

宫腔粘连宫腔镜术后激素治疗 3 月宫腔形态及内膜分析

王晓红

(徐州市中医院妇科,江苏 徐州 221003)

摘要:目的 研究 2 种不同的激素治疗方案在宫腔粘连患者宫腔镜术后应用对子宫形态及内膜的影响。方法 宫腔镜下经宫颈宫腔粘连切开术 67 例。A 组 37 例,术后服用补佳乐每日 2 片,月经第 21 天加服黄体酮胶丸每日 2 片,连用 6 天,序贯治疗 3 个月。B 组 30 例,术后服用补佳乐每日 3 片每日 3 次,连用 3 个月;第 3 月末加用黄体酮胶丸,每日 2 片,连用 10 天。治疗 3 个月后采用经阴道超声对子宫形态及内膜进行比较。结果 2 组间宫腔形态正常、宫腔形态基本正常、宫腔粘连比例差异无统计学意义($P>0.05$),2 组患者月经情况、增生晚期的子宫内膜厚度及子宫动脉搏动指数、子宫动脉血流阻力指数等差异均无统计学意义($P>0.05$)。结论 2 种激素治疗方案对宫腔粘连患者宫腔镜术后的子宫形态及内膜影响无差异。

关键词:宫腔粘连;宫腔镜;戊酸雌二醇

中图分类号:R711.74 **文献标志码:**A **文章编号:**1000-2065(2012)09-0620-02

宫腔粘连(intrauterine adhesion, IUA)是指子宫壁互相粘连导致子宫腔狭窄甚至闭塞。IUA 主要病因是子宫内膜创伤与感染,导致子宫内膜肌层组织裸露而引起粘连^[1-2]。任何导致基底层受损的因素均可引起宫腔粘连,其中绝大多数是由于刮宫引起,由于人工流产的逐年增多,IUA 的发病呈增加趋势。随着宫腔镜技术的不断发展,宫腔镜目前已经成为治疗 IUA 的主要方法,并且宫腔镜治疗 IUA 联合术后雌激素加速裸露区上皮化的治疗方法目前已经得到学术界的广泛认可。但是术后不同激素治疗方案对子宫形态及子宫内膜的影响如何少见报道,为此本研究对 67 例宫腔粘连患者宫腔镜术后 2 种激素治疗方案进行了对比分析,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 研究对象 2009 年 1 月至 2011 年 12 月期间,在我院妇科经宫腔镜、子宫输卵管造影检查确诊为 IUA 并行宫腔镜下宫腔粘连切开术治疗的 67 例患者为研究对象。排除下列情况:有子宫内膜恶性肿瘤和不典型增生者,近 3 个月使用促性腺激素释放激素激动剂、雌孕激素或性激素拮抗剂者。

根据患者病例号的单双分为 A 组和 B 组。A 组患者 37 例,年龄 21~32 岁,平均(25.3 ± 3.2)岁,宫腔粘连程度:轻度 8 例,中度 21 例,重度 8 例(宫腔粘连程度评价参考文献[3])。B 组患者 30 例,年龄 21~33 岁,平均(26.3 ± 3.6)岁,宫腔粘连程

度:轻度 7 例,中度 17 例,重度 6 例。2 组患者年龄、宫腔粘连程度差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 术后激素治疗方案 A 组:术后服用补佳乐(戊酸雌二醇),每日 2 片;月经第 21 天加黄体酮胶丸,每日 2 片,连用 6 天;补佳乐、黄体酮序贯治疗 3 个月。B 组:术后服用补佳乐,每次 3 片,每日 3 次,连用 3 个月;第 3 月末加用黄体酮胶丸,每日 2 片,连用 10 天。

1.3 观察指标 2 组患者经 3 个月治疗后,月经第 11~14 天经阴道超声观察宫腔形态、子宫内膜厚度、子宫动脉搏动指数、子宫动脉血流阻力指数,并记录患者月经情况。

1.4 统计学处理 所有数据经过校对后输入计算机,采用 SPSS 11.5 建立数据库,计量资料采用 t 检验,计数资料采用卡方检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者宫腔形态及月经情况 2 组患者的宫腔形态及月经变化均无统计学意义($P>0.05$),详见表 1。

2.2 2 组患者子宫内膜情况 子宫内膜增生晚期的子宫内膜厚度及子宫动脉搏动指数、子宫动脉血流阻力指数差异均无统计学意义($P>0.05$),详见表 2。

表 1 2 组患者宫腔形态及月经比较〔例(%)〕

组别	n	宫腔形态正常	宫腔形态基本正常	宫腔粘连	月经正常	月经增多	无变化
A 组	37	18(48.65)	16(43.24)	3(8.11)	21(56.76)	3(8.11)	13(35.14)
B 组	30	16(53.33)	12(40.00)	2(6.67)	18(60.00)	4(13.33)	8(26.67)
χ^2		0.15	0.07	0.06	0.07	0.09	0.55
P 值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

表 2 2 组患者子宫内膜情况($\bar{x} \pm s$)

组别	n	子宫内膜厚度(mm)	子宫动脉搏动指数	子宫动脉血流阻力指数
A 组	37	4.23 ± 1.46	2.86 ± 0.32	0.97 ± 0.12
B 组	30	4.34 ± 1.23	2.78 ± 0.36	0.93 ± 0.11
t 值		0.45	0.23	0.45
P 值		>0.05	>0.05	>0.05

3 讨 论

IUA 是由各种原因导致子宫内膜受损,从而裸露和破坏子宫内膜基底层,引起子宫壁对合,并且形成永久存在的小梁,从而破坏子宫体腔的对称性。宫腔粘连的临床表现主要是月经量的减少甚至继发闭经、反复或习惯性流产或不孕。除了上述常见的临床表现外,宫腔粘连还可能造成早产、死胎或异位妊娠,也是前置胎盘、胎盘粘连、胎盘植入发生的高危因素。因此一旦确诊为 IUA 应马上进行手术治疗,近年来随着内窥镜技术的不断进步,宫腔镜下粘连切开已经成为标准的治疗方案。

术后如何防止新的粘连形成并促进裸露区内膜的覆盖引起学者的关注。术后宫腔放置 Foils 尿管防止术后粘连,但是患者有疼痛的感觉,并且因为 Foils 尿管可阻碍内膜的生长,患者有感染、子宫宫颈机能不全的倾向^[4]。也曾有单纯放置宫内避孕环的方法来避免再次粘连,但因宫内避孕环面积太小不足以防止粘连,而且含铜的节育器还容易并发各种炎症等不良反应^[5]。近年来有研究显示子宫粘连切开术后加用雌激素可加速裸露区的上皮化,补佳乐在预防子宫术后粘连效果明显;并且补佳乐属于天然雌激素,口服后从胃肠道迅速吸收,对肝脏代谢影响较小,且副反应小,患者依从性好,具有明显的临床应用价值。目前国内对于补佳乐预防术后子宫粘连的方案并不相同^[6-7],为此本研究对 67 例进行对比分析,结果提示 2 种治疗方案均能有效改

善子宫形态,预防子宫粘连,并且 2 种治疗方案对于子宫形态及子宫内膜的影响并无明显的差异。

综述所述,本研究认为补佳乐在预防子宫术后粘连近期效果明显,2 种常用的治疗方案对患者的子宫形态及内膜影响无明显差异,只是服用的剂量以及加服黄体酮胶丸的时间不同,均显示了较理想的临床效果。本研究将继续跟踪随访 2 组患者的长期预后及术后妊娠情况,以期明确 2 组治疗方案的远期预后。

参考文献:

[1] Efetie ER, Umezulike AC, Okafor UV. Clinical and demographic characteristics of women with intrauterine adhesion in abuja, Nigeria [J/OL]. Obstet Gynecol Int,2012,2012;435475.

[2] Abiodun OM, Balogun OR, Fawole AA. Aetiology, clinical features and treatment outcome of intrauterine adhesion in Ilorin, Central Nigeria [J]. West Afr J Med, 2007,26(4):298-301.

[3] 曹泽毅. 中华妇产科学(临床版)[M]. 北京:人民卫生出版社,2011;574-578.

[4] 夏良斌,李爱斌,杨菁,等. 宫腔镜术后宫腔持续放置球囊导尿管治疗重度宫腔粘连 312 例疗效分析[J]. 实用医学杂志, 2006,22(16):1870-1872.

[5] 夏恩兰. 宫腔镜学及图谱[M]. 郑州:河南科学技术出版社, 2003;231-260.

[6] 袁涛,王清,祁丽亚. 补佳乐配合安宫黄体酮治疗宫腔粘连 30 例临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2010, 25(32):4803-4804.

[7] 张莘,张丙忠,冯淑英,等. 补佳乐用于防止再次宫腔粘连的疗效观察[J]. 中国妇幼保健, 2010, 25(4):559-560.

收稿日期:2012-06-12 修回日期:2012-08-13
本文编辑:孙立杰