

二次剖宫产行子宫瘢痕切除术预防剖宫产切口瘢痕憩室的临床效果

张金凤

西安现代妇产医院妇产科,陕西西安 710061

[摘要] 目的 探讨二次剖宫产行子宫瘢痕切除术预防剖宫产切口瘢痕憩室(PCSD)的临床效果。方法 选取2018年1月~2019年10月我院收治的需行二次剖宫产的产妇74例为研究对象,按照住院单双号将其分为对照组和观察组,各37例。对照组于术后瘢痕切口处采取双层连续缝合,观察组于术中直接进行前次切口瘢痕的切除,且依据子宫瘢痕特点采取双层切口缝合,比较两组术后恢复情况、PCSD发生率、PCSD容积、残余子宫肌层厚度及炎性指标。结果 观察组恶露持续时间、肛门排气时间及住院时间均短于对照组($P < 0.05$);观察组PCSD发生率(2.70%)低于对照组(18.92%),且PCSD容积低于对照组,PCSD残余子宫肌层厚度优于对照组($P < 0.05$);观察组CRP、TNF- α 及WBC炎性指标均低于对照组($P < 0.05$)。结论 二次剖宫产采取子宫瘢痕切除术效果理想,可缩短恶露持续时间、肛门排气时间及住院时间,降低PCSD发生率,改善PCSD容积、残余子宫肌层厚度及炎性因子水平,促进机体康复,值得临床推广应用。

[关键词] 剖宫产切口瘢痕憩室(PCSD);二次剖宫产;子宫瘢痕切除术;炎性因子

[中图分类号] R719

[文献标识码] B

[文章编号] 2095-2856(2020)09-44-02

剖宫产切口瘢痕憩室(PCSD)属剖宫产手术的远期并发症,其诊断治疗已引起妇产科医生的广泛关注,多次剖宫产是PCSD发生的高危因素。PCSD是剖宫产术后创口局部愈合欠佳,于子宫壁生成一个独特的宫腔,即一端相通于宫腔内膜,一端指向子宫浆膜层,几乎2/3的患者会有阴道不规则流血的表现,会对患者身心健康产生不良影响。随着国内二胎政策的全面放开,瘢痕子宫再次妊娠人数增多,临床常以再次剖宫产的方式终止妊娠^[1]。本研究对2018年1月~2019年10月我院收治的需行二次剖宫产的产妇为研究对象,探讨二次剖宫产行子宫瘢痕切除术预防剖宫产切口瘢痕憩室的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2018年1月~2019年10月我院收治的需行二次剖宫产的产妇74例为研究对象。纳入标准:妊娠前月经周期正常;剖宫产次数为2次,首次剖宫产为子宫下段横切口^[2];足月单胎妊娠;所有产妇对本研究知情,并自愿签署知情同意书。排除标准:并发凝血系统、贫血等疾病者;羊膜腔感染者;子宫内病变者;手术不耐者;精神异常者;失访者。按照住院单双号将产妇分为对照组和观察组,各37例。对照组年龄24~31岁,平均(28.36±2.47)岁;孕周38~40周,平均(39.02±0.17)周;观察组年龄25~32岁,平均(28.25±2.27)岁;孕周39~40周,平均(39.02±0.16)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。本研究经由我院伦理委员会批准。

1.2 方法

两组剖宫产术式均选择子宫下段横切口,缝合针距1.5 cm,相距切缘1.0 cm,保持松紧适宜,以免过紧对切口血运产生影响。另外,术后予以两组产妇抗生素抗感染治疗及相应的护理干预。

对照组于子宫下段前次切口上方1 cm处抵入宫腔,胎儿娩出且清理宫腔后,直接采取1号可吸收线进行子宫切口肌层的缝合,而后以持续毯式内翻方式进行第二层浅肌层与子宫浆膜层的缝合。

观察组于子宫下段前次切口位置抵入宫腔,待娩出胎儿、附属物且清除宫腔后,首先行原子宫切口瘢痕切除术,有效剔除原瘢痕组织,剔除范围包括过于薄弱的子宫肌壁和所有的瘢痕组织,进行解剖构造的修复,重塑切口邻近的血供;而后借助1号可吸收线以持续锁边方式进行子宫切口肌层全层的缝合,于子宫内切缘进针,注意缝合需避开子宫内,以防累及子宫内;以持续毯式内翻方式进行第二层浅肌层、子宫浆膜层的缝合,注意需关闭膀胱反折腹膜,以降低术后粘连。

1.3 观察指标

①观察两组术后恢复情况,包括恶露持续时间、肛门排气时间、住院时间。②观察两组PCSD发生率、PCSD容积(基于三维重建功能下,调节且设置扫描范围及区域,确立三平面,启动体积测量键,设定提

表2 两组产妇PCSD发生率、PCSD容积及残余子宫肌层厚度比较

组别	<i>n</i>	PCSD [<i>n</i> (%)]	PCSD容积 ($\bar{x} \pm s$, mL)	PCSD残余子宫肌层厚度 ($\bar{x} \pm s$, mm)
观察组	37	1 (2.70)	0.35 ± 0.08	7.34 ± 1.89
对照组	37	7 (18.92)	0.54 ± 0.14	4.95 ± 1.25
χ^2/t		5.046	5.068	5.214
<i>P</i>		0.025	0.044	0.032

取中各切面角度为30°,明确参考点,使用轨迹球进行各切面的勾边,子宫容积勾边范围是指从宫底部至宫内口子宫浆膜面,子宫内膜容积勾边范围指内膜宫底部至宫内口间子宫肌层及内膜衔接处,勾画完成后启动超声仪自动执行功能,计算其憩室容积结果)及PCSD残余子宫肌层厚度(憩室周边最薄处肌层厚度)^[3]。③观察两组炎症指标变化情况,包括CRP、TNF- α 及WBC,于术后3d采集产妇静脉血5mL,离心,采用免疫比浊法测定CRP、TNF- α 的水平,采取全自动血球分析仪测定WBC的水平。

1.4 统计学方法

采用SPSS 21.0的统计学软件对数据进行分析,计量资料用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,行*t*检验,计数资料用率(%)表示,行 χ^2 检验,*P* < 0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇术后恢复情况比较

观察组恶露持续时间、肛门排气时间及住院时间均短于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表1。

表1 两组产妇术后恢复情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	恶露持续时间(d)	肛门排气时间(h)	住院时间(d)
观察组	37	5.62 ± 1.04	23.58 ± 2.37	5.51 ± 0.61
对照组	37	8.13 ± 1.82	29.62 ± 3.05	6.88 ± 0.70
<i>t</i>		7.284	9.512	8.985
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000

2.2 两组产妇PCSD发生率、PCSD容积及残余子宫肌层厚度比较

观察组PCSD发生率(2.70%)低于对照组(18.92%),且PCSD容积低于对照组,PCSD残余子宫肌层厚度优于对照组(*P* < 0.05)。见表2。

2.3 两组产妇炎症指标比较

观察组CRP、TNF- α 及WBC水平均低于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表3。

3 讨论

近年来,国内剖宫产率呈上升趋势,PCSD发生率也随之升高。目前,临床对此病的病因尚不明确,但多数研究表示,其诱发因素多与切口愈合不佳有关,当切口组织肌层较薄弱时,平滑肌出现异常,继而诱

表3 两组产妇炎症指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	CRP (mg/L)	TNF- α (ng/L)	WBC ($\times 10^9/L$)
观察组	37	12.81 ± 2.39	4.06 ± 0.88	6.41 ± 0.61
对照组	37	18.36 ± 3.62	7.26 ± 1.35	6.98 ± 0.62
<i>t</i>		7.783	12.079	3.986
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000

发憩室,导致子宫出血^[4]。文献指出,剖宫产术后半年,若阴道有异常出血表现,可将其视为PCSD的病发前兆,建议采取阴道超声检查,早诊断、早治疗^[5]。

憩室修补术及憩室成形术是当前PCSD临床诊疗的关键手段^[5]。憩室修补术旨在清除病灶,将瘢痕组织彻底性消除,进行子宫肌壁的重建;憩室成形术是经宫腔镜下将纤维瓣膜切除,保持引流通畅,以电灼憩室底部,达到炎症组织及发育不良内膜的去除效果^[6]。二次剖宫产中辅以子宫瘢痕切除术后再缝合,具有操作便捷、可行性强等特点,有显著预防、降低PCSD发生率的效果。针对瘢痕愈合不佳者,二次手术时建议清除原瘢痕,适度修剪后促使解剖构造恢复,最大限度地降低憩室形成的概率^[7]。

本研究中,观察组产妇的恶露持续时间、住院时间、肛门排气时间均短于对照组(*P* < 0.05);观察组PCSD发生率(2.70%)低于对照组(18.92%),且PCSD容积及残余子宫肌层厚度均优于对照组(*P* < 0.05);观察组CRP、TNF- α 及WBC水平均低于对照组(*P* < 0.05),提示二次剖宫产子宫瘢痕切除术对预防剖宫产切口瘢痕憩室效果理想,可缩短恶露持续时间、住院时间及肛门排气时间,降低PCSD发生率,改善PCSD容积、残余子宫肌层厚度及炎症因子水平。

综上所述,二次剖宫产行子宫瘢痕切除术预防剖宫产切口瘢痕憩室效果理想,可缩短恶露持续时间、住院时间、肛门排气时间,降低PCSD的发生,改善PCSD容积、残余子宫肌层厚度及炎症因子水平,促进机体康复,值得临床应用。

[参考文献]

- [1] 许庆雅. 分析剖宫产不同子宫切口缝合方式对切口瘢痕憩室形成的影响[J]. 河南外科学杂志, 2020, 26(1): 67-69.
- [2] 沈柯炜, 张英芝, 周欢珍, 等. 二次剖宫产行子宫瘢痕切

(下转第47页)

64 ~ 74 分为中度抑郁, > 74 分为重度抑郁, 分数越高, 抑郁症状越严重^[4]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 统计学软件对数据进行分析, 计数资料用率 (%) 表示, 采用 χ^2 检验, 计量资料用均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 胎儿宫内窘迫的原因

82 例发生宫内缺氧的产妇中, 各引发因素如下: ①脐带因素 33 例, 占 40.24%, 其中脐带绕颈 20 例, 占 24.39%, 脐带真结 4 例, 占 4.88%, 脐带脱垂 4 例, 占 4.88%, 脐带扭转 2 例, 占 2.44%, 脐带过短 2 例, 占 2.44%, 脐带受压 1 例, 占 1.22%; ②羊水因素 18 例, 占 21.95%, 其中羊水过少 10 例, 占 12.20%, 羊水污染 8 例, 占 9.76%; ③胎盘因素 15 例, 占 18.29%, 其中胎盘前置 6 例, 占 7.32%, 胎盘早剥 6 例, 占 7.32%, 过期妊娠 2 例, 占 2.44%, 胎盘钙化 1 例, 占 1.22%; ④母体因素 12 例, 占 14.63%, 其中妊娠合并贫血 5 例, 占 6.10%, 围产期心脏病 4 例, 占 4.88%, 妊娠合并心脏病 2 例, 占 2.44%, 妊娠期高血压病 1 例, 占 1.22%; ⑤人为因素 4 例, 占 4.88%, 其中子宫收缩异常 2 例, 占 2.44%, 缩宫素使用不当 1 例, 占 1.22%, 镇静药使用不当 1 例, 占 1.22%。

2.2 82 例发生宫内缺氧的产妇护理前后 SAS、SDS 评分比较

护理后, 产妇的 SAS、SDS 评分均较护理前降低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表1 82例发生宫内缺氧的产妇护理前后SAS、SDS评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	SAS	SDS
护理前	51.53 \pm 4.81	54.26 \pm 6.38
护理后	39.57 \pm 6.42	45.43 \pm 5.29
t	13.501	9.648
P	0.000	0.000

3 讨论

胎儿宫内窘迫主要临床表现为胎心率和羊水

异常, 可影响胎儿的神经系统和智力发育。因此, 需及时了解胎儿宫内缺氧的发生原因, 并采取有效的治疗和护理措施, 保障胎儿健康^[5]。

本研究结果显示, 胎儿宫内窘迫的原因中脐带因素占 40.24%, 羊水因素占 21.95%, 胎盘因素占 18.29%, 母体因素占 14.63%, 人为因素占 4.88%。为了保证母婴安全需要注意以下几个方面: 首先, 多与产妇交流沟通, 缓解其心理压力, 增加其成功分娩的信心, 降低胎儿窘迫的发生。其次, 加强产前检查和监测, 避免加重宫内胎儿窘迫的发生, 通过监测胎心的变化了解胎儿宫内缺氧的程度, 从而决定采用哪种供氧方式来提高氧含量, 改善胎儿宫内缺氧状况。再次, 通过监测胎心及羊水污染情况判断胎儿窘迫情况, 可更换体位, 间断给氧改善血氧饱和度^[6]。本研究结果显示, 护理后, 产妇的 SAS、SDS 评分均低于护理前, 提示采取有效的护理措施, 可改善产妇心理状态, 降低负性情绪。

综上所述, 脐带和羊水因素是引发胎儿宫内窘迫主要因素, 在护理过程中除了重视相关因素的控制, 还需减轻产妇负性情绪, 保证母婴安全。

[参考文献]

- [1] 杨苹, 郭永娟, 张玉侠, 等. 胎心监护仪与彩色多普勒超声对胎儿窘迫的诊断效能评价 [J]. 中国医学装备, 2019, 16 (12): 84-87.
- [2] 李小毛. 胎儿窘迫与新生儿窒息复苏 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2007: 12.
- [3] 邓开丽. 胎心监护与 S/D 比值测定诊断胎儿窘迫的价值分析 [J]. 临床医学, 2019, 39 (11): 78-79.
- [4] 邓彦明, 陶秀红, 俞宙力, 等. 超声生物物理评分及胎儿脐动脉血 S/D 检测在胎儿宫内窘迫诊断中的应用价值 [J]. 中国初级卫生保健, 2019, 33 (11): 54-56.
- [5] 李小花, 张忠路, 张晓红, 等. 脐动脉联合肾动脉、大脑中动脉及静脉导管分流率对胎儿窘迫的诊断价值 [J]. 中国妇幼保健, 2019, 34 (17): 4089-4092.
- [6] 李建敏. 胎心监护、彩超检测脐动脉、大脑中动脉和静脉导管分流率在胎儿宫内窘迫预测中的应用 [J]. 临床合理用药杂志, 2019, 12 (28): 153-155.

(上接第 45 页)

除术预防剖宫产切口瘢痕憩室效果的临床研究 [J]. 实用妇产科杂志, 2017, 33 (10): 782-785.

[3] 邱伟, 吴土连, 黄艳. 再次剖宫产同时切除子宫切口瘢痕对剖宫产术后瘢痕憩室形成的预防意义 [J]. 中国医师进修杂志, 2018, 41 (6): 524-527.

[4] 李银芳. 子宫下段修补术在二次剖宫产术中应用的临床效果分析 [J]. 中外医学研究, 2019, 17 (10): 119-120.

[5] 蒋益焯. 宫腹腔镜手术治疗剖宫产子宫切口瘢痕憩室的效果观察 [J]. 浙江创伤外科, 2019, 24 (2): 386-387.

[6] 曾丽, 胡春芳, 丁娇. 瘢痕子宫再次剖宫产术中直接修补子宫切口憩室治疗的临床应用 [J]. 当代医学, 2019, 25 (30): 153-154.

[7] 亢奇. 经阴道子宫瘢痕憩室切除子宫修补术治疗剖宫产瘢痕憩室的效果 [J]. 河南医学研究, 2019, 28 (10): 1819-1820.