



剖宫产瘢痕憩室诊治进展

首都医科大学附属北京安贞医院

沃医联合创始人

李斌

- 
- 一、概述
 - 二、病因
 - 三、症状
 - 四、分型
 - 五、诊断
 - 六、治疗
 - 七、预防

一、概述

- 最早在**1955**年西班牙学者首次报道了剖宫产术后子宫切口憩室
- **1975**年有文献报道剖宫产术后反复阴道不规则出血与切口愈合不良有关



一、概述

- 近年来随着剖宫产率的提高，子宫切口憩室发病呈明显上升趋势
- 我国是一个剖宫产率较高的国家，个别地方剖宫产率达**50%**左右，随着二孩政策放开，剖宫产术后再次妊娠时，面临着瘢痕部位妊娠、子宫破裂问题，瘢痕憩室成为业界关注焦点



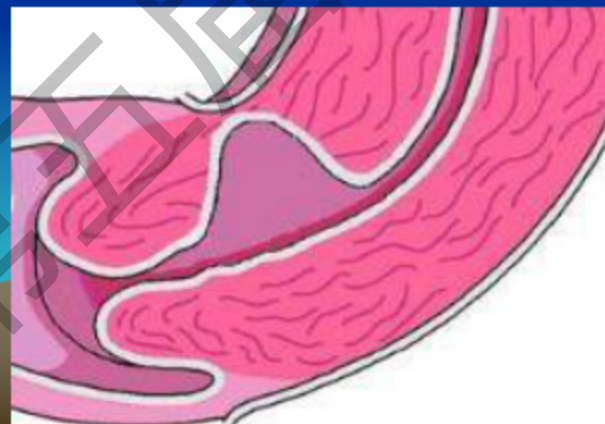
一、概述

- 剖宫产瘢痕憩室 (cesarean scar diverticulum CSD)，由于剖宫产切口愈合不良导致子宫下段薄弱，切口瘢痕处出现的与宫腔相通的一个突向膀胱浆膜层的凹陷
- 命名尚未统一



一、概述

- 一种剖宫产术后子宫切口愈合不良的疾病
Istre报道剖宫产术后60%-70%在子宫切口瘢痕处存在愈合缺陷
- 剖宫产远期并发症之一
- 再次妊娠，可能会出现瘢痕部位妊娠、子宫破裂、胎盘植入、早孕人流时子宫穿孔、大出血等严重后果



二、病因

- 1. 围手术期的高危因素

- 1) 手术时：手术时间、手术操作、先露下降的位置、子宫下段是否形成、子宫的位置（后倾后屈）

- 2) 剖宫产次数

- 3) 感染

- 2. 术后切口局部慢性炎症

- 3. 术后切口发生子宫内膜异位



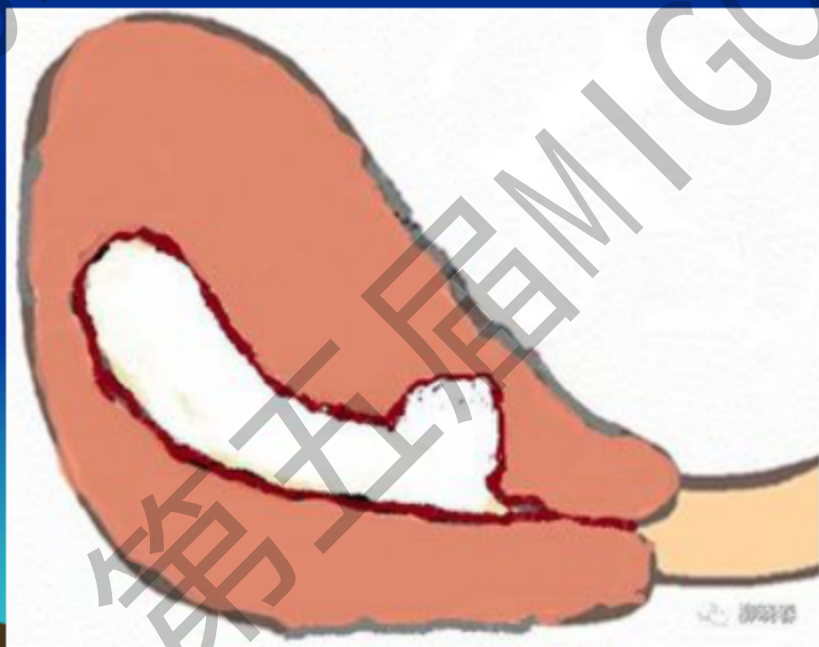
三、症状

- 异常阴道出血:经期延长、淋漓不净，月经周期、经量无明显改变
- 原因
 - 1) 憩室处子宫肌层薄弱甚至缺失，子宫内膜周期性脱落后，憩室部位收缩不良
 - 2) 子宫内膜周期性脱落后，憩室局部血运较差，创面修复时间延长
 - 3) 憩室内的子宫内膜与宫腔内膜不同步脱落

三、症状

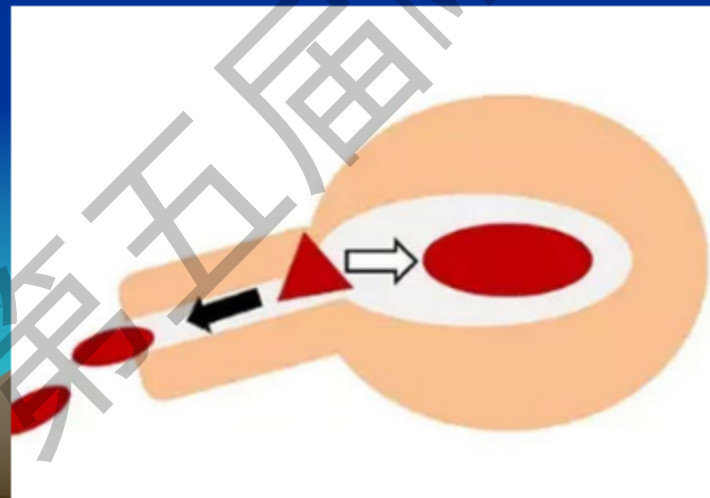
- 4) 憩室与宫腔间的通道狭窄、甚至形成活瓣，憩室内膜脱落后排出不畅、延期排出
- 5) 憩室内积血积液，易并发感染出血

憩室越大症状越重



三、症状

- 继发不孕
- 原因
 - 1、憩室中持续存在的经血使宫颈黏液性状发生改变，不利于精子通过及胚胎着床
 - 2、憩室内的经血倒流入宫腔影响胚胎着床
 - 3、淋巴细胞浸润、局部的炎症反应容易引起感染，影响胚胎着床
 - 4、医源性的子宫内膜异位症、腺肌症引起不孕



三、症状

- 痛经及慢性盆腔痛
- 原因
 - 1) 子宫结构异常
 - 2) 淋巴细胞局部浸润、形成慢性炎症
 - 3) 医源性子宫内膜异位症、腺肌症

四、分型

- 有研究报道以憩室部位残存肌层的厚度作为憩室分型的标准，经阴道超声能较好显示残存肌层厚度

四、分型

- 轻型：患者经期腹痛、阴道出血等临床症状不明显，憩室范围较小，子宫下段瘢痕处可见缝隙状缺损，浆膜层连续，有薄层肌壁及内膜，裂隙与宫腔相通，在检查过程中时隐时现
- 中型：患者有月经异常，经期腹痛、阴道出血等临床症状较明显，憩室范围略大，检查显示憩室仍处于子宫前壁浆膜层内；
- 重型：患者月经异常、经期腹痛、阴道淋漓不尽出血等临床症状较显著，憩室范围较大，检查显示憩室呈疝形突向膀胱

五、诊断

- 1、病史：剖宫产史
- 2、临床表现：异常阴道出血、经期延长、淋漓不净，排除其他疾病如功血，子宫内膜息肉，妇科肿瘤等
- 3、辅助检查：超声检查、宫腔镜检查、子宫输卵管碘油造影、磁共振成像(MRI)

五、诊断

(1) 超声

- 子宫前壁下段瘢痕处可见一个楔形液性暗区与宫腔相通，此处子宫肌层有不同程度缺损
- 月经干净后有时超声显像不明显，在月经淋漓不净时再次进行超声检查，显像明确
- 无创、简单、经济

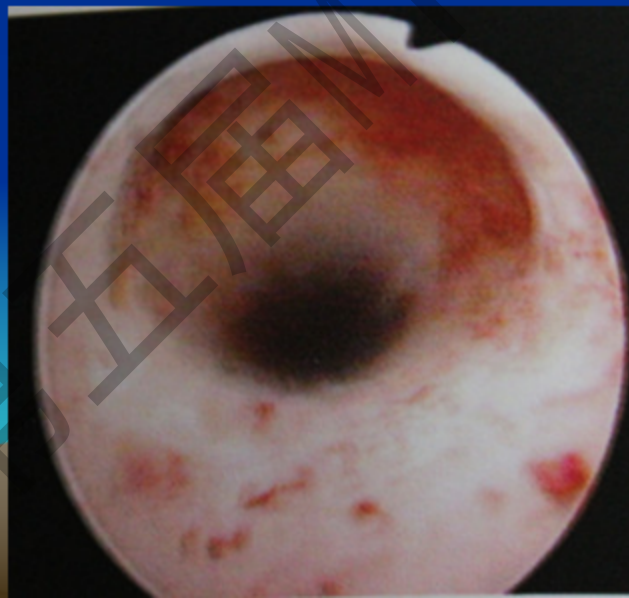
超声所见瘢痕憩室



五、诊断

(2) 宫腔镜

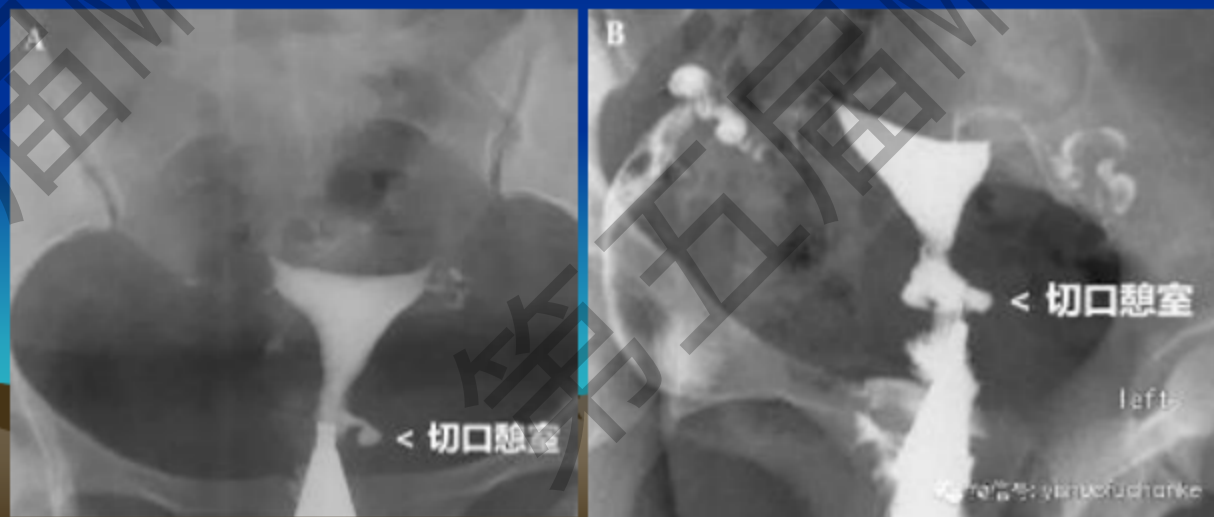
- 子宫前壁下段剖宫产瘢痕处明显凹陷、伴局部血管暴露、充血、增生
- 明确憩室位置、大小、距宫颈外口距离
- 为临床选择手术方式提供依据



五、诊断

(3) 子宫输卵管碘油造影

- 在子宫下段前壁见憩室龛影
- 较阴道超声检出率更高，并且能清晰显示缺损的大小
- 接受放射线照射

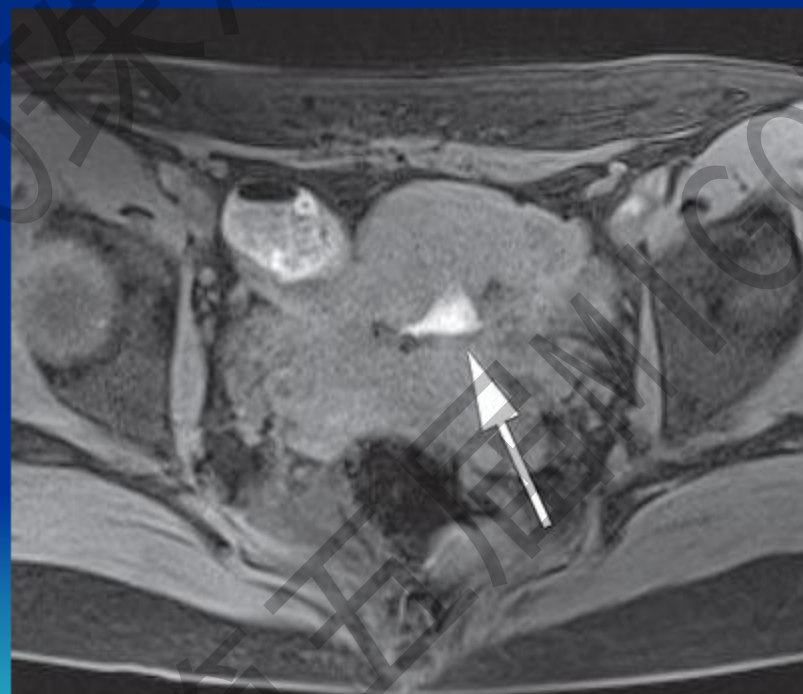


五、诊断

(4)核磁检查

- **MRI**在显示软组织方面更具优势，有月经异常症状，经阴道彩超未能诊断的患者可考虑行**MRI**检查
- 能清晰显示憩室大小、所在部位、憩室腔剩余肌层的厚度及与膀胱的解剖关系，为术前评估提供有价值的信息
- 费用较高

核磁所见



六、治疗

- 有关剖宫产瘢痕憩室的治疗尚缺乏规范的标准
- 无症状患者，可定期随访，不需要进行特殊的干预
- 有症状者，主要依据患者的症状轻重、憩室腔大小、有无生育要求等进行综合判断，来决定具体的治疗方式，包括非手术治疗和手术治疗

六、治疗

1.非手术治疗——口服避孕药治疗

- 短期治疗，适用于以异常出血为表现、无生育要求、不愿意接受手术的患者
- 不适用于有生育要求及有口服避孕药禁忌症的患者——大量吸烟、乳腺疾病、凝血功能障碍或血栓性疾病及家族史
- 用药后月经恢复正常，或阴道淋漓出血症状消失，判定为有效
- 仅部分患者有效，停药后复发率高

六、治疗

2、手术治疗

- 手术是目前治疗的主要方式。有学者认为，当憩室深度达子宫肌壁厚度的80%以上，或者憩室上方子宫肌壁厚度在2.5mm以下，应考虑手术治疗
- 手术目的：改善临床症状；消除憩室，恢复正常解剖结构；减少再次妊娠相关并发症
- 手术方式：宫腔镜手术，开腹或腹腔镜手术，宫腹腔镜联合手术，经阴道手术

六、治疗

手术方式选择:

- 憩室浅小或窄细, 顶部肌层 $\geq 3\text{ mm}$ ——宫腔镜
- 憩室宽、深、大, 有生育要求——阴式或腹腔镜, 避孕2年

疗效评估:

- 月经正常、异常出血消失
- 术后妊娠结局

六、治疗

1)、 宫腔镜手术

- 微创、简单、常用
- 能明确定位憩室的部位、憩室腔大小及腔内有无息肉或增生的血管等
- 仅适用于残余肌层厚度较大者
- 前屈子宫的治疗效果明显优于后屈子宫

六、治疗

手术步骤:

- 切除憩室下缘组织及憩室内息肉，使憩室变平坦，经血无法积蓄
- 电灼破坏憩室内具有分泌功能的内膜样腺体及扩张的血管，达到改善症状的目的



六、治疗

宫腔镜手术注意：

- 宫腔镜并未对憩室进行真正修补，手术扩大了子宫肌层薄弱处范围，可能会导致再次妊娠时子宫破裂，胎盘植入等远期不良结局，原则上不适用于有生育要求的患者
- 手术时易发生子宫穿孔，手术切割的热效应不适于憩室顶部残存肌层小于2.0mm者
- 报道69.6%的患者术后症状明显好转，也有报道16%至36%的患者术后无改善

六、治疗

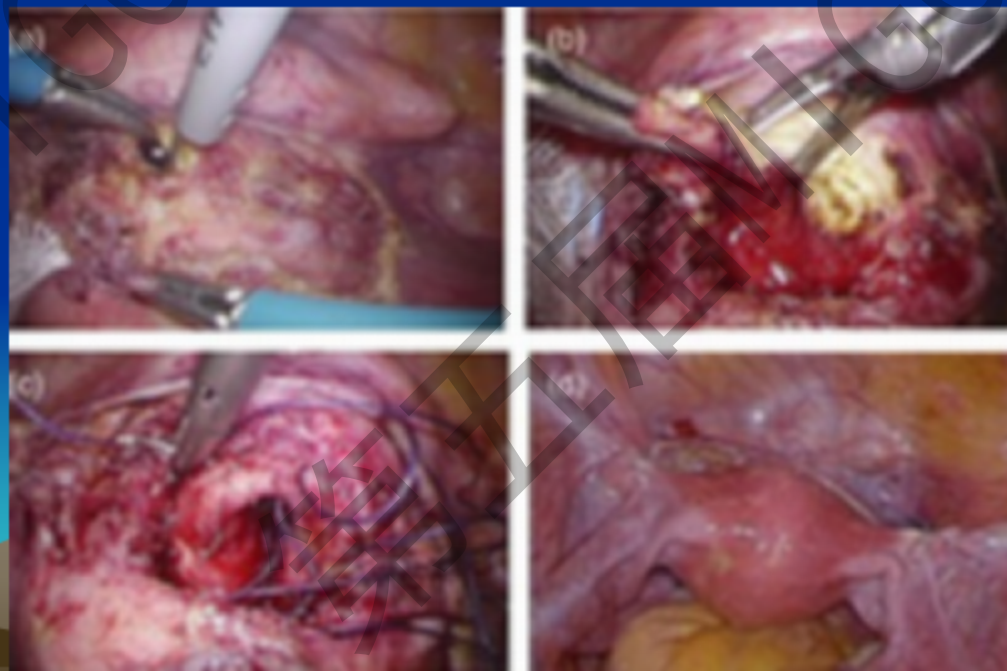
2)、腹腔镜手术:

- 术野暴露更充分, 明确盆腔有无粘连; 联合宫腔镜可清晰定位憩室的部位与大小
- 清除憩室并予缝合修补, 创伤小、出血少、恢复快
- 适用于位置偏高的瘢痕憩室

六、治疗

- 手术步骤:

打开子宫膀胱反折腹膜，分离膀胱与宫颈间粘连，暴露瘢痕憩室薄弱处，完整切除瘢痕憩室，修剪切缘，全层缝合切口，关闭子宫膀胱反折腹膜



六、治疗

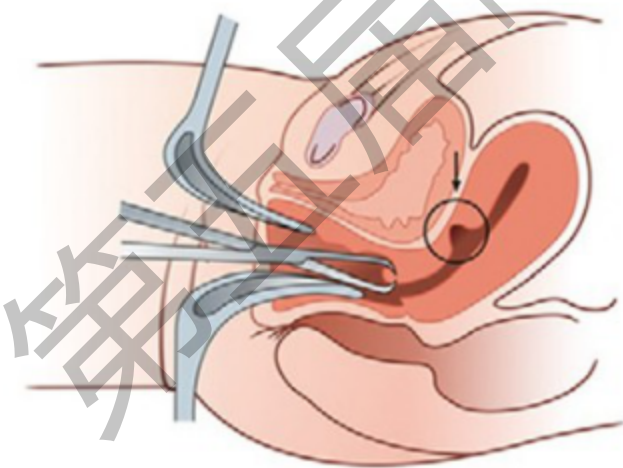
手术关键:

- 确定憩室位置，完整切除憩室及周围的瘢痕组织，重新缝合子宫切口
- 需要特定的手术设备，术者要有娴熟的腹腔镜手术技巧
- 切缘处热损伤对伤口愈合的影响有待观察

六、治疗

3)、阴式手术

- 利用阴道这一天然通道，具有入路最近，较腹腔镜更微创，缝合更便捷，不需昂贵的手术设备等诸多优点
 - 切除憩室并修补，能够恢复解剖结构，不受憩室部位残存肌层厚度的影响
- 适应于所有能耐受手术的患者



六、治疗

手术步骤:

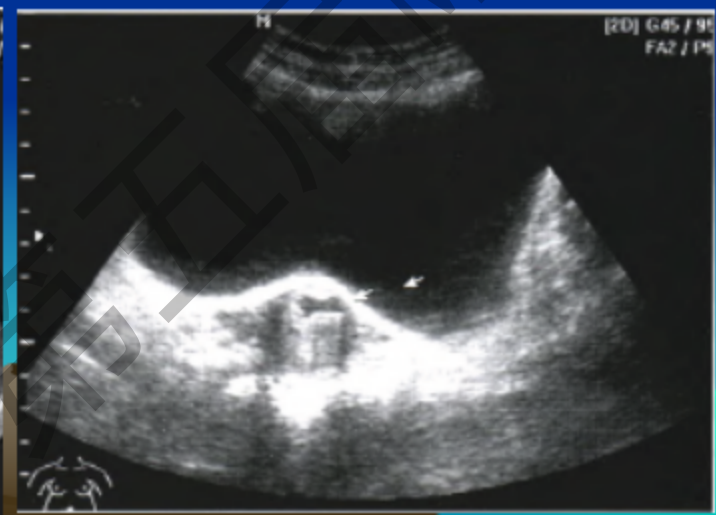
- 切开阴道黏膜，分离并上推膀胱，确定子宫瘢痕憩室位置，切除憩室及周围瘢痕组织，缝合关闭切口并加固，确认瘢痕憩室已去除、且缝线未过子宫后壁，创面无渗血。缝合宫颈阴道黏膜切口。



六、治疗

手术关键:

- 对憩室的正确定位是关键
- 暴露困难，需熟练掌握阴式手术技巧，憩室位置不宜过高，阴道条件要好
- 术前应充分评估潜在的膀胱损伤的风险及术野的限制给手术带来的困难



六、治疗

手术优势

- 直接切除病灶，术中可直接触摸缝合，成功率高
- 再次妊娠时的并发症如子宫破裂、瘢痕部位妊娠的发生率更低
- 手术时间短、安全、有效、美观、更微创

六、治疗

口服避孕药	阴式手术	宫腔镜手术	腹腔镜手术
不能消除病灶	彻底切除	切除不净可能	完整切除病灶
短期可缓解症状	止血效果好疗效确切	复发率较高 部分人症状无改善	切缘热损伤影响切口愈合有待观察
长期服用、药物副作用	出血、膀胱损伤，发生率低	膀胱损伤，远期子宫破裂、胎盘植入	膀胱损伤，伤口愈合不良
无创	创伤小，费用低	创伤小、费用低	创伤相对大，费用相对高，技术要求高

预防

减少瘢痕憩室的发生要注意以下方面：

- 1) 了解可能导致子宫憩室的形成原因
- 2) 严格掌握剖宫产指征，减少社会因素剖宫产，降低剖宫产率
- 3) 注意切口的选择、术式、缝合技巧
- 4) 术后抗感染治疗

七、预防

切口的选择：

- 恰当选择子宫切口的位置，防止上下切缘组织厚度不一致，降低切口愈合不良的风险
- 二次剖宫产术中如既往切口愈合不良，在原切口手术并修补；既往切口愈合良好，在原切口上方选择切口

七、预防

缝合技巧:

- 注意剖宫产切口缝合间距及松紧程度，过紧影响切口血液循环，过松易形成血肿
- 注意各层组织的解剖复位，使切口对合良好
- 切口两端缝合应超出切口0.5cm，以防漏扎血管
- 使用可吸收线，减少缝线残留

七、预防

重视细节：

- 术中充分清除蜕膜、胎盘组织，防止残留影响切口愈合，降低切口子宫内膜异位症发生
- 减少影响剖宫产切口愈合的因素出现
- 对于剖宫产术后患者出现异常子宫出血或下腹坠痛等症状提高警惕，做到早发现，早治疗

谢 谢！

