·临床应用·

妇产科手术切口子宫内膜异位症临床分析

钱方云

咸宁市第一人民医院　湖北咸宁　437000

〔摘　要〕**目的**　探究妇产科手术切口子宫内膜异位症临床诊断和临床治疗效果。**方法**　对我院在 2018 年 6 月份到 2018 年 12 月份期间收治的 200 例手术切口子宫内膜异位症患者进行研究分析，将患者平均随机分为 A 组和 B 组，每组各 100 例，其中 A 组患者采取常规药物治疗方法，B 组患者进行对症用药和一次性病灶清除手术治疗方法，治疗一段时间后，观察两组患者的恢复情况、临床治疗效果以及病症的复发情况。**结果**　A 组患者出现 24 例治疗无效的情况，临床治疗有效率为 76%，有 10 例复发，复发率为 10%。B 组患者只有 1 例复发，复发率为 1%，B 组出现 5 例治疗无效情况，临床有效率为 95%。两组数据差异具有统计学意义，P<0.05。**结论**　与常规用药治疗相比，手术病灶切除法在治疗手术切口子宫内膜异位病症时，具有更好的临床效果，能够有效降低复发概率，缓解患者的痛苦，值得在临床上广泛推广。

〔**关键词**〕妇产科手术；子宫内膜异位；临床分析

〔**中图分类号**〕R711.71　　〔**文献标识码**〕A　　〔**文章编号**〕2095-7165（2019）02-042-02

子宫内膜异位症是指子宫腔内壁增生子宫内膜而造成的疾病，对于已经实施过子宫内膜异位症切除手术的患者来说，子宫内膜可能会自行移动到手术切口位置，引起手术切口增生，导致妇产科手术切口子宫内膜异位症。该疾病主要发生于生育期女性，治疗相对比较困难，容易反复发生。本文选取 200 例手术切口子宫内膜异位症患者进行研究分析，现报道如下。

1　资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2018 年 6 月到 2018 年 12 月之间收治的妇产科手术切口子宫内膜异位症患者 200 例作为研究对象，将患者随机平均分为 A 组和 B 组。其中，A 组患者年龄在 21 岁到 42 岁之间，平均年龄为 32.15 岁，病程为 1 年到 6 年，平均病程为 3.15 年，A 组患者中 55 例为腹部切口子宫内膜异位症，45 例为会阴切口子宫内膜异位症。B 组患者年龄在 22 岁到 41 岁之间，平均年龄为 32.34 岁，病程为 1 年到 5 年，平均病程为 3.33 年，其中 43 例为会阴切口部子宫内膜异位症，57 例为腹部切口部子宫内膜异位症。两组患者的一般资料无显著性差异，具有可比性。

1.2 方法

对 A 组病人实施药物治疗，向患者注射孕激素以及安宫黄体酮，每周注射一次，每次注射 100 毫升，肌肉注射戊酸雌二醇，每次注射五毫升，每周注射一次，治疗周期为三个月。B 组患者实施对症用药和一次性病灶切除手术治疗，对于病灶大小大于五厘米的患者，首先要通过药物治疗减少病灶直径，避免病灶过大对手术产生影响。患者要坚持服用三个月的三烯高诺酮，每周服用两次，每次服用三毫克。同时，在手术之前要指导患者做好避孕措施，当患者达到能够直接切除病灶的标准时，对患者进行硬膜外麻醉，然后实施手术，手术要将肿块周围两厘米内全部切除，手术之后做好抗感染的工作，使用抗生素辅助治疗以及三烯高诺酮药物干预，避免并发症的发生。

1.3 临床观察指标

对比两组患者治疗有效率以及病症复发情况。

1.4 统计学分析

采用 SPSS21.0 软件进行统计学分析，P<0.05，差异具有统计学意义

2　结果

A 患者有 24 例治疗无效，临床有效率为 76%，有 10 例复发，复发率为 10%。B 组患者有 1 例复发，复发率为 1%，出现 5 例治疗无效情况，临床有效率为 95%，P<0.05，差异具有统计学意义。

3　讨论

妇产科手术切口子宫内膜异位症的主要原因是子宫内膜发生了自行移动，在进行妇产科手术切口子宫内膜异位症的临床特征分析和临床诊断的过程中，医护人员要根据患者的生命体征、辅助检查结果以及临床表现进行综合的判断，重点研究患者的既往病史，包括妇产科手术治疗过程中以及妇产科手术后的不良反应情况，注意妇产科手术切口子宫内膜异位症诊断的有效性，避免与腹壁囊肿、腹壁血肿、切口缝线以及腹壁肿瘤等疾病混淆。[1] 临床上通过对大量妇产科手术切口子宫内膜异位症的发病原因进行研究分析来看，子宫内膜异位症可能与患者体内出血、子宫内膜间质、子宫内膜腺体以及纤维素等有密切的关系。各种创伤性的手术尤其是妇产科手术会导致患者子宫内膜自行移动的概率大大增加，子宫内膜趋向于移动到手术切口位置，或者以往的撕裂伤口的位置，而引起子宫内膜异位症。[2] 同时，育龄期的女性在分娩过程中容易导致阴道损伤，这也会提升妇产科手术切口子宫内膜异位症的发生概率。此外，妇产科手术包括剖宫产术以及会阴侧切等也是因此子宫内膜异位症的原因。[3]

现阶段治疗子宫内膜异位症的方法包括手术治疗和药物治疗，在实际治疗的过程中要根据患者手术切口子宫内膜异位症的实际情况进行分析讨论，选择药物治疗时，需要对症下药，合理选择治疗方法。比如对于病灶直径比较大的患者，尤其是病灶直径大于五厘米的病人，需要在手术之前进行药物治疗，以有效减少病灶的大小，这样能够提高切除病灶手术的成功概率，对于病灶直径较小的患者，可以直接进行病灶切除手术，无需药物辅助治疗。通过研究来看，手术治疗

（下转第 44 页）

学术期刊网 www.qikanjiansuo.com

2.3 经过对甲乙两组患者术后并发症进行统计学比较，乙组治疗后的数据优于甲组，具有统计学意义（P<0.05），详细数据如下，见表 3。

表 3：甲组、乙组患者术后并发症情况比较表 {n（%）}

组别	例数（n）	显效	有效	无效	总有效率
甲组	90	8	10	4	24.44%
乙组	90	2	4	2	8.89%
T			3.920		
P			P＜0.05		

3 讨论

当前阶段，治疗子宫肌瘤主要采用全子宫切除术治疗和次全子宫切除术治疗，但两种方法都会对卵巢功能产生不同的影响，卵巢器官作为女性重要的内分泌器官，在子宫切除以后，可能会使卵巢功能降低，严重时甚至会导致卵巢功能消失。因此，进行次全子宫切除术相较于全子宫切除术可以保留少部分宫颈和宫体，有利于维护卵巢功能。

此次试验对我院的180例患有子宫肌瘤的患者进行研究，按手术方式的不同分为甲乙两组并分别对其进行全子宫切除术治疗和次全子宫切除术治疗。经过治疗，两组患者子宫肌瘤治疗效果不显著，P>0.05；甲乙两组患者手术前血清雌二醇、血清卵泡雌激素指标差异不显著，P>0.05，手术后血清雌二醇、血清卵泡雌激素指标差异显著P＜0.05；乙组并发症少于甲组，P＜0.05。无独有偶，彭伟伟，武巧月．研究报道中的数据，也和本文结论相吻合[5]。

综上所述，对子宫肌瘤患者进行次全子宫切除术治疗相较于进行全子宫切除术治疗，次全子宫切除术治疗效果显著，术后对卵巢功能影响小，并且具有手术简单、恢复快、出血少、并发症少、安全度高等众多优点，只得在临床上推广使用次全子宫切除术对患者进行治疗。

［参考文献］

[1] 朱芸．全子宫与次全子宫切除术治疗子宫肌瘤对女性卵巢功能的影响观察 [J]. 中外医学研究，2018，16(36):30-31.

[2] 王宏．全子宫、次全子宫切除术治疗子宫肌瘤对女性卵巢功能的影响 [J]. 中国医药指南，2018，16(31):89-90.

[3] 刘萍．全子宫与次全子宫切除术治疗子宫肌瘤对女性卵巢功能的影响 [J]. 中国卫生标准管理，2018，9(03):57-58.

[4] 王丽．全子宫与次全子宫切除术治疗子宫肌瘤对女性卵巢功能的影响 [J]. 中外医学研究，2018，5(86):95.

[5] 符海萍．全子宫与次全子宫切除术治疗子宫肌瘤对女性卵巢功能的影响 [J]. 中外医学研究，2016，16(87):67.

（上接第 41 页）

况较高，丧失再通的可能。宫腹腔镜具有多种优势，如创伤性较小、痛苦较轻以及准确率较高等[4]。宫腔镜下插入输卵管间质部导管与导丝，慢慢推进，若产生阻力，反复抽动，加大力度哦镜下发现导丝经过管腔 30mm，或者感染没有阻力时，拔出导丝，在导管内注药，并对输卵管通畅程度至畅通情况认真观察。单纯腹腔镜只对伞端阻塞与盆腔病变的应用良好。但宫腹腔镜联合 COOK 导丝可帮助输卵管弯曲情况顺应前进，便于导丝推进，对导丝进入部位充分掌握，对插管时出现的输卵管穿孔情况及时检查，防止单独应用的不足。

伴随腔镜技术在临床上的普遍应用，宫腹腔镜与 COOK 导丝联合治疗具有较强的针对性：第一，便于发现宫腔与盆腔内的异常状况；第二，腹腔镜下进行输卵管通液术便于对输卵管蓝染情况直接观察啊，可对输卵管通畅度有效判断，准确判断阻塞部位，是对输卵管梗阻性不孕判定的重要方法；第三，导丝外层存在亲水涂层，可使其超滑性，使输卵管黏膜损伤有效降低，使因为压力太大导致的相关并发症明显减少[5]。

本研究结果显示：对比组治疗总有效率 76.47%，低于实验组的 94.12%，与相关研究结果一致。

总之，输卵管梗阻性不孕症患者采用宫腹腔镜联合 COOK 导丝治疗，可改善的临床症状，提高患者的治疗效果。

［参考文献］

[1] 卢文芳，梁燕．宫腔镜腹腔镜引导下行 COOK 导丝治疗输卵管堵塞的有效性及安全性 [J]. 当代医学，2017，23(33):123-124.

[2] 刘舟静．宫腹腔镜联合 COOK 导丝在输卵管原因不孕症中的运用 [J]. 中国继续医学教育，2017，9(26):98-99.

[3] 林怡生，王国东，黄筱婧．宫腹腔镜联合 Cook 导丝治疗输卵管近端梗阻性不孕的临床研究 [J]. 福建医药杂志，2017，39(3):30-32.

[4] 谭久娣．宫腹腔镜联合 cook 导丝治疗输卵管阻塞性不孕的疗效分析 [J]. 中国医药科学，2016，6(8):111-113.

[5] 崔丽芬．宫、腹腔镜联合 COOK 导丝介入治疗输卵管阻塞性不孕的临床效果观察 [J]. 泰山医学院学报，2016，37(5):541-542.

（上接第 42 页）

子宫内膜异位症具有良好的临床效果，绝大多数患者经过手术治疗之后就能康复出院，而且复发概率大大降低。[4]

本文针对妇产科手术切口子宫内膜异位症药物治疗和手术治疗两种方法进行研究，发现使用药物治疗的 A 组患者临床治疗有效率为 76%，复发概率为 10%，进行手术治疗的 B 组患者临床治疗有效率为 95%，复发概率为 1%。由此可见，手术治疗方法相对于药物治疗来说，临床效果更佳，也大大降低了病症的复发概率，有利于促进患者的早日康复。

综上所述，采用手术联合药物治疗的方法与只采用药物治疗干预的方法相比，对妇产科手术切口子宫内膜异位症的临床效果更好，能够显著降低病症的复发概率，缓解患者的痛苦，促进患者早日康复。因此，在临床治疗子宫内膜异位症时，要大力推广使用手术联合药物治疗的方法，以获得良好的治疗效果。

［参考文献］

[1] 任小川．妇产科手术切口子宫内膜异位症临床分析 [J]. 深圳中西医结合杂志，2017，27(4):153-154.

[2] 景书坛．妇产科手术切口子宫内膜异位症临床研究 [J]. 中外女性健康研究，2016，(21):130，156.

[3] 费丽晓．妇产科手术切口子宫内膜异位症临床特点思考 [J]. 河南职工医学院学报，2013，25(3):281-282.

[4] 张新丽．妇产科手术切口子宫内膜异位症的临床疗效观察 [J]. 中国医药指南，2016，14(24):116-117.

学术期刊网 www.qikanjiansuo.com