

# 基于剖宫产术后腹壁切口子宫内膜异位症的临床治疗效果分析

骆红渠 田菲 (通讯作者)

蕲春县妇幼保健院 湖北 黄冈 435300

**【摘要】**：目的：探讨剖宫产术后腹壁切口子宫内膜异位症的临床治疗效果。方法：整理2023年10月至2024年10月我院收治的剖宫产术后腹壁切口子宫内膜异位症患者的临床资料，从中筛选72例并随机分为两组，参照组采取单纯药物保守治疗，而观察组则联合应用手术切除治疗，每组各纳入36例，在治疗6个月后比较临床疗效、血清性激素检测水平，并对比术后1年复发率。结果：观察组总有效率为97.22%，显著高于参照组的77.77% ( $P < 0.05$ )；治疗后，观察组血清性激素水平均低于参照组 ( $P < 0.05$ )；观察组术后1年复发率为2.78%，显著低于参照组的13.89%，差异显著 ( $P < 0.05$ )。结论：针对剖宫产术后腹壁切口子宫内膜异位症患者，在常规药物治疗基础上联合病灶切除术，有助于降低血清性激素水平及复发率，整体疗效确切，值得推广。

**【关键词】**：剖宫产术；腹壁切口；子宫内膜异位症；临床疗效；复发率

DOI:10.12417/2705-098X.26.07.049

子宫内膜异位症是常见于育龄期女性的妇科良性疾病，疾病特征在于子宫内膜组织生长于子宫腔外部位，整体发病率约为10%-15%。剖宫产术后腹壁切口子宫内膜异位症是其特殊类型，约占剖宫产术后并发症的0.03%-0.047%，多认为与子宫内膜组织随羊水、血液或手术器械种植于腹壁切口的肌层或皮下组织，并在激素的周期性刺激下形成异位病灶有关<sup>[1]</sup>。目前，临床常见的治疗方案有药物保守治疗、手术治疗等，前者可有效缓解周期性疼痛等不适症状，但难以彻底清除病灶，而后者虽能弥补上述不足，但存在手术创伤相对较大风险。因此，临床尚未形成统一的治疗共识。基于此背景，我院特选取72例剖宫产术后腹壁切口子宫内膜异位症患者开展分组试验，具体报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

试验时间点为2023年10月至2024年10月，研究对象为我院收治的72例剖宫产术后腹壁切口子宫内膜异位症患者，整理资料并分为：

参照组 ( $n=36$ ) 年龄22-42岁，平均  $(32.47 \pm 4.82)$  岁，平均剖宫产次数  $(1.51 \pm 0.27)$  次，平均病灶直径  $(2.31 \pm 0.32)$  cm，平均病程  $(18.27 \pm 3.28)$  月；观察组 ( $n=36$ ) 年龄21-43岁，平均  $(32.36 \pm 4.75)$  岁，平均剖宫产次数  $(1.65 \pm 0.32)$  次，平均病灶直径  $(2.41 \pm 0.26)$  cm，平均病程  $(18.51 \pm 3.19)$  月。上述患者一般资料无显著差异 ( $P > 0.05$ )，具有可比性。

纳入标准：(1) 有剖宫产手术史，且腹壁切口与肿块位置一致；(2) 腹壁切口出现周期性疼痛肿块，经病理检查确诊为子宫内膜异位症；(3) 育龄期女性且临床资料齐全。

排除标准：(1) 合并盆腔子宫内膜异位症或其他部位子宫内膜异位症；(2) 病灶发生恶变；(3) 妊娠期或哺乳期女性；(4) 研究所用药物过敏者。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 参照组

药物保守治疗：给予患者促性腺激素释放激素激动剂 (GnRH- $\alpha$ ) 联合孕激素治疗，即皮下注射3.75mg亮丙瑞林，4周/次，共3次。口服10mg地屈孕酮片，2次/日，连续服用6个月。同时，定期检测患者肝肾功能、性激素水平，依据患者实际恢复情况调整相关药物剂量，并积极处理异常状况。

#### 1.2.2 观察组

在上述基础上开展手术治疗，具体流程如下：术前借助健康手册讲解手术切除流程，明确术中配合要点，辅助患者开展术前检查，积极落实术前准备工作。手术患者行平卧位，耐心安抚紧张、焦虑情绪，对其实施硬膜外麻醉并建立静脉通路，给予镇静、抗胆碱能药物。常规消毒铺巾后，对患者肿块表面行横行或纵行切口，逐层切开皮肤、皮下组织、腹直肌前鞘，止血钳夹止血，完整暴露病灶。探查病灶位置、大小、形态，用手术刀或电刀沿病灶边界处0.5-1.0cm处正常组织进行切除，止血钳夹并结扎病灶周围的小血管，防止术中出血<sup>[2]</sup>。若病灶已浸润腹直肌前鞘或肌层，应切除受累的肌纤维及筋膜组织，并在切除完成后借助无菌生理盐水冲洗手术创面，确保切缘无残留病灶。将标本平铺于无菌纱布，标记标本切缘方向，填写病理检查申请单，必要时可进行术中冷冻病理检查。创面活动性出血点采用电凝或丝线结扎止血，在手术创面最低位置放置引流条，一端置于创面深部，一端经切口旁戳孔引出体外，妥善固定引流条，并按照解剖层次予以逐层缝合切口，缝合后使用无菌纱布覆盖切口并加压包扎。术后密切监测引流液颜色、性质，并于术后1周内开始GnRH- $\alpha$ 治疗，即皮下注射3.75mg亮丙瑞林，口服10mg地屈孕酮片，具体服药方式参照参照组。

### 1.3 观察指标

(1) 血清性激素监测水平：在治疗前后，检测并比较E2、

FSH、LH。

(2) 临床疗效：治疗6个月评估临床疗效，将其分为无效（肿块缩小<50%，周期性疼痛无缓解）、有效（肿块缩小≥50%，周期性疼痛缓解）、显效（肿块、周期性疼痛均消失），比较后两者占比之和<sup>[3]</sup>。

(3) 复发率：腹壁切口处再次出现周期性疼痛肿块，经超声检查提示异位病灶，记录患者的复发情况。

### 1.4 统计学方法

采用SPSS28.0统计学软件录入数据并分析，计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示，行t检验，计数资料以[n(%)]表示，行 $X^2$ 检验， $P < 0.05$ 代表差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组血清性激素监测水平对比

治疗前，两组患者的血清性激素水平比较无显著差异( $P > 0.05$ )，治疗后6个月，两组患者的E2、FSH、LH水平均较治疗前下降，且观察组下降幅度高于参照组( $P < 0.05$ )，见表1。

表1 两组血清性激素监测水平对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

指标	时间点	观察组(n=36)	参照组(n=36)	t值	P
E2 (pg/mL)	治疗前	233.24±57.32	233.31±57.31	0.482	0.298
	治疗后	41.02±2.51	78.43±12.26	17.315	<0.001
FSH (mIU/L)	治疗前	5.14±0.27	5.13±0.24	0.392	0.671
	治疗后	3.53±0.14	4.42±0.27	16.403	<0.001
LH (mIU/L)	治疗前	5.13±0.92	5.19±0.94	0.182	0.564
	治疗后	2.53±0.12	3.58±0.13	15.397	<0.001

### 2.2 两组临床疗效对比

治疗后6个月，观察组总有效率为97.22%，显著高于参照组的77.77% ( $X^2=11.283$ ,  $P < 0.001$ )，详情见表2。

表2 两组临床疗效对比[n(%)]

组别	观察组	参照组	$X^2$	P
例数	36	36		
无效	1(2.78)	8(22.23)		
有效	15(41.67)	16(44.44)		
显效	20(55.56)	8(22.23)		
总有效	35(97.22)	28(77.77)	11.283	<0.001

### 2.3 两组患者术后1年复发率对比

术后随访1年，观察组复发子宫内膜异位症者1例，复发率为2.78%，参照组复发子宫内膜异位症者5例，复发率为13.89%。观察组复发率显著低于参照组，差异有统计学意义 ( $X^2=8.273$ ,  $P < 0.001$ )。

## 3 讨论

子宫内膜异位症是具有复发性、转移性特点的良性病变，好发于盆腔内（如卵巢、盆腔腹膜），也可累及腹壁切口、肠道、膀胱等特殊部位<sup>[4]</sup>。患者可因盆腔粘连、输卵管堵塞、子宫内膜容受性下降而损伤生育功能。同时，持续存在的慢性盆腔痛、性交痛可进一步影响患者的正常工作和夫妻感情，促使生活质量直线下降。剖宫产后腹壁切口子宫内膜异位症是较为特殊的疾病类型，患者多在剖宫产后6个月-5年内出现症状，如：腹壁切口处周期性疼痛肿块，并因长期反复疼痛，严重影响生活质量。单纯药物保守治疗难以彻底清除病灶，后期病灶转移风险较高，整体作用效果有限。扩大病灶切除术需沿病灶边界处0.5-1.0cm的正常组织进行切除，虽能显著降低复发风险，但患者可因破坏腹部局部解剖结构，而影响日常活动的开展。

在本次研究中，观察组E2、FSH、LH下降幅度高于参照组( $P < 0.05$ )，说明药物联合手术治疗可有效改善血清性激素水平。扩大病灶切除术可通过彻底清除腹壁切口的异位病灶及周围受累组织，减少外周血中E2生成。同时，手术切除病灶可显著减轻炎症反应，避免局部因分泌炎症因子而抑制垂体分泌FSH、LH。临床常用的GnRH- $\alpha$ 具有下调下丘脑-垂体-卵巢(HPO)轴功能，它作为促性腺激素释放激素的激动剂，初期可短暂刺激FSH、LH分泌，长期使用则通过抑制卵巢的卵泡发育和激素合成，促使血清性激素水平下降<sup>[5]</sup>。针对于剖宫产后腹壁切口子宫内膜异位症患者而言，其手术治疗后残留的微小病灶可在卵巢性激素的刺激下增加复发风险，而GnRH- $\alpha$ 等辅助药物可通过抑制卵巢性激素分泌，避免血清性激素水平异常升高。

研究发现，观察组总有效率为97.22%，显著高于参照组的77.77% ( $X^2=11.283$ ,  $P < 0.001$ )，突出强调药物联合手术切除治疗的整体疗效。单纯药物保守治疗可不同程度地萎缩病灶，但存在无法清除已形成的纤维化病灶及浸润组织的局限性。扩大病灶切除术则能切除肉眼可见的病灶及周围的正常组织，在其术后联合应用药物治疗，可通过抑制卵巢性激素分泌，促使微小病灶因缺乏激素支持而出现萎缩、凋亡。与此同时，手术可通过直接清除病灶，快速缓解周期性疼痛症状，而药物治疗可通过抑制残留病灶增殖，减轻局部炎症反应。为此，两者联合应用可快速缓解患者的不适症状，进一步提高临床疗效。

此外，观察组复发子宫内膜异位症占比为2.78%，远低于

参照组的 13.89% ( $P < 0.05$ ), 说明药物联合手术切除治疗可有效降低术后 1 年复发风险。研究指出, 子宫内膜异位症患者经系统治疗并于 1 年内复发, 多与体内残留的异位内膜组织有关。扩大病灶切除术注重完整剥离相关病灶, 避免因病灶破裂而导致内膜细胞散落于腹部组织, 旨在降低术中种植风险。由于手术治疗难以完全清除微小隐匿病灶, 术后药物辅助治疗可通过长期使用 GnRH- $\alpha$  药物, 阻断卵巢的卵泡发育和性激素合成, 促使微小残留病灶丧失复发能力。同时, 孕激素类药物可直接

作用于残留病灶的孕激素受体, 导致异位内膜组织因出现蜕膜化、纤维化而丧失活性。因此, 将两者治疗方式予以联合应用, 可通过协同作用降低复发风险。

综上所述, 根据剖宫产术后腹壁切口子宫内膜异位症患者的实际情况, 对其开展药物联合手术切除治疗, 有助于全面提高临床疗效, 显著降低血清性激素水平, 并有效控制术后 1 年复发风险, 值得推广。

### 参考文献:

- [1] 宋菁华,张坤,郭红燕,等.腹壁子宫内膜异位症术后复发的相关因素研究[J].中国微创外科杂志,2025,25(05):264-267.
- [2] 董云霞,王微,倪妍.腹壁子宫内膜异位症外科治疗研究进展[J].中国现代手术学杂志,2025,29(01):77-82.
- [3] 苏媛媛,费炜,丁璐平.剖宫产产妇产后切口子宫内膜异位症发生风险列线图的构建及验证[J].中国临床护理,2025,17(02):120-123.
- [4] 崔艳,崔县伟,刘岚.335 例剖宫产切口部位子宫内膜异位症的临床分析[J].重庆医学,2024,53(11):1610-1615.
- [5] 陈一超.促性腺激素释放激素受体性激素水平联合临床特征与剖宫产术后手术切口子宫内膜异位症的关系[J].中国妇幼保健,2022,37(04):610-612.