

# 腹腔镜子宫动脉阻断术联合放置左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫腺肌病的临床效果分析

王静, 罗小琼<sup>①</sup>, 陈升才

(右江民族医学院附属医院妇一科, 广西 百色 533000 E-mail: jingwangyyfy@sina.com)

**摘要:** **目的** 分析腹腔镜子宫动脉阻断术联合放置左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫腺肌病的临床效果。**方法** 选取 2012 年 1 月~2015 年 1 月我院收治的 88 例子宫腺肌病患者为研究对象, 根据治疗方法的不同分为观察组(44 例)和对照组(44 例), 观察两组患者临床疗效、临床指标及术后不良反应发生情况。**结果** 治疗后 3 个月, 观察组患者治疗有效率为 95.45%, 高于对照组治疗有效率(79.55%); 观察组患者子宫内膜厚度、血清 CA125 水平、痛经程度、月经量、生活质量指标改善均优于对照组, 两组比较差异均具有统计学意义( $P < 0.001$ )。观察组患者不良反应发生率为 15.91%, 低于对照组的 18.18%, 两组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论** 腹腔镜子宫动脉阻断术联合放置左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫腺肌病较腹腔镜子宫动脉阻断术治疗效果好, 更利于缓解患者痛经程度, 提高患者生活质量。

**关键词:** 子宫腺肌病; 腹腔镜; 子宫动脉阻断术; 左炔诺孕酮宫内缓释系统; 临床效果

**中图分类号:** R713 **文献标识码:** A **文章编号:** 1001-5817(2015)06-0803-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2015.06.015

子宫腺肌病指子宫内膜腺体和间质侵入子宫肌层形成弥漫或局限性的病变。子宫腺肌病在临床上主要表现为痛经和月经过多<sup>[1]</sup>, 好发于 30~50 岁妇女。据流行病学统计资料显示, 我国妇女子宫腺肌病的发病率呈逐年上升趋势, 且发病年龄呈年轻化趋势。过去子宫腺肌病的治疗主要以切除子宫为主, 但随着患病人群年轻化趋势, 许多年轻女性未生育, 要求保留生育功能或保留器官完整性的愿望越发强烈<sup>[2]</sup>, 故探索出一种既能有效改善症状又能避免切除子宫, 保留器官完整性的治疗方法一直是临床医师亟待攻克的课题。为进一步明确腹腔镜子宫动脉阻断术联合放置左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫腺肌病的临床效果, 本研究对 2012 年 1 月~2015 年 1 月我院收治的 88 例子宫腺肌病患者进行相关研究, 现报道如下:

## 1 资料和方法

**1.1 病例资料** 选取 2012 年 1 月~2015 年 1 月我院收治的 88 例子宫腺肌病患者为研究对象, 参照子宫腺肌病的诊疗标准<sup>[3]</sup>, 所有病例均根据临床症状、妇科检查、阴式彩超及 CT 诊断为子宫腺肌病, 同时均有保留子宫的要求。排除标准: 合并其他严重内科疾病, 严重肝肾功能不全; 子宫内膜癌患者; 单纯子宫肌瘤患者; 左炔诺孕酮禁忌证者。其中采用腹腔镜子宫动脉阻断术联合放置左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗的为观察组(44 例), 仅采用腹腔镜子宫动脉阻断术治疗的为对照组(44 例)。观察组患者年龄 25~52 岁, 平均年龄(39.8±3.5)岁; 病程 12~25 个月, 平均病程(18.6±

4.2)个月。对照组患者年龄 26~51 岁, 平均年龄(40.2±3.7)岁; 病程 12~23 个月, 平均病程(17.9±4.8)个月。两组在年龄、病程等基本资料方面比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

**1.2 治疗方法** 观察组采用腹腔镜子宫动脉阻断术联合放置左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗方法治疗, 对照组采用单纯腹腔镜子宫动脉阻断术治疗。

**1.2.1 腹腔镜子宫动脉阻断手术方法** 采用全身麻醉, 在脐孔上方约 1 cm 做小切口, 将 CO<sub>2</sub> 气体充入而建立气腹及闭合式腹部穿刺, 探查盆、腹腔, 记录子宫大小, 经阴道放置举宫器以便操作。将举宫器前举并偏向一侧, 子宫旁宫骶韧带 2 cm 处打开阔韧带后叶, 于输尿管外侧打开腹膜, 分离至近宫旁, 游离出子宫动静脉, 于近端双极电凝或用钛夹夹闭子宫动脉阻断血流。同法处理对侧子宫动静脉, 此时子宫因缺血变成暗紫色。完成后, 检查输尿管的蠕动情况。术后按腹腔镜手术后常规护理<sup>[4]</sup>。

**1.2.2 左炔诺孕酮宫内缓释系统放置方法** 于月经来潮后第 4~7 d 在宫腔中放置左炔诺孕酮宫内缓释系统 IUD。整个过程在彩超监控下实施, 所有操作步骤严格按照左炔诺孕酮宫内缓释系统 IUD 说明书进行。术后对患者进行彩超检查, 确认 IUD 位置放置正确。于宫颈口外常规留置约 1.5 cm 长的尾丝, 以便于日后取出<sup>[5]</sup>。

**1.3 观察指标及评价标准** 对患者进行为期 3 个月的随访, 资料完整。观察两组患者治疗前及治疗 3 个

<sup>①</sup> 通讯作者, E-mail: nongbb@126.com

月后的临床疗效、子宫内膜厚度、血清 CA125 水平、痛经程度、月经量、生活质量及术后不良反应发生情况。(1)临床疗效:①有效:治疗后痛经消失或显著减轻,经量恢复正常或减少,子宫及病灶缩小或无明显增大。②无效:痛经于治疗前无变化甚至加重,月经量无改变,子宫及病灶无缩小或继续增大。(2)子宫内膜厚度:经阴道彩色 B 超测量子宫内膜厚度;(3)血清 CA125 水平:外周静脉血测定血清 CA125 水平;(4)痛经程度<sup>[6]</sup>:采用语言描述评分(VRS)法评定痛经程度,得分范围为 0~3 分,得分越高则表示该测量者痛经越严重;(5)月经量:采用月经失血图(PBAC)对月经量进行评价;(6)生活质量评定:采用 TDL 生活质量测定表(TDL-QOLAS),得分范围为 20~100 分,得分越高生活质量越好<sup>[7]</sup>。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 18.0 软件对数据进行分析,计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,计量资料的两组间比较采用  $t$  检验,计数资料的两组间比较采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

表 2 两组患者治疗前后相关指标变化情况比较  $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	子宫内膜厚度(cm)		血清 CA125 水平(U/ml)		痛经程度(分)		月经量(ml)		生活质量(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	44	0.83±0.31	0.62±0.12	42.35±9.87	31.67±6.23	2.51±0.32	0.96±0.15	178.65±13.48	70.62±7.23	62.66±5.18	82.63±7.53
对照组	44	0.85±0.36	0.77±0.11	41.62±10.03	37.56±7.45	2.58±0.41	1.78±0.37	179.12±12.89	87.82±10.74	60.34±6.05	73.46±8.22
t		0.276	6.047	0.340	3.968	0.880	13.351	0.165	8.671	1.906	5.387
P		0.784	<0.001	0.735	<0.001	0.382	<0.001	0.870	<0.001	0.060	<0.001

2.3 两组患者术后不良反应发生情况比较 据统计,治疗期间及治疗 3 个月后观察组中有 2 例患者出现下腹部疼痛,2 例患者出现少量阴道不规则流血;3 例患者出现左炔诺孕酮宫内缓释系统脱落或下移,不良反应发生率为 15.91%(7/44);对照组中有 2 例患者出现发热症状,有 6 例患者出现下腹部疼痛,不良反应发生率为 18.18%(8/44)。所有患者经对症处理后,症状缓解且均可耐受。两组患者术后不良反应发生率比较差异无统计学意义( $\chi^2=0.080, P=0.777$ )。

### 3 讨论

子宫腺肌病是常见的妇科良性疾病之一,目前其病因及发病机制尚未清楚,治疗子宫腺肌病最为彻底的方法是通过手术切除子宫,但近年来研究表明,通过切除子宫虽可彻底清除病灶,有效治疗子宫腺肌病的同时也不可避免地带来多种并发症,如丧失生育功能、围绝经期症状提前、盆底功能障碍等,导致患者生活质量下降<sup>[8]</sup>,临床上子宫腺肌病的治疗越来越倾向于安全有效的保守治疗。

随着医疗技术的不断进步,腹腔镜子宫动脉阻断术不断成熟,有学者提出可将腹腔镜子宫动脉阻断术

## 2 结果

2.1 两组患者治疗后临床疗效比较 如表 1 所示,观察组患者治疗有效率为 95.45%,高于对照组的治療有效率 79.55%,两组比较差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 1 两组患者治疗后临床疗效比较 (n,%)

组别	n	有效	无效	有效率
观察组	44	42	2	95.45
对照组	44	35	9	79.55

注: $\chi^2=5.091, P=0.024$

2.2 两组患者治疗前后相关指标变化情况比较 如表 2 所示,治疗前两组患者相关指标比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),治疗后 3 个月,观察组患者子宫内膜厚度、血清 CA125 水平、痛经程度、月经量、生活质量指标变化均优于对照组,两组比较差异具有统计学意义( $P < 0.001$ )。

用于子宫腺肌病的治疗<sup>[9]</sup>。原因在于,子宫腺肌病患者发生痛经的机制与病灶局部的生物活性物质、神经纤维和炎症介质等因子的表达和相互作用有关<sup>[10]</sup>,通过腹腔镜子宫动脉阻断术阻断双侧子宫动脉,使子宫血流量迅速减少 90%左右,子宫内血流较慢、停滞,小血管内血栓形成,组织缺氧,使宫内的病灶缺血、坏死、吸收,减少病灶局部生物活性物质、神经纤维和炎症介质等因子的表达<sup>[11]</sup>,而子宫依旧可靠周边的交通支血管重新建立血流,恢复功能,从而达到治疗和保留子宫的目的。故观察组和对照组均可达到一定的有效率,治疗后相关指标也较治疗前好转。但腹腔镜子宫动脉阻断术治疗子宫腺肌病患者远期易复发,治疗效果不够理想。

左炔诺孕酮宫内缓释系统为宫内节育系统,其主要成分为左炔诺孕酮,是一种全合成的强效抗雌激素活性的孕激素,可直接作用于子宫内膜,对子宫内膜转化显示极强的孕激素活性,使子宫内膜对血液循环中的雌二醇失去敏感性,子宫内膜变薄,内膜上皮细胞呈低柱形,分泌功能不良,从而发挥强力的内膜增生拮抗作

(下转第 808 页)

衡量一个国家或地区围产水平和人口素质高低的重要指标<sup>[2]</sup>。实践证明高剖宫产率对产妇和新生儿生命安全造成威胁,医患纠纷随及发生,而且影响着社会的安定团结。为此,下一阶段需继续开展的工作为:①以《母婴保健技术服务执业许可证》换证为契机,按照同一标准要求依法准入,取消接产量较少医院的助产技术服务资质,积极做好妇产科室先进设备添置、增设产科床位等准备,从容应对政策调整可能带来的住院分娩压力。②致力于助产人员的理论知识学习与操作技能培训,尤其是瘢痕子宫再次分娩方式的研究,采取中长期培训进修等形式着力提高助产技术服务水平。加强产科管理并在落实《剖宫产手术的专家共识 2014》上下功夫<sup>[4]</sup>,正确看待降低剖宫产率所面临的严峻挑战,严格掌握剖宫产指征,认真执行剖宫产手术审批制。③强化产科质量评价考核,将助产技术准入与年度考核,爱婴医院创建与复查评估等相结合,常态化开展定期质量督查,把降低剖宫产率与医院资质和医务人员从业资格准入相挂钩。④加强产前保健及宣教,开展家庭产房及一名助产医生全程守护一名产妇的“一对一”服务,尽可能把产房布置温馨,减轻产妇的恐惧、孤独感;开展无痛分娩技术,帮助产妇建立阴道分

娩信心,减少因产痛所带来的生理负担<sup>[5]</sup>,促使产妇树立正确的分娩观,支持保护、促进自然分娩。⑤大力推进卫生法制法规健全,保证医疗方案的选择和认真实施<sup>[6]</sup>。形成多措并举综合管理态势,在确保医疗安全的前提下稳步降低剖宫产率。

#### 参考文献:

- [1] Althabe F, Belizan JM. Caesarean Section: the paradox [J]. Lancet, 2006, 368(9546):1472.
- [2] 侯磊,李光辉,邹丽颖,等.全国剖宫产率及剖宫产指征构成比调查的多中心研究[J].中华妇产科杂志,2014,49(10):728-735.
- [3] 杨慧霞.他山之石,可以攻玉:《安全避免初次剖宫产》一文引发的思考[J].中华围产医学杂志,2014,17(4):217.
- [4] 张为远.促进阴道分娩 降低剖宫产率 产科面临的严峻挑战 [J].中华妇产科杂志,2014,49(10):725-727.
- [5] 利燕波.剖宫产指征变化及剖宫产率对新生儿重度窒息的影响[J].右江民族医学院学报,2004,26(4):708-709.
- [6] 杨柳,曹静,冉隆蓉,等.成都市 2011 年助产服务机构剖宫产率现状及情况分析[J].中华妇产科计划生育和妇产科杂志,2012,4(3):71-76.

收稿日期:2015-10-30;修回日期:2015-12-07

(上接第 804 页)

用,减少了出血刺激,从而缓解痛经<sup>[12]</sup>。腹腔镜子宫动脉阻断术联合放置左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫腺肌病,均可直接作用于子宫内膜,起到协同作用,可有效降低子宫内膜增生能力,有效缓解患者痛经症状,改善月经量过多症状。故观察组患者有效率及相关指标均优于对照组( $P < 0.05$  或  $P < 0.001$ )。由于对子宫内膜有很强的抑制作用,可导致患者月经出血持续时间延长,易造成阴道不规则出血<sup>[13]</sup>,随访发现观察组中有 2 例患者出现少量阴道不规则流血,但所有患者经过对症处理后症状缓解且均可耐受,说明左炔诺孕酮宫内缓释系统安全性较高。

综上所述,腹腔镜子宫动脉阻断术治疗子宫腺肌病患者具有一定的疗效,但患者远期易复发,而腹腔镜子宫动脉阻断术联合放置左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫腺肌病能有效提高临床疗效,有效缓解患者痛经症状,改善月经量过多症状,安全系数也较高,值得在临床上推广应用。

#### 参考文献:

- [1] 黄国琴.曼月乐治疗子宫腺肌病的临床观察[J].右江民族医学院学报,2011,33(3):313-314.
- [2] 谢仲秋.子宫动脉阻断术治疗子宫腺肌病疗效分析[J].中国临床研究,2014,27(3):323-324.
- [3] 苟文丽.妇产科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:110-132.

- [4] 高霞,周玉萍,张毅,等.腹腔镜不同术式治疗子宫腺肌病的临床疗效[J].中国妇幼保健,2013,28(29):4886-4888.
- [5] 王燕,吴莺,李艳丽,等.超声消融技术与腹腔镜下病灶剔除联合子宫动脉阻断术治疗子宫腺肌病的疗效比较[J].重庆医学,2014,43(2):139-141.
- [6] 李洪玲,杨菁.子宫腺肌病患者使用曼月乐治疗长期随访分析[J].职业与健康,2015,31(1):138-140.
- [7] 张露丹,刘玉玲.曼月乐治疗子宫腺肌病的临床疗效分析[J].中国妇幼保健,2012,27(19):2934-2936.
- [8] 乐儒,彭松.子宫腺肌病联合治疗进展[J].现代医药卫生,2015,31(6):841-843.
- [9] 杨志永.腹腔镜子宫动脉阻断术治疗子宫腺肌病疗效分析[J].中华实用诊断与治疗杂志,2010,24(12):1227-1228.
- [10] 成九梅,段华,刘芸,等.腹腔镜下子宫腺肌病灶挖除及子宫动脉阻断治疗子宫腺肌病的长期疗效分析[J].北京医学,2014,36(1):19-23.
- [11] 李海霞,张师前.腹腔镜子宫动脉阻断术治疗子宫腺肌病的疗效分析[J].山西医科大学学报,2011,42(3):263-265.
- [12] 王慈英,张琦,周江妍,等.曼月乐治疗子宫腺肌病 98 例疗效分析[J].实用临床医学,2011,12(6):69-71.
- [13] 赵芳芳,蒋晓莉,孙燕,等.左炔诺孕酮宫内节育系统治疗子宫腺肌病 156 例临床分析[J].广西医科大学学报,2015,36(1):118-120.

收稿日期:2015-09-14;修回日期:2015-10-15