

再次剖宫产产妇术中子宫瘢痕修剪预防子宫瘢痕憩室的效果分析*

陈丹娜^{1,2} 郭丽璇^{1,2} 王斐斐^{1,2} 黄泽琴^{1,2}

(1 广东省汕尾市第二人民医院 汕尾 516600; 2 广东省汕尾逸挥基金医院 汕尾 516600)

摘要:目的:探讨再次剖宫产产妇术中子宫瘢痕修剪预防子宫瘢痕憩室的效果。方法:将 2019 年 1 月~2020 年 1 月收治的 73 例再次剖宫产产妇按照随机数字表法分为对照组和研究组。对照组 36 例剖宫产后直接双层连续缝合切口,研究组 37 例剖宫产后先切除原切口的瘢痕组织,然后双层连续缝合切口,两组均随访 1 年。比较两组术中术后情况、子宫瘢痕憩室发生情况及并发症发生情况。结果:研究组手术时间、住院时间长于对照组,术中出血量大于对照组($P<0.05$)。两组首次排气时间、术后 3 d 最高体温、术后血红蛋白下降情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。研究组子宫瘢痕憩室发生率均低于对照组($P<0.05$),瘢痕憩室容积小于对照组,残余的子宫肌层厚度大于对照组($P<0.05$)。两组产后出血及月经异常情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:再次剖宫产产妇采用术中子宫瘢痕修剪,虽然延长了手术时间及住院时间,增加了术后出血量,但可预防和减少子宫瘢痕憩室发生。

关键词:子宫瘢痕憩室;子宫瘢痕修剪;剖宫产

中图分类号:R714

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.18.021

剖宫产术是一种能够有效降低高危产妇和胎儿死亡率,改善母婴结局的技术。但子宫瘢痕憩室是临床中常见的剖宫产术后远期并发症之一,主要是由剖宫产术后子宫切口愈合不良引发,多数患者伴有异常阴道出血,对日常生活以及再次妊娠均可造成不良影响^[1-2]。近年来,随着二孩政策的全面开放,剖宫产后再次妊娠产妇越来越多,二次剖宫产率明显升高。因此子宫瘢痕憩室的预防及诊治逐渐成为妇产科医生所关注和重视的问题,是值得临床进一步探索及研究的重要课题^[3]。本研究探讨子宫瘢痕修剪预防子宫瘢痕憩室的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将我院 2019 年 1 月~2020 年 1 月收治的 73 例再次剖宫产产妇按照随机数字表法分为两组。对照组 36 例,年龄 21~37 岁,平均(34.42±1.39)岁;孕周 37~41 周,平均(39.21±1.25)周。研究组 37 例,年龄 25~40 岁,平均(35.62±2.25)岁;孕周 37~41 周,平均(39.67±1.22)周。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:年龄 18~40 岁;术前无严重妊娠合并症及并发症;既往有子宫下段横切口剖宫产史;此次妊娠晚期 B 超提示子宫下段肌层最薄处厚度小于 3 mm。排除标准:术中、术后大出血等紧急情况;术中发现原子宫切口过低或子宫前壁严重粘连;智力、精神异常;失访。

1.3 手术方法 两组产妇均行子宫下段剖宫产手术。对照组:术中根据胎位、胎儿大小、先露高低、胎

盘位置、粘连程度等情况,酌情选择子宫切口,娩出胎儿、胎盘后,直接选用含有抗菌涂层的 1 号可吸收缝线,采取双层连续缝合法缝合子宫切口。研究组:经由前次子宫切口瘢痕缺损处切开并向两端延伸剪开,常规操作娩出胎儿、胎盘,清理宫腔干净后对原子宫切口瘢痕组织进行修剪,以切缘对合后不出血、切口缝合缘平整为宜,选用含有抗菌涂层的 1 号可吸收缝线,采取双层连续缝合法缝合子宫切口。

1.4 观察指标及判断标准 比较两组手术时间、术后 3 d 最高体温、术中出血量、首次排气时间、术后血红蛋白下降情况、住院时间、产后出血发生情况。随访 1 年,记录产妇术后月经异常情况,经阴道超声技术监测术后 12 个月剖宫产子宫切口残余肌层厚度,统计两组子宫切口瘢痕憩室发生例数。瘢痕憩室超声表现憩室部位的肌层回声有断裂或缺损^[4]。

1.5 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件分析数据。子宫瘢痕憩室发生情况、月经异常情况、产后出血发生情况等计数资料以%表示,组间采用 χ^2 检验;手术时间、术后 3 d 最高体温、术中出血量、首次排气时间、术后血红蛋白下降情况、住院时间、瘢痕憩室容积、憩室残余的子宫肌层厚度等计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间用 t 检验。 $P<0.05$ 示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术中及术后情况比较 研究组手术时间、住院时间长于对照组,术中出血量大于对照组($P<0.05$)。两组术后 3 d 最高体温、术后血红蛋白下降情况、首次排气时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

* 基金项目:广东省汕尾市医药科技计划项目(编号:2020C009)

表 1 两组术中及术后情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间(min)	术中出血量(ml)	术后 3 d 最高体温(℃)	首次排气时间(h)	术后血红蛋白下降(g/L)	住院时间(d)
研究组	37	60.13± 10.58	280.61± 30.51	36.8± 0.2	28.16± 2.17	8.43± 3.57	5.90± 0.13
对照组	36	52.60± 8.25	250.50± 50.14	36.7± 0.3	27.69± 2.58	7.36± 3.64	5.80± 0.21
t		3.384	3.109	1.680	5.570	1.267	2.453
P		0.001	0.002	0.097	0.727	0.209	0.017

2.2 两组子宫瘢痕憩室、月经异常及产后出血发生情况比较 研究组子宫瘢痕憩室发生率低于对照组,瘢痕憩室容积小于对照组,残余子宫肌层厚度大于对照组($P<0.05$);两组产后出血及月经异常发生情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 两组子宫瘢痕憩室、月经异常及产后出血发生情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	产后出血 [例(%)]	子宫瘢痕 憩室发生 [例(%)]	月经异 常发生 [例(%)]	憩室残余的 子宫肌层厚 度(mm)	瘢痕憩室 容积(ml)
研究组	37	1(2.70)	2(5.41)	2(5.41)	7.69± 1.21	0.30± 0.08
对照组	36	5(13.89)	10(27.78)	4(11.1)	4.52± 0.26	0.56± 0.04
t/ χ^2		3.027	6.649	0.787	12.582	14.517
P		0.189	0.024	0.645	0.001	0.001

3 讨论

目前子宫瘢痕憩室发生机制尚不明确,任何可能对子宫切口愈合产生影响的因素均可能引起子宫瘢痕憩室形成^[9]。子宫瘢痕憩室产妇的临床症状表现为异常阴道流血、经期紊乱、切口憩室妊娠、慢性盆腔炎等,对产妇生活质量造成严重影响^[6]。因此预防子宫瘢痕憩室发生具有重要意义。目前对于子宫瘢痕憩室预防的研究主要集中在缝合方法上面,对是否需要行子宫瘢痕修剪的研究甚少^[7],为此本研究探讨给予再次剖宫产产妇子宫瘢痕修剪预防子宫瘢痕憩室的效果。

子宫瘢痕修剪术是指在手术过程中将病灶切除,将瘢痕组织彻底移除,重建子宫肌壁。本研究研究组手术时间、住院时间长于对照组,术中出血量大于对照组($P<0.05$)。两组术后 3 d 最高体温、首次排气时间、术后血红蛋白下降情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结果说明再次剖宫产产妇术中子宫瘢痕修剪可能延长手术时间及住院时间,增加术后出血量。分析原因可能是因为子宫瘢痕修剪手术稍微精细,因此延长了手术时间,手术时间较长增加了对患者的创伤,因此术中出血量较高,患者恢复较慢,住院时间较长。研究组子宫瘢痕憩室发生率均低于对照组($P<0.05$),瘢痕憩室容积小于对照组,残余的子宫肌层厚度大于对照组($P<0.05$),两组产后出血及月经异常情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结果说明再次剖宫产产妇术中子宫瘢痕修剪可以预防和减少子宫瘢痕憩室发生,且不会增加产后出血及月经异常等发生风险。

分析原因是子宫瘢痕纤维组织增生且含量增多,子宫切口处延展性降低,减少了组织氧合及血运,增加了子宫瘢痕憩室发生风险^[8-9]。再次剖宫产产妇术中子宫瘢痕修剪将原瘢痕剪除,切口瘢痕处炎性纤维组织去除有助于子宫解剖结构的恢复^[7],且子宫切口上下的切缘更容易对合,术后切口更容易愈合^[10],从而降低了子宫瘢痕憩室引起的产后出血及一系列临床症状发生率。

但在实际操作中,如果手术过程中发现原子宫的切口降低、周围组织与切口存在重度粘连、凶险性前置胎盘等情况,则不适宜采用子宫瘢痕修剪。临床中应根据患者实际情况选择治疗方式。由于剖宫产术后子宫切口完全愈合的时间尚不明确,研究时间应再继续延长 2~3 年,以便更为精准地对子宫瘢痕憩室进行诊断。本研究存在客观限制,没有对患者进行长时间随访及大样本研究,可能存在未发现子宫瘢痕憩室情况,今后仍需进一步追踪研究。

综上所述,再次剖宫产产妇术中子宫瘢痕修剪虽然延长手术时间及住院时间,增加了术后出血量,但可预防和减少子宫瘢痕憩室发生。

参考文献

[1]何秀宣,李标,程燕.剖宫产术后瘢痕子宫合并子宫瘢痕憩室对再生育的影响[J].中国计划生育和妇产科,2019,11(5):25-28.
[2]魏宏.经阴道手术治疗剖宫产后子宫瘢痕及憩室的疗效[J].齐齐哈尔医学院学报,2018,39(18):2150-2151.
[3]夏伟兰,刘冰,王伶俐,等.3 种手术方式治疗剖宫产术后子宫瘢痕憩室的临床疗效对比及评价[J].中国计划生育和妇产科,2020,12(6):79-81,86.
[4]包月娥.宫腔镜子宫瘢痕憩室电切术治疗子宫瘢痕憩室的效果研究[J].中国实用医药,2020,15(15):66-67.
[5]郭建萍,陈玉洁.宫腔镜电切与经阴道子宫瘢痕憩室切除缝合术治疗子宫瘢痕憩室的疗效及安全性分析[J].河北医学,2019,25(11):1923-1926.
[6]冷红.二次剖宫产术中原子宫切口瘢痕切除对切口瘢痕憩室形成的影响[J].中国计划生育学杂志,2018,26(9):819-822.
[7]吴美珍.阴式子宫瘢痕憩室切除术治疗剖宫产术后子宫瘢痕憩室出血的效果观察[J].中国民康医学,2020,32(1):71-72.
[8]陈方.分析妊娠合并子宫瘢痕剖宫产术中切除部分薄弱瘢痕组织减少术后子宫瘢痕憩室形成[J].中医临床研究,2019,11(16):133-136.
[9]刘晓英.剖宫产术中不同缝合方法与子宫瘢痕憩室的关系探析[J].赣南医学院学报,2019,39(1):34-36.
[10]肖梅.剖宫产缝合方法对子宫瘢痕憩室形成的影响[J].国际医药卫生导报,2019,25(12):1988-1990.

(收稿日期: 2021-05-23)