均术中出血量、术后最高体温、肛门排气时间、住院时间、随访经期改善情况及 B 超憩室完全或部分修复情况间差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。两组均无中转开腹、未发生术中并发症。宫腹腔镜组手术时间、住院费用较阴式组增加 ($P<0.01$)。 **结论** 宫腹腔镜组和阴式组均能有效地治疗剖宫产子宫切口瘢痕憩室, 其中阴式组手术时间短、住院费用低, 所需设备简单, 手术操作易掌握, 适合临床上广泛开展, 尤其适合腹腔镜未普及的基层医院开展。

关键词: 剖宫产; 子宫切口瘢痕憩室; 宫腹腔镜; 阴式手术
中图分类号: R719 **文献标识码:** A

剖宫产术后子宫切口瘢痕憩室又称子宫切口瘢痕缺陷 (previous cesarean scar defect, PCSD), 是剖宫产术后少见的并发症, 随着剖宫产率的上升及临床医师和 B 超医师对该疾病了解的增加, 诊断为 PCSD 的病例逐渐增多。子宫切口瘢痕憩室的治疗方法包括药物治疗和手术治疗, 药物治疗常常不能彻底治疗, 也不能消除憩室。目前的手术治疗方式主要有宫腹腔镜联合修补术和阴式修补子宫切口憩室两种, 本文对两种手术方式的临床效果进行回顾性分析。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2008 年 3 月 ~ 2013 年 9 月在本院确诊为 PCSD 的患者 42 例, 均有月经延长表现 (经期 12 ~ 20 天), 经量及月经周期无明显改变。均经阴道超声确诊。所有患者均有 1 次及以上的剖宫产史, 均采用子宫下段横切口, 排除子宫肌瘤、附件疾病、宫颈癌, 经宫腔镜检查排除宫腔内膜息肉、内膜癌及黏膜下肌瘤。42 例患者均经过药物治疗效果不佳, 选择手术治疗, 其中 20 例采用宫腹腔镜联合切除缝合子

宫切口憩室为宫腹腔镜组, 22 例行阴式手术为阴式手术组。两组患者在年龄、剖宫产次数、切口缺陷深度等基本情况方面比较, 差异无统计学意义, 见表 1。两组患者均无术中中转开腹、无术中血管、膀胱、肠道损伤等并发症及输血等情况发生。切除子宫憩室部分组织送病理检查, 均为纤维平滑肌脂肪组织, 33 例局灶见少量内膜。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	n	年龄 (岁)	剖宫产次数 (例)		切口缺陷深度 (例)	
			1 次	> 1 次	4 ~ 9 mm	> 9 mm
宫腹腔镜组	20	31 ± 4	16	4	11	9
阴式手术组	22	32 ± 3	17	5	12	10

1.2 方法

全部手术均采用全身麻醉, 患者均取膀胱截石位。宫腹腔镜联合修补手术方法: 脐孔置镜, 左右麦氏点、反麦氏点各置入 5 mm 操作孔, 气腹压力 12 mmHg。经宫颈放入举宫棒。超声刀凝切打开膀胱反折腹膜, 下推膀胱至阴道前穹窿。先行宫腔镜检查, 了解剖宫产术后子宫切口憩室的大小、位置, 宫腔镜下可观察到子宫峡部憩室薄弱部分透出红光。经宫颈置入宫腔探针, 探针在憩室处顶出, 指示出子宫峡部憩室薄弱部分的上下端及左右端, 超声刀切开子宫峡部, 切除子宫憩室薄弱部分后 1 ~ 0 薇乔线连续全层缝合子宫切口, 再连续内翻缝合浆肌

层。连续缝合关闭膀胱反折腹膜,腹膜后保留引流管 1 根。再次置入宫腔镜检查未见穹窿样缺损。引流管术后 24~48 h 取出。术前 30 min 及术后 72 h 内应用抗生素预防感染。阴式手术治疗方法:宫颈、阴道交界处膀胱沟水平的阴道黏膜下“打水垫”。沿膀胱沟水平横形切开阴道黏膜,薄剪分离进入膀胱宫颈间隙,用手指向上方及双侧推开膀胱,膀胱与子宫切口粘连处锐性分离至膀胱腹膜反折,打开或不打开反折腹膜。于子宫峡部水平见剖宫产疤痕组织,触之质硬稍凹陷,同时探针探查此一薄弱处。考虑为子宫切口瘢痕憩室,切开疤痕处至宫腔。部分可见暗红色血液及少许凝血块,以组织钳钳夹切缘,切除薄弱处疤痕组织,清出暗红色血液及凝血块,在扩宫条指引下以 1~0 薇乔线连续缝合切口全层后再连续内翻缝合浆肌层,检查推开膀胱创面无活动性出血点,缝合腹膜。以 2~0 薇乔线连续锁边缝合阴道壁,膀胱宫颈间隙保留引流管 1 根。阴道放置碘油纱 3 条(24 h 取出),引流管术后 24~48 h 取出。围手术期抗生素应用同上。术后 3 个月复查 B 超了解子宫切口憩室修复情况。

1.3 术中术后评价指标

评价指标包括手术时间、出血量、肛门排气时间、

术后最高体温、住院时间、经期恢复情况、憩室修复情况、住院费用。其中经期恢复情况评价标准为:显效:经期缩短至 7 天以内;好转:经期较前缩短 3 天以上;无效:经期较前无明显变化或缩短小于 3 天。憩室修复情况评价标准采用阴道 B 超检查:显效:子宫切口处未见明显液性暗区。好转:子宫切口处液性暗区深度范围较术前缩小至少 3 mm。显效及好转记为有效;无效:子宫切口处液性暗区范围较术前无明显变化。

1.4 统计学处理

采用 SPSS17.0 统计分析软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验,计数资料采取单因素方差分析,均使用校正 *P* 值,*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组术中术后情况比较

两组在术中及术后出血量、肛门排气时间、术后最高体温及住院时间上差异无统计学意义,但是阴式手术组手术时间和住院费用明显低于宫腹腔镜组,差异有统计学意义(*P* < 0.01),见表 2。

表 2 两组术中术后情况比较

组 别	<i>n</i>	手术时间(min)	出血量(mL)	肛门排气时间(min)	术后最高体温(℃)	住院时间(天)	住院费用(元)
宫腹腔镜组	20	120 ± 42	101 ± 34	22 ± 7	37.4 ± 0.6	6.5 ± 2.1	12 446.0 ± 2 016.8
阴式手术组	22	62 ± 32	111 ± 38	20 ± 6	37.2 ± 0.5	6.4 ± 2.3	10 321.0 ± 1 568.4
<i>P</i> 值		0.00	0.39	0.34	0.09	0.89	0.00

2.2 两组患者随访情况

两组在随访中发现,经期恢复情况均较理想,宫腹腔镜组经期恢复有效率(85%)及 B 超下憩室修

复有效率(85%)与阴式手术组(87%,86%)间差异无统计学意义(*P* > 0.05)。见表 3。

表 3 两组患者随访情况(例,%)

组 别	<i>n</i>	经期恢复情况			B 超下憩室修复情况		
		显效	好转	无效	显效	好转	无效
宫腹腔镜组	20	12(60)	5(25)	3(15)	13(65)	4(20)	3(15)
阴式手术组	22	14(64)	5(23)	3(15)	15(68)	4(18)	3(15)

3 讨 论

子宫憩室发生的原因不明,Thurmond 等^[1]认为与剖宫产切口位于子宫下段、宫体边缘厚于宫颈边缘、切口两端收缩强度有差异,收缩力不同的两端复

旧引起子宫憩室形成。还有研究认为,子宫憩室的形成与缝合技术可能有关,如切口缝合过密、过紧,影响血液供应,引起局部缺血、坏死、切口裂开等,继而在切口部位形成腔隙,即缺损。

阴道超声可以清楚显示子宫下段切口情况,是

诊断子宫切口憩室最简便、快捷、便宜、无创的方法^[2]。此外,宫腔镜检查也是诊断子宫切口憩室的方法之一,其他如子宫输卵管碘油造影、MRI 检查均有相应的诊断价值,但不作为必需^[3]。

目前针对子宫切口憩室的处理尚缺乏统一标准。药物治疗包括避孕药及左炔诺孕酮宫内缓释系统,避孕药对部分患者有效,且停药复发,长期用药患者依从性不好。左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗仅见于极少数报道。因此多数报道建议以手术切除憩室作为该病的主要治疗方法^[1]。手术治疗方法有宫腔镜电切术^[5]、开腹或腹腔镜切除憩室瘢痕及阴式手术治疗憩室等,近年国内外有文献报道宫腹腔镜联合或阴式手术治疗子宫切口憩室^[2,6-9]。

宫腹腔镜联合手术在治疗剖宫产术后切口憩室的优势:(1)可以全面检查盆腔,对有生育要求的患者可以同时检查输卵管的情况,可以行输卵管整形,对盆腔粘连可以同时治疗;(2)腹腔镜可以在直视下找到剖宫产疤痕处,而且在宫腔镜指引下可以明确憩室的部位、大小,腹腔镜下切除及缝合憩室后可以再次通过宫镜检查子宫峡部穹窿样改变是否消失。缺点:(1)费用较高;(2)手术时间较长;(3)如果剖宫产位置较低、疤痕范围大、致密,腹腔镜下推膀胱困难时需经阴道辅助(本组有2例)。宫腹腔镜联合手术要求术者具备较高的腹腔镜手术技能,切除疤痕要准确、镜下缝合技术要熟练。且对助手要求也较高,助手需能熟练操作腹腔镜。

另一微创手术经阴道修复子宫切口憩室也有优势和不足。优势:(1)费用低;(2)手术时间较短;(3)对设备要求不高;(4)手术操作易掌握;(5)可以手指触及质硬疤痕,切除疤痕更彻底。缺点:不能了解盆腔情况,如果盆腔粘连严重,剖宫产后子宫粘连于腹前壁致子宫上举时经阴道暴露剖宫产切口困难,需腹腔镜辅助分离盆腔粘连(本组有1例)。建议:切除疤痕前,宫颈注射3单位稀释的垂体后叶素可减少术中出血,使手术野清晰。

以上两种手术方式均需注意:(1)分离粘连瘢痕时用采取钝性与锐性结合分离,不易损伤膀胱;(2)缝合子宫切口创面时以举宫棒或扩宫条指引避免缝合到后壁而致宫颈狭窄或闭锁;(3)采用第一层全层缝合,第二层浆肌层连续内翻缝合以降低切口张力,促使切口愈合良好。两组术后少数患者不

理想的原因可能与术中是否完全切除瘢痕组织、术前患者生殖道是否存在隐匿感染及患者自身子宫切口愈合能力有关。

综上所述,宫腹腔镜联合手术和阴式手术治疗剖宫产切口瘢痕憩室均是微创、有效、并发症少的方法。阴式手术切除瘢痕修复憩室费用低、所需设备简单、手术时间短、手术操作易掌握,适合临床广泛开展,尤其适合腹腔镜未普及的基层医院及不具备熟练腹腔镜下缝合技术的医生在临床上开展。本组报道病例数有限,还需不断积累经验。

参考文献:

- [1] Thurmond AS, Harvey WJ, Smith SA. Cesarean section scar as a cause of abnormal vaginal bleeding: diagnosis by sonohysterography[J]. *ultrasound in gynecology*, 1999, 18(1): 13-16.
- [2] 丁景新, 陈建亮, 张宏伟, 等. 宫腹腔镜联合修补剖宫产术后子宫切口憩室[J]. *复旦学报: 医学版*, 2012, 39(5): 506-510.
- [3] 陈玉清, 常亚杰, 姚书忠, 等. 阴式手术在子宫切口瘢痕憩室治疗中的应用[J]. *中华妇产科杂志*, 2012, 47(8): 626-628.
- [4] Florio P, Filippeschi M, Moncini I, et al. Hysteroscopic treatment of the cesarean-induced isthmocele in restoring infertility[J]. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 2012, 24(3): 180-186.
- [5] Feng YL, Li MX, Liang XQ, et al. Hysteroscopic treatment of postcesarean scar defect[J]. *Minim Invasive Gynecol*, 2012, 19(4): 498-502.
- [6] Donnez O, Jadoul P, Squifflet J, et al. Laparoscopic repair of wide and deep uterine scar dehiscence after cesarean section[J]. *Fertil Steril*, 2008, 89(4): 974-980.
- [7] Klemm P, Koehler C, Mangler M, et al. Laparoscopic and vaginal repair of uterine scar dehiscence following cesarean section as detected by ultrasound[J]. *Perinat Med*, 2005, 33(4): 324-331.
- [8] 徐大宝, 何亚琼, 刘慧, 等. 宫腔镜手术治疗剖宫产子宫切口瘢痕憩室[J]. *南方医科大学学报*, 2010, 30(2): 394-396.
- [9] Luo L, Niu G, Wang Q, et al. Vaginal repair of cesarean section scar diverticula[J]. *Minim Invasive Gynecol*, 2012, 19(4): 454-458.

(此文编辑: 蒋湘莲)