

子宫憩室阴式手术修复与宫腔镜下修复整形的疗效对比

陈 莺

浏阳市妇幼保健院妇一科 湖南浏阳 410300

[摘要] 目的 探析阴式手术在子宫憩室修复中的效果。方法 随机抽取 2014 年 2 月与月 -2016 年 7 月在我院接受子宫憩室治疗的 46 例病患的诊疗资料, 根据手术方式不同分成 A、B 组, 两组病患分别接受阴式手术和宫腔镜手术, 比较两种术式对子宫憩室的整形修复效果。结果 A 组病患的术中出血量、排气时间、手术时间和住院时间均明显低于 B 组 ($P < 0.05$); 而术后 2 个月, A 组的 B 超下憩室修复率显著高于 B 组 ($P < 0.05$); 而复发率显著低于 B 组病患。结论 相较于宫腔镜手术, 阴式手术对子宫憩室的整形修复效果更为理想, 值得继续推广使用。

[关键词] 阴式手术; 宫腔镜; 剖宫产; 子宫切口憩室

[中图分类号] R719.8

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2017) 01-209-01

子宫憩室是一种剖宫产术后并发症, 随着剖宫产率逐渐上升, 子宫憩室发病率也呈逐年递增趋势^[1]。子宫憩室病患常表现为腰骶部酸痛、子宫不规则性出血和经期延长, 有时还可出现憩室妊娠等状况。临床上常通过子宫输卵管造影、超声和宫腔镜等方法确诊^[2]。子宫憩室的主要临床治疗手段是阴式手术、宫腔镜手术等, 因而本组研究旨在比分析了宫腔镜手术及阴式手术对子宫憩室病患的临床修复效果, 现作如下报道。

1 资料与方法

1.1 临床资料: 选取 2014 年 2 月与月 -2016 年 7 月接受剖宫产并出现子宫憩室的 46 例病患为研究对象, 依据病患个人意愿及其阴道条件, 分为 A、BB 组 (21 例) 和 A 组 (25 例) 两组, 病患分别接受阴式手术、宫腔镜手术, A 组年龄 29-42 岁, 平均年龄为 (25.2 ± 4.5) 岁, 平均经期是 (14.02 ± 4.41) d, 阴道超声显示憩室平均宽度为 (16.4 ± 6.4) mm, 平均深度是 (5.8 ± 3.1) mm, 平均长度为 (16.3 ± 6.3) mm; B 组年龄为 30-44 岁, 平均年龄为 (35.4 ± 4.2) 岁, 憩室平均宽度为 (16.1 ± 6.2) mm, 平均深度为 (5.8 ± 3.4) mm, 平均长度为 (16.4 ± 6.3)。A、B 组病患的年龄、子宫憩室一般情况之间无明显差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法: (1) A 组病患接受阴式手术: 首先行硬膜外麻醉, 用水分离方式分离宫颈膀胱间隙, 推开膀胱直到膀胱腹膜反折, 于子宫峡部的水平处可看到剖宫产瘢痕组织, 局部稍微隆起, 探针探查后, 显示为一薄弱且凹陷处, 考虑为子宫憩室; 将子宫憩室切开, 直至宫腔内部, 清除陈旧的暗红色积血及凝血块, 在探针引导下用薇乔线依次缝合切口、阴道壁; 24h 后方可取出阴道内放置的碘纱, 术后 24-48h 取出引流管^[3]。(2) B 组病患接受宫腔镜手术: 病患接受全麻, 宫腔镜严查后发现子宫交界位置的前壁缺损薄弱的部位有穹窿状凹陷, 且为憩室状, 宫腔镜检查此处多为子宫膀胱反折腹膜粘连, 将此反折腹膜打开, 可见子宫前壁下段明显透光; 依据宫腔镜灯指引, 切除子宫憩室的边缘组织, 新鲜肌层便暴露在外, 间断性缝合切口, 只在宫腔内置入指示用扩宫棒; 借助宫腔镜检查、修补子宫切口, 憩室消失, 若无宫液流出, 则可缝合子宫膀胱反折腹膜。

1.3 临床观察指标: 比较两组病患手术状况: 术中出血量、手术时间、术后排气时间和住院时间; 于术后随访 1 个月, 观察病患的治愈状况。

1.4 统计学分析: 用软件 SPSS14.0 处理数据, 计数资料和计量资料分别用百分比和 (平均值 $\pm$ 标准差) 表示, 并对其进行卡方、t 检验, 组间差异的检验标准是 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 分析两组病患的术中状况: A 组病患的术中出血量、手术时间、术后排气时间和住院时间均明显低于 B 组, 且两组病患的上述指标之间差异具备显著统计学意义 ($P < 0.05$)。(结果见表 1)

表 1 分析两组病患的术中、术后状况

分组	手术时间 (min)	出血量 (mL)	排气时间 (min)	住院时间 (d)
A 组 (n=25)	62.1 $\pm$ 31.8	110.3 $\pm$ 37.8	20.2 $\pm$ 5.9	6.4 $\pm$ 2.2
B 组 (n=21)	121.1 $\pm$ 41.8	101.2 $\pm$ 33.7	21.8 $\pm$ 7.1	6.5 $\pm$ 2.2
t 值	13.142	4.214	4.734	1.215
P 值	0.002	0.371	0.321	0.882

2.2 比较两组病患的子宫憩室修复及复发状况: 由表 2 可知, 手术后 2 个月, A 组子宫修复有效率是 96.0%, 显著高于 B 组的 88.0%; 而 A 组病患的复发率显著低于 B 组, 两组病患的子宫修复有效率及复发率之间差异具有显著统计学意义 ($P < 0.05$)。(结果见表 2)

表 2 比较两组病患术后子宫修复状况

分组	无效	好转	显效	总有效率	复发率
A 组 (n=25)	1	13	11	24 (96.0%)	1 (4.0%)
B 组 (n=25)	3	11	11	22 (88.0%)	2 (8.0%)
t 值				8.321	7.216
P 值				0.011	0.014

3 讨论

剖宫产术发生子宫切口憩室的几率是 4%-9%, 当前人们并真正认识子宫憩室的重要性。子宫憩室病患的主要症状是经期延长、阴道不规则出血或者不孕, 严重时会引起分娩期或者孕早期子宫破裂, 并危及母婴安全。子宫憩室常被误诊为子宫炎症、不孕症或者月经不调等疾病, 以至于因治疗不足或者治疗过度, 而严重影响病患的身心健康和生活质量。子宫憩室多是因为女性子宫切口未准确对合, 切口感染及疤痕处供血不足等因素所致。临床上常用治疗方式为保守治疗和手术治疗, 针对深度小于 3mm 的轻型憩室和深度为 3-7mm 的中型憩室, 假如症状无兵线或者较轻微, 可行小剂量孕激素或者中药保守治疗; 而对于深度超过 7mm 的重型憩室, 且有明显临床症状者, 若经保守治疗无效, 需给予手术治疗。

本组研究中, 宫腔镜手术的通路为女性生殖道, 既能在不损腹膜壁的情况下了解子宫宫腔内状况, 还有助于处理黏膜下肌瘤和息肉等, 虽具备创伤小、手术时间较短等优点, 但却容易损伤膀胱或者宫颈。阴式手术通路是女性自然腔道, 可用手直接接触及硬疤痕, 且能一次性清除子宫憩室病灶, 并可保留病患的生育功能, 适合阴道手术条件相对较差的病患中。贾艳红^[4]的研究证实阴式修复子宫憩室术可显著提高治愈率, 且创伤小、术后恢复快。因而, 本组研究比较了阴式手术和宫腔镜手术疗效, 结果显示接受阴式手术的 A 组病患的术中出血量、住院时间、手术时间、排气时间均明显低于接受宫腔镜手术的 B 组病患; 且 A 的术后 2 个月的治愈率显著高于 B 组 ($P < 0.05$), 这与李玲^[5]的研究结果基本一致, 这也表明阴式手术在子宫憩室修复过程中的临床疗效更佳。

总之, 阴式手术对子宫憩室的修复整形效果较好, 且明显优于宫腔镜手术, 值得继续推广使用。

[参考文献]

- [1] 翟一阳. 阴式手术与宫腹腔镜联合手术修复剖宫产术后子宫切口憩室的观察 [J]. 中国现代药物应用, 2014, 20:28.
- [2] 李玲. 阴式修复子宫瘢痕憩室术的临床研究 [J]. 中国医药科学, 2016, 06:46-48.
- [3] 林发妙, 颜立新. 阴式子宫疤痕憩室修复术的临床分析 [J]. 北方药学, 2014, 12:142-143.
- [4] 贾艳红. 阴式手术与宫腹腔镜联合手术修复剖宫产术后子宫切口憩室 [J]. 包头医学院学报, 2016, 01:49-50.
- [5] 洪桂珍, 严海燕. 经阴道行剖宫产子宫疤痕憩室切除术 23 例疗效分析 [J]. 现代诊断与治疗, 2015, 16:3620-3622.