

妇血安+优思明对比单用优思明治疗瘢痕憩室异常子宫出血的疗效观察

王玉先¹ 李诗光²

1.永吉县一拉溪镇卫生院妇科 吉林 永吉 132213

2.吉林市凤凰医院妇产科 吉林 昌邑 131001

【摘要】：目的：探讨妇血安联合优思明与单用优思明治疗剖宫产瘢痕憩室（CSD）所致异常子宫出血（AUB）的临床疗效差异。方法：将38例CSD相关AUB患者按治疗方案分为联合用药组与单药组，单药组予优思明周期治疗，联合用药组在此基础上于出血期加用妇血安，连续干预3个月经周期，比较两组月经状况、憩室形态学、病灶区血流动力学及临床疗效。结果：治疗后联合用药组经期天数、月经失血量图（PBAC）评分、憩室深度与宽度均低于单药组，剩余肌层厚度（RMT）、病灶区血流阻力指标及总有效率均高于单药组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：妇血安联合优思明可更有效缩短经期、减少出血、改善憩室形态与局部血流，疗效优于单用优思明，且方案简便、适合基层卫生院妇科门诊推广应用。

【关键词】：剖宫产瘢痕憩室；异常子宫出血；妇血安；优思明；血流动力学

DOI:10.12417/2811-051X.26.11.072

剖宫产率长期居高使剖宫产瘢痕憩室（cesarean scar diverticulum, CSD）成为育龄女性继发性异常子宫出血（abnormal uterine bleeding, AUB）的常见原因，其典型表现为经期延长、经间期点滴出血及经血淋漓不尽，可继发贫血、慢性盆腔不适并影响再次生育意愿^[1]。临床对症状较轻、暂无生育要求者多首选复方口服避孕药进行周期调控，能在一定程度上规整内膜脱落、缩短出血时间，但单纯激素治疗对憩室内积血引流与瘢痕区微循环改善作用有限，停药后症状易反复^[2]。妇血安为活血化瘀、止血调经类中成药，在功能失调及器质性子宫出血中应用广泛^[3-4]。本研究将妇血安与优思明联用，观察其在缩短经期、减少出血及改善憩室形态与局部血流方面的协同价值，旨在为基层卫生院妇科门诊处理CSD相关AUB提供简便、有效的保守治疗用药选择。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年12月至2026年3月于妇科门诊就诊、经病史及经阴道超声确诊为CSD所致AUB的患者38例。/依据所采用的治疗方案分为单药组（ $n=19$ ）与联合用药组（ $n=19$ ）。单药组年龄24~39岁，剖宫产次数1~2次；联合用药组年龄23~40岁，剖宫产次数1~2次。两组年龄、剖宫产次数等比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 临床纳入与排除标准

纳入标准：既往有剖宫产史，经阴道超声证实子宫前壁下段存在与宫腔相通的瘢痕憩室；以经期延长（ $>7d$ ）或经间期

不规则出血为主要表现，符合相关指南与专家共识对CSD相关AUB的诊断；年龄20~45岁且月经周期基本规律；近3个月内未接受激素类或止血类药物治。

排除标准：合并子宫肌瘤、子宫内膜息肉、子宫腺肌病等其他可致异常出血的器质性病变；存在凝血功能障碍或血液系统疾病；具有雌激素使用禁忌，如血栓病史、严重肝肾功能不全或激素依赖性肿瘤；近期有妊娠计划、已妊娠或处于哺乳期；对所用药物成分过敏或依从性差难以完成疗程者。

1.3 方法

两组均完善血常规、凝血功能、肝肾功能及妇科超声等常规检查以排除用药禁忌。

单药组给予优思明（屈螺酮炔雌醇片，Bayer Weimar GmbH&Co.KG，规格：每片含屈螺酮3mg、炔雌醇0.03mg，国药准字HJ20170317），自月经周期第1~5天开始口服，每日1片，每晚固定时间服用，连服21d后停药7d为一个周期，连续治疗3个月经周期。

联合用药组在与上述完全一致的优思明周期治疗基础上，于月经期及经间期出现点滴出血时加服妇血安片（衡水以岭药业有限公司，规格：每片重0.52g，国药准字Z20010123），一次6片，一日3次，饭后服用，出血停止后停用，连续治疗3个月经周期。

用药期间嘱患者规律作息、避免漏服，记录阴道出血起止时间及不良反应，每个周期复诊一次，3个周期结束后统一复评。

1.4 观察指标

分别于治疗前及治疗3个月经周期后评估以下指标。

(1) 月经状况：记录经期天数（自月经来潮至阴道流血完全停止的天数，d），并采用月经失血量图（pictorial blood loss assessment chart, PBAC）评分评估月经量，由患者依图示自评卫生巾浸染程度累计计分，评分越高提示出血越多，≥100分提示月经过多。

(2) CSD 形态学参数：由同一超声医师经阴道二维超声于月经干净后3~7d测量瘢痕憩室深度、宽度及剩余肌层厚度（residual myometrial thickness, RMT，单位均为mm），憩室越深越宽、RMT越薄提示缺损越重，正常子宫前壁下段肌层厚度参考值多>3mm。

(3) 憩室区血流动力学：经阴道彩色多普勒测量憩室病灶周围肌层血流的搏动指数（pulsatility index, PI）、阻力指数（resistance index, RI）及收缩期/舒张期峰值流速比值（S/D），各取双侧均值，肌层小血管RI参考值约0.70~0.85，数值偏低提示局部低阻新生血管增多。

(4) 临床疗效：显效为经期恢复至≤7d、经间期出血消失且PBAC评分较治疗前下降≥50%；有效为经期较前明显缩短、出血减少、PBAC评分下降25%~50%；无效为上述指标无改善或加重。总有效率=（显效+有效）例数/总例数×100%。

1.5 统计学方法

采用SPSS 26.0软件进行数据分析。计量资料符合正态分布，以 $\bar{x} \pm s$ 表示，组间比较行独立样本t检验，组内治疗前后比较行配对样本t检验；计数资料以率（%）表示，组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后月经状况比较

治疗前两组经期天数与PBAC评分比较差异无统计学意义；治疗后两组上述指标均较治疗前下降，且联合用药组经期天数与PBAC评分均低于单药组（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表1 两组治疗前后经期天数与PBAC评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别		联合用药组	单药组	t 值	P 值
例数		19	19		
经期天数 (d)	治疗前	11.85±2.34	11.62±2.41	0.298	0.767
	治疗后	6.12±1.45*	7.58±1.67*	-2.877	0.007
PBAC 评分(分)	治疗前	165.32±28.45	162.87±27.91	0.268	0.790
	治疗后	82.16±15.73*	105.43±18.62*	-4.161	<0.001

注：与本组治疗前比较，* $P < 0.05$

2.2 两组治疗前后瘢痕憩室形态学参数比较

治疗前两组憩室深度、宽度及RMT比较差异无统计学意义；治疗后两组憩室深度、宽度较治疗前缩小、RMT较治疗前增厚，且联合用药组憩室深度、宽度低于单药组、RMT高于单药组（ $P < 0.05$ ）。见表2。

表2 两组治疗前后瘢痕憩室形态学参数比较（ $\bar{x} \pm s$, mm）

组别		联合用药组	单药组	t 值	P 值
例数		19	19		
憩室深度	治疗前	6.82±1.53	6.74±1.48	0.164	0.871
	治疗后	4.35±1.12*	5.28±1.27*	-2.394	0.022
憩室宽度	治疗前	8.43±1.87	8.37±1.79	0.101	0.920
	治疗后	6.12±1.43*	7.34±1.58*	-2.495	0.017
RMT	治疗前	2.83±0.62	2.79±0.58	0.205	0.838
	治疗后	3.76±0.71*	3.21±0.65*	2.491	0.018

注：与本组治疗前比较，* $P < 0.05$

2.3 两组治疗前后憩室区血流动力学比较

治疗前两组PI、RI、S/D比较差异无统计学意义；治疗后两组上述血流阻力指标均较治疗前升高，且联合用药组PI、RI、S/D均高于单药组（ $P < 0.05$ ）。见表3。

表3 两组治疗前后憩室区血流动力学参数比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别		联合用药组	单药组	t 值	P 值
例数		19	19		
PI	治疗前	1.12±0.24	1.15±0.22	-0.402	0.690
	治疗后	1.68±0.31*	1.43±0.28*	2.609	0.013
RI	治疗前	0.58±0.09	0.59±0.08	-0.362	0.719
	治疗后	0.76±0.11*	0.68±0.10*	2.346	0.025
S/D	治疗前	2.34±0.45	2.38±0.43	-0.280	0.781
	治疗后	3.12±0.58*	2.71±0.52*	2.294	0.028

注：与本组治疗前比较，* $P < 0.05$

2.4 两组临床疗效比较

联合用药组总有效率高单药组（ $P < 0.05$ ）。见表4。

表4 两组临床疗效比较 [例（%）]

组别	联合用药组	单药组	χ^2 值	P 值
例数	19	19		
显效	12(63.16)	5(26.32)		

有效	6(31.58)	7(36.84)		
无效	1(5.26)	7(36.84)		
总有效率	18(94.74)	12(63.16)	3.958	0.047

注： χ^2 值、P 值为两组总有效率比较。（续表 4）

3 讨论

剖宫产瘢痕憩室是子宫下段切口愈合不良所形成的、与宫腔相通的凹陷，憩室内常有陈旧积血及含铁血黄素沉积，加之局部肌层菲薄、收缩力下降与微血管异常增生，使经血排出延迟并反复渗出，最终表现为经期延长及经间期淋漓出血^[5]。本研究即围绕月经状况、憩室形态、病灶区血流及总体疗效四个层面，对妇血安联合优思明与单用优思明的干预效果进行比较。

优思明所含炔雌醇与屈螺酮可通过负反馈抑制下丘脑—垂体—卵巢轴，促使内膜规律增殖并同步脱落，从而缩短经期、减少出血，这与单药组治疗后经期天数及 PBAC 评分较前下降相符；然而单纯激素调控难以促进憩室内积血排空，对菲薄瘢痕肌层的修复作用亦较弱^[6]。妇血安以活血化瘀、止血调经为主要功效，既可促进憩室内陈旧积血与坏死组织的引流排出、减轻局部刺激与渗血，又能改善瘢痕区微循环、增强肌层收缩，二者作用环节互补。故联合用药组治疗后经期天数与 PBAC 评分进一步低于单药组，提示其对出血的控制更为充分^[7]。

在憩室形态学方面，激素治疗本身并不能直接消除解剖学

缺损，但出血与积血减轻后憩室内张力下降、局部炎症反应减轻，配合妇血安所改善的局部微循环及组织修复环境，可使憩室深度、宽度有所回缩、剩余肌层相对增厚；本研究中联合用药组憩室深度与宽度低于单药组、RMT 高于单药组，正反映了这一协同修复趋势，亦说明在激素周期治疗基础上加用化瘀止血类中成药有助于改善缺损的影像学表现^[8]。

血流动力学结果进一步佐证了上述机制。瘢痕憩室区常见低阻力新生血管增生，表现为 PI、RI 及 S/D 偏低，这是反复渗血的血流学基础；治疗后两组上述指标均升高，提示异常低阻血流减少，而联合用药组升高更为显著，说明妇血安在收敛创面血管、减少局部低阻灌注方面提供了额外获益。多个客观指标的协同改善最终体现在临床总有效率上，联合用药组总有效率明显高于单药组、无效比例显著下降，证实联合方案能更全面地控制症状^[9-10]。

综上所述，在优思明周期治疗基础上联用妇血安，可从减少出血、回缩憩室、改善局部血流多个维度发挥协同作用，临床疗效优于单用优思明，且方案简便、用药安全、费用低廉，尤其适合在基层卫生院妇科门诊推广应用。本研究尚受样本量有限、随访周期较短及单中心观察等因素制约，妇血安改善憩室局部微环境的具体机制亦有待深入；今后可通过扩大样本、延长随访并结合多中心设计，进一步验证该联合方案的远期疗效与安全性，为剖宫产瘢痕憩室所致异常子宫出血的个体化保守治疗提供更充分的依据。

参考文献：

- [1] 常凌雅,韩松筠.剖宫产术后子宫瘢痕憩室的危险因素研究[J].中国临床医生杂志,2022,50(1):94-97.
- [2] 赵甜甜,张秋阳,宋铁芳.剖宫产术后子宫瘢痕憩室的诊疗研究现状[J].医学综述,2024,30(12):1442-1446.
- [3] 林航,孙云,戴凌虹,等.2019-2020 年我院妇科调经类中成药的应用与管理[J].中医药管理杂志,2021,29(23):46-47.
- [4] 李宗国,任春艳,苏希东,等.自拟妇血安汤治疗功能失调性子宫出血的实验研究[J].河北医学,2020,26(7):1225-1228.
- [5] 郭方春.B 超下剖宫产宫壁瘢痕缺损形态学变化及其与异常子宫出血的关系[J].影像研究与医学应用,2024,8(2):71-73.
- [6] 万水云,胡敏华,罗丽.口服避孕药联合宫腔镜子宫瘢痕憩室矫形术治疗剖宫产术后子宫瘢痕憩室出血的效果分析[J].中国实用医药,2022,17(7):60-63.
- [7] 张仁茹,胥丽云.宫腔镜手术联合屈螺酮炔雌醇片(II)治疗异常子宫出血患者的临床研究[J].黑龙江中医药,2023,52(4):21-23.
- [8] 冯志恩,陈欣.陈欣教授辨治剖宫产术后子宫瘢痕憩室所致经期延长经验撷菁[J].中医临床研究,2025,17(5):134-138.
- [9] 温新特,金培培.剖宫产术后子宫瘢痕憩室致经期延长的中医治疗研究进展[J].中国医药科学,2025,15(14):36-40.
- [10] 彭雪,龚水萍,张敏霞,等.中西医结合治疗子宫切口憩室合并异常子宫出血临床研究[J].实用中医药杂志,2023,39(10):2024-2026.