

宫腔镜术后应用雌激素预防宫腔再粘连效果观察

罗小琼,李悦

(右江民族医学院附属医院,广西 百色 533000 E-mail:nongbb@126.com)

摘 要: **目的** 探讨宫腔粘连分离术后雌孕激素两种用法预防再粘连的效果。**方法** 选择于本院实施宫腔粘连分离术的轻度($n=96$)、中度($n=82$)、重度($n=66$)宫腔粘连患者,轻、中、重度粘连患者再随机均分为实验组及对照组,两组均采用宫腔粘连分离术,对照组在术后给予大剂量雌激素加孕激素序贯疗法,实验组在术后给予大剂量雌激素 3 个月,最后 10 d 加用孕激素,分析对比两组的辅助治疗效果。**结果** 轻度、中度粘连实验组和对照组的有效率,差异无统计学意义($P>0.05$);重度粘连实验组的有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对于轻、中度宫腔粘连患者大剂量戊酸雌二醇的序贯疗法与连续应用无明显差异,但是对于重度患者,大剂量戊酸雌二醇的连续应用优于序贯疗法,而且对肝功能、凝血功能、血脂、血液流变学检查无明显影响。

关键词: 宫腔粘连; 戊酸雌二醇

中图分类号: R711.3

文献标识码: B

文章编号: 1001-5817(2016)04-0404-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2016.04.019

宫腔粘连(Asherman 综合征)是由于多次人流及宫腔感染、各种宫腔手术等导致子宫内膜的损伤而形成的宫腔部分或全部粘连^[1],患者表现为经量减少甚至闭经,伴有周期性的腹痛,不孕不育等,对妇女的身体健康尤其是生育健康造成不良的影响。目前,随着宫腔镜的广泛运用,宫腔粘连的患者得到了有效地治疗,但是宫腔粘连患者尤其重度粘连的复发率高,术后除宫腔放置宫内节育器外,还需给予雌激素辅助治疗,本研究通过术后应用不同方式雌激素治疗来巩固宫腔粘连分离术的临床疗效,并分析不同方式激素治疗的优缺点,现分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2013 年 1 月~2015 年 1 月在本院住院经宫腔镜检查确诊为宫腔粘连的患者。诊断标准采用 2000 年 Nasr^[2]等提出的宫腔镜下的评分系统,按 MARCH 分类,分为轻、中、重度粘连,根据术后预防粘连的方法将研究对象随机分为实验组及对照组,实验组 122 例,年龄为 22~45 岁,平均年龄为(32.6 ± 2.54)岁,对照组 122 例,年龄为 24~48 岁,平均年龄为(32.5 ± 2.88)岁。其中轻度粘连患者 96 例,实验组及对照组各 48 例,实验组为 23~43 岁,平均年龄为(31.6 ± 2.59)岁,对照组年龄为 25~48 岁,平均年龄为(32.5 ± 2.65)岁。中度粘连 82 例,实验组及对照组各 41 例,实验组年龄为 22~44 岁,平均年龄为(30.6 ± 2.67)岁,对照组年龄为 27~42 岁,平均年龄为(32.7 ± 2.08)岁。重度粘连 66 例,实验组及对照组各 33 例,实验组年龄为 28~45 岁,平均年龄为(32.9 ± 2.66)岁,对照组年龄为 29~46 岁,平均年龄为(33.7 ± 2.76)岁。轻度、中度、重度粘连患者中各实验组和对照组的年龄、病龄等基本情况差异无统计

学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对轻度、中度、重度粘连患者均行宫腔镜分离术,在彩超监护下手术,手术器械采用 Olympus 等离子双极宫腔电切镜,手术方式采用钝性分离和电切相结合,手术步骤如下:首先,宫腔镜检查患者的宫腔情况,包括宫颈管、宫腔形态、宫底和宫角及输卵管开口等,判断患者宫腔的粘连程度;其次,手术电切分离直至宫腔恢复正常形态并且内膜达到平整;最后,术后给予宫腔注入医用凡士林 2 ml 防粘连,根据宫腔大小放置不同型号的金属元宫环。对照组术后第 2 d 口服戊酸雌二醇(补佳乐)6 mg/d,共 21 d,最后 10 d 加服黄体酮 200 mg/d,共 3 个月。实验组术后第 2 d 予戊酸雌二醇 10 mg/d,连续 3 个月,第 3 个月最后 10 d 加服黄体酮 200 mg/d。术后每个月随访 1 次,随访内容包括术后月经量、肝功能、凝血功能、血脂、血液流变学检查等,3 个月后宫腔镜检查宫腔情况。

1.3 疗效的评定 根据宫腔镜检查的结果和月经量的情况进行疗效评价^[3],治愈:宫腔呈正常形态,内膜表面平整,双侧输卵管开口清晰可见,月经量恢复正常;好转:宫腔分离较术前明显增大,但仍有部分粘连,月经量较术前增多,但仍较既往正常时少;无效:宫腔分离较术前无变化,月经未恢复。其中治愈和好转定义为有效。计算有效率。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 17.0 软件包进行统计学分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 宫腔镜术后患者的一般情况 两组患者均成功完成手术,无子宫穿孔、破裂,无邻近组织的热损伤等并发症,术中、术后生命体征平稳。

2.2 宫腔粘连术后应用戊酸雌二醇不同方式治疗的疗效比较 轻度、中度宫腔粘连对照组、实验组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。重度宫腔粘连患者对照组、实验组有效率比较差异有统计学意义($\chi^2=4.243, P=0.039$),见表 1。

表 1 宫腔粘连术后应用戊酸雌二醇不同方式治疗的疗效比较 (n, %)

组别	n	治愈	好转	无效	有效
轻度粘连					
对照组	48	44(91.67)	4(8.33)	0(0)	48(100.00)
实验组	48	43(89.58)	5(10.41)	0(0)	48(100.00)
中度粘连					
对照组	41	31(75.60)	9(21.95)	1(2.43)	40(97.56)
实验组	41	31(75.60)	10(24.39)	0(0)	42(100.00)
重度粘连					
对照组	33	18(54.55)	7(21.21)	8(24.24)	25(75.76)
实验组	33	23(69.70)	8(24.24)	2(6.06)	31(93.94)

2.3 不良反应情况 实验组中,有 1 例患者服雌激素期间有突破性出血,中途改为序贯疗法。所有患者服用戊酸雌二醇 3 个月中,每个月复查肝功能、凝血功能、血脂、血液流变学检查,除对照组中 1 例患者因血 ALT 明显增高需服用护肝药物外,其余各项指标均无明显异常。服药期间无一例患者出现血栓性疾病。

3 讨论

据有关资料表明,90%以上的宫腔粘连患者发生在人流术后,其次为各种宫腔手术,如取环术、诊刮术、宫腔镜下子宫内膜息肉电切、内膜电切、黏膜下肌瘤电切等手术均可导致宫腔粘连。以上手术后导致子宫内膜基底层损伤,纤维蛋白原渗出、沉积后发生粘连,同时因为供应子宫内膜的动脉血管修复缺损,导致雌激素应答不足,而低雌激素状态也可能促进宫腔粘连的再形成^[4]。

目前宫腔镜作为宫腔粘连治疗的标准方法,是一种非常行之有效的方式,但从以上研究表明,术后轻、中、重度患者均可能发生再粘连,重度患者发生再次粘连的可能性大,故如何预防再粘连,是临床研究中的一个重点内容。在宫腔镜手术后于宫腔内放置节育器防止再次粘连,是广泛使用、有效的方法,一般至少放置 3 个月^[5-6]。但在经过大量的临床实践后发现,不管是哪种类型的宫内节育器,在宫腔中所占的面积都是有限的,不能完全分离子宫前后壁,子宫前后壁在除宫内节育器所在之处外仍有可能再次粘连,并且在取环的时候还可能进一步引发粘连。

促进子宫内膜的生长是改善宫腔粘连尤其是重度

宫腔粘连预后的关键。在雌激素的作用下,子宫内膜生长、增厚,表现为增殖期的改变,雌激素与子宫内膜上的受体结合,刺激子宫内膜快速生长,从而迅速覆盖粘连处的纤维化瘢痕,加速裸露区上皮化^[7],使之不相互重新粘连,随着新生内膜的生长,就可以恢复宫腔正常形态,进而达到改善月经量的效果。大量研究表明,小剂量雌激素对子宫内膜修复效果不佳,大剂量雌激素才能明显促进子宫内膜的增生^[8],戊酸雌二醇是临床常用的一种外源性雌激素,是天然雌激素 17 β -雌二醇的前体。临床上常用的应用有大剂量雌激素加孕激素序贯疗法,大剂量雌激素 3 个月,最后 10 d 加用孕激素两种方法,本研究对这两种方法进行了比较研究,对于轻中度患者,实验组和对照组的有效率差异无统计学意义($P>0.05$);对于重度患者,实验组和对照组的有效率差异有统计学意义($P<0.05$)。实验组中,有 1 例患者服雌激素期间有突破性出血,中途改为序贯疗法。对照组中,1 例患者血 ALT 明显增高。

综上所述,应用大剂量的戊酸雌二醇可明显改善重度宫腔粘连的预后,对于轻中度患者,序贯疗法与连续应用无明显差异,对于闭经的患者,在治疗后近期内恢复月经,增强患者对抗疾病的信心,有在临床推广应用的意义;对于重度患者,连续应用优于序贯疗法,且无明显不良反应,短期应用是安全可靠的。

参考文献:

[1] 谢幸,苟文丽. 妇产科学[J]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2013:354—355.

[2] Nasr AL, Al-Inany HG, Thabet SM, et al. A clinico-hysteroscopic scoring system of intrauterine adhesions [J]. Gynecol Obstet Invest, 2000, 50(3):178—181.

[3] 常亚杰, 张祖威, 陈玉清. 中重度宫腔粘连电切术后辅以人工周期治疗临床疗效观察[J]. 中山大学学报, 2013, 34(1):104—108.

[4] Deans R, Abbott J. Review of intrauterine adhesions[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2010, 17(5):555—569.

[5] 申爱荣, 刘琼丽. 重度宫腔粘连分离术后预防再粘方法的比较[J]. 中国妇产科临床杂志, 2010, 11(1):25—27.

[6] 王瑾, 李静, 谭国清, 等. 宫腔镜诊治宫腔粘连 35 例临床分析[J]. 右江民族医学院学报, 2011, 33(4):479—480.

[7] Yu D, Wong YM, Cheong Y, et al. Asherman syndrome—one century later[J]. Fertil Steril, 2008, 89(4):759—779.

[8] 刘玉环, 赵玉婷, 蒋东桥, 等. 大剂量雌激素对中重度宫腔粘连预后的影响[J]. 山东医药, 2012, 52(12):14—16.

收稿日期:2016—04—24;修回日期:2016—05—10