

• 临床论著 •

B 超和(或)腹腔镜监护下宫腔镜诊治 宫腔粘连 108 例分析

成九梅 靳琳^① 夏恩兰 段华

首都医科大学附属复兴医院宫腔镜中心(北京, 100038)

【摘要】 目的 探讨宫腔镜诊断和治疗宫腔粘连的安全性和有效性。方法 回顾分析 1998 年 1 月~2002 年 8 月在我中心 B 超和(或)腹腔镜监护下行宫腔镜子宫粘连切除术(transcervical resection of adhesions, TCRA)108 例的临床资料。结果 术中 B 超监护 59 例, B 超和腹腔镜联合监护 49 例, 并发症 7 例(3 例出血, 4 例子宫穿孔), 经适当处理后全部治愈。随访 84 例总有效率 82.1%(69/84), 以闭经、月经减少及月经紊乱就诊者有效率 87.0%(40/46), 以不孕及习惯性流产就诊者有效率 42.9%(6/14), 以腹痛及取环失败等就诊者有效率 95.8%(23/24)。结论 宫腔镜诊断和治疗宫腔粘连是一种微创有效的方法, B 超和(或)腹腔镜监护是手术安全和成功的保障。

【关键词】 宫腔镜; 宫腔粘连; B 超; 腹腔镜

中图分类号: R713.4

文献标识: A

文章编号: 1009-6604(2004)01-0055-03

Hysteroscopy under B-ultrasound and(or) laparoscopic monitoring in the treatment of intrauterine adhesions: Analysis of 108 cases Cheng Jiumei*, Jin Lin, Xia Enlan, et al.* Hysteroscopic Center, Affiliated Fuxing Hospital of Capital University of Medical Sciences, Beijing 100038, China

【Abstract】 Objective To discuss the safety and efficacy of hysteroscopy in the diagnosis and treatment of intrauterine adhesions (IUA). Methods Clinical data of 108 patients who had been treated by transcervical resection of adhesions (TCRA) under B-ultrasound and/or laparoscopic monitoring from January 1998 to August 2002 in this center were reviewed.

Results Intraoperative B-ultrasound monitoring was used in 59 cases and B-ultrasound combined with laparoscopic monitoring was used in 49 cases. Complications occurred in 7 cases (3 cases of hemorrhage and 4 cases of uterine perforation) and were cured after proper treatment. Follow-up checkups in 84 cases showed a total effective rate of 82.1% (69/84). The effective rate in patients with a menorrhagia, hypomenorrhagia and irregular menstruation was 87.0% (40/46), in patients with infertility and habitual abortion was 42.9% (6/14), and in patients with abdominal pain and failing to remove IUD was 95.8% (23/24). **Conclusions** Diagnosis and treatment of IUA by hysteroscopy is microtraumatic and effective. B-ultrasound and/or laparoscopic monitoring is the key to the operation safety and success.

【Key Words】 Hysteroscopy; Intrauterine adhesions; B-ultrasound; Laparoscopy

宫腔粘连(intrauterine adhesions, IUA)是指因各种原因导致的子宫内层损伤,引起子宫肌壁的相互粘连,临床表现腹痛、闭经及不孕等症状。随着宫腔镜技术的发展,宫腔镜诊治宫腔粘连有了新的突破。经宫颈子宫粘连切除术(transcervical resection of adhesions, TCRA)是直视下有针对性的分离或切除宫腔粘连,患者术后恢复正常月经,改善妊娠及分娩结果,成为治疗宫腔粘连的标准方法。现就我院 1998 年 1 月~2002 年 8 月宫腔镜诊治宫腔粘连 108 例的临床资料进行分析,报道如下。

临床资料与方法

一、一般资料

本组 108 例(由子宫内层结核引起的 IUA 除外),年龄 23~76 岁,平均 34.8 岁。育龄 98 例,绝经 10 例。就诊原因:闭经或月经量减少 50 例(46.3%),不孕 18 例(16.7%),腹痛 12 例(11.1%),绝经后取环失败 9 例(8.3%),月经紊乱 8 例(7.4%),习惯性流产 5 例(4.6%),其他 6 例

(5.6%)。病史中有各种宫腔及宫颈手术史(包括人流,因药流失败、自然流产、引产、葡萄胎、足月分娩及剖宫产后清宫,因子宫异常出血诊断性刮宫,因功能性出血行经宫颈子宫内层去除术,宫颈糜烂激光手术,宫颈肌瘤剔除术)93 例(86.1%),其中宫腔操作 1 次 28 例,2 次 28 例,≥3 次 34 例,最多 1 例达 10 次,有宫颈手术史 3 例。

二、方法

1. 手术器械 Olympus HYF-P 型及 HYF-IT 型纤维宫腔镜和 4.5 mm 连续灌流宫腔镜检查镜。Olympus 24 F、27 F 被动式连续灌流可旋转电切镜。灌流液为 5% 葡萄糖液或 5% 甘露醇液。宫腔镜检查及术中 B 超监护应用日本 Aloka-210、RT2600 实时线阵超声仪及 RT3000 扇扫超声仪,探头频率为 3.5 MHz。Olympus 电子腹腔镜系列。

2. 手术方法

(1)术前准备 术前晚常规放置宫颈扩张棒以软化和扩张宫颈,因宫颈坚硬、萎缩、粘连放置宫颈扩张棒困难者,阴道后穹隆放置米索前列醇 400 μg。B 超监护手术采用连续

硬膜外麻醉 59 例,腹腔镜监护者采用全麻 49 例。

(2)腹腔镜检查术 全部病例用 2%利多卡因宫颈局部浸润麻醉,膨宫压力 100 mmHg,灌流液流速 260 ml/min。诊断宫颈粘连 10 例,宫腔粘连 98 例,诊断标准按美国 IUA 分类标准^[1]进行分类:轻度粘连 19 例,中度粘连 49 例,重度粘连 30 例。

(3)腹腔镜电切术 常规宫颈扩张器扩张宫颈至 10.5~11.5 号,设定膨宫压力 100 mmHg,流速 260~300 ml/min。针状电极划开宫颈及宫腔粘连并打开宫腔,环状电极切取粘连组织并送病理检查。合并子宫内息肉、子宫纵隔及节育器嵌顿者同时行经宫颈子宫内息肉切除术(transcervical resection of polyp,TCRP)、经宫颈子宫纵隔切除术(transcervical resection of septa,TCRS)及取环术(R-IUD),腹腔镜监护发现盆腔异常也一并作相应处理(如卵巢囊肿剥除术,盆腔粘连松解术等),术毕宫腔形态基本恢复正常。宫腔镜下止血困难者术毕宫腔置 Foley 导尿管,注水 10~20 ml 压迫止血,术后 6~12 h 酌情取出。除绝经后宫腔粘连节育器嵌顿者行 TCRA 联合 R-IUD 外,其余病例 TCRA 术后常规置宫内节育器一枚,并行人工周期 2~3 个月。全部病例预防感染治疗 5~7 d。因不孕就诊者(或有生育要求者)人工周期 2~3 个月后二次腹腔镜检查并取环试妊娠。

(4)术中监护 全部病例先行 B 超检查,探查子宫位置、大小,子宫壁厚度,宫腔线位置及断失情况。B 超引导下置镜,沿子宫中轴水平切除粘连组织,观察电切形成的强回声光带是否居中^[2],监视子宫壁厚度变化及切割镜位置,观察子宫周围有无液性暗区及其变化情况,如短时间内液性暗区迅速扩大,提示可能有子宫穿孔。B 超和腹腔镜联合监护者,腹腔镜下可以直接观察子宫浆膜面的变化,在腹腔镜电极切割过程中,一旦出现切割过深即将发生子宫穿孔,由于局部组织受热传导在子宫浆膜面产生水泡,或在腹腔镜下看到腹腔镜透出光亮,则提示即将子宫穿孔,应立即停止腹腔镜的局部操作。

3. 疗效评定标准与随访

常规于术后 1、2、3 个月及术后半年进行随访,以后每半年随访一次。评定标准:有效:闭经者月经恢复持续 3 个月,月经减少者月经增多一倍持续 3 个月,月经紊乱者月经周期正常持续 3 个月,不孕患者妊娠,习惯性流产患者妊娠至妊娠中晚期,腹痛患者疼痛消失;反之无效。

结 果

1. 宫腔粘连与病理结果

68 例粘连组织病理结果见表 1。本组宫腔粘连组织病理检查以肌性粘连最多 37 例,结缔组织粘连次之 21 例,膜性粘连最少 10 例,并且重度粘连以纤维结缔组织粘连为主,中度粘连以肌性粘连为主,而轻度粘连多为膜性粘连。

表 1 68 例宫腔粘连程度与病理结果

粘连程度	病理结果			合计
	膜性粘连	肌性粘连	结缔组织粘连	
轻度粘连	8	3	0	11
中度粘连	2	30	4	36
重度粘连	0	4	17	21
合计	10	37	21	68
χ^2 值		59.304		
P 值		0.000		

2. 宫腔粘连程度与月经异常关系

本组以闭经、月经减少及月经紊乱就诊 58 例,宫腔粘连程度与月经异常关系见表 2。闭经 29 例以中、重度宫腔粘连为主,月经减少 27 例以轻度粘连为主,月经紊乱 8 例以轻、中度宫腔粘连为主。

表 2 58 例宫腔粘连程度与月经异常关系

粘连程度	闭经	月经减少	月经紊乱	合计
轻度粘连	0	6	3	9
中度粘连	13	14	5	32
重度粘连	16	1	0	17
合计	29	21	8	58
χ^2 值		30.373		
P 值		0.000		

3. 宫腔粘连程度与手术史关系

本组 93 例有宫腔、宫颈手术史(宫颈手术史 3 例),占全部病例 86.1%,二者关系见表 3。宫腔粘连程度与宫腔操作次数无一定关系,即使仅有一次宫腔操作也可导致严重宫腔粘连。

表 3 93 例宫腔粘连程度与手术史关系

粘连程度	宫腔操作次数			合计
	1 次	2 次	≥3 次	
轻度粘连	7	5	7	19
中度粘连	15	15	14	44
重度粘连	6	8	13	27
合计	28	28	34	90
χ^2 值		2.484		
P 值		0.648		

4. 宫腔粘连手术中监护与并发症

本组 B 超监护 59 例,腹腔镜监护 49 例,术中出现并发症 7 例:宫腔镜下止血困难 3 例,术毕球囊压迫止血好转;子宫穿孔 4 例,其中 2 例腹腔镜监护发现宫底部不全穿孔,腹腔镜下 1 号可吸收线 8 字缝合 1 针,另 2 例为外院取 IUD 失败,宫颈粘连,B 超扩宫置镜后在子宫周围迅速出现液性暗区,镜下取出 IUD 后,B 超引导下下行后穹窿穿刺抽出后穹窿积液,术后用宫缩剂、止血剂,经过平稳。术后宫腔再粘连 4 例,行二次 TCRA 手术,无术后感染病例。

5. 随访结果

随访 84 例,时间 3~49 个月,平均 11 个月。有效 69 例(82.1%),无效 15 例(17.9%),见表 4。

表 4 84 例宫腔粘连随访结果

临床症状	有效	无效
闭经、月经减少、月经紊乱(n=46)	40	6
不孕、习惯性流产(n=14)	6	8
腹痛及取环失败等(n=24)	23	1
合计(n=84)	69	15

讨 论

1. 宫腔粘连的病因及预防

正常情况下,子宫腔的前后壁紧贴,但因内膜完整,即使月经时子宫内膜剥脱,也不会发生粘连,因为剥脱的只是子宫内膜的功能层,基底层仍保持完整^[3]。任何创伤引起子宫内膜基底层脱落和损伤均可导致子宫壁相互粘着形成粘连。文献报道^[4]90%以上的宫腔粘连由刮宫引起。本组 93 例有各种类型宫腔及宫颈手术操作史,占全部病例 86.1%,与文献报道相仿。近年来,由于人工流产、药物流产率增加,宫腔粘连发生率也随之增加,故应针对 IUA 的病因进行预防。首先后强调避孕,减少因人工流产或药物流产所致的宫腔操作;其次宫腔操作应避免粗暴及吸刮宫过度所致的医源性损伤,同时严格无菌操作,术后预防性应用抗生素。(下转第 58 页)

{上接第 56 页}

2. 宫腔镜诊治宫腔粘连效果的评价

凡有吸刮宫等宫腔操作史,发生闭经、月经过少伴腹痛不孕应首先考虑本病。宫腔镜问世以前,IUA 的诊断依靠病史、体检和子宫碘油造影,诊断率较低,宫腔镜诊断 IUA 提高了诊断率。过去 IUA 的治疗或是术者凭感觉和经验采用宫颈扩张、刮匙分离粘连带,或是开腹行 IUA 分离术。前者有盲目性且不能完全分离粘连,易造成子宫穿孔甚至脏器损伤;后者对患者的创伤大,疗效低。宫腔镜治疗 IUA 已取得比较满意的疗效,安全性好,创伤小,可以在直视下有针对性分离或切除宫腔粘连带,尽可能恢复患者的宫腔形态,使患者术后恢复正常月经周期,改善与提高妊娠及分娩结果。IUA 的治疗原则包括安全准确地分离粘连和预防分离后宫腔再粘连,促进内膜的改善修复和增生^[3,5],即 TCRA 术后放置宫内节育器,术后 2~3 个月取出,并应用人工周期治疗 2~3 个月以促进子宫内膜修复和再生,预防再次粘连。本组有效率为 82.1%(69/84),与国内外报道结果相仿。

3. 宫腔粘连宫腔镜手术并发症防治及 B 超与腹腔镜监护体会

宫腔镜手术最常见的并发症有子宫穿孔、低钠水中毒、出血和感染等,最严重的并发症是子宫穿孔、低钠水中毒及空气栓塞,如不及时发现并处理,将会出现严重后果甚至危及生命。本组 TCRA 手术 B 超监护 59 例,B 超和腹腔镜联合监护 49 例,术中发生并发症 7 例,其中出血 3 例,子宫穿孔 4 例。文献报道^[6]宫腔镜术中及术后出血,发生率为 0.25%,常发生在宫腔粘连切除深达子宫血管层时^[7]。本组 3 例出血,术毕球囊压迫止血取得良好效果,故该法不失为一良好的解决出血的治疗方法。

宫腔粘连行宫腔镜手术,难点在于切割不足达不到治疗

目的,而切割过深又会发生出血及穿孔,故术中监护尤为重要。就监护电切深度而言,B 超优于腹腔镜,切割近子宫浆膜面时,B 超显示宫壁较前明显变薄或宫体周围液体明显增加,则应及时停止手术。而腹腔镜监护可以及时发现子宫浆膜面起水泡或透光,提示子宫穿孔并进行缝合。本组 2 例腹腔镜监护发现子宫不全穿孔,及时进行缝合,避免了发生严重后果。故宫腔粘连的宫腔镜手术,B 超与腹腔镜联合监护,将有助于最大可能减少并及时处理并发症,确保手术成功。

参 考 文 献

- 1 夏恩兰,主编. 妇科内镜学. 北京:人民卫生出版社,2001. 106—107.
- 2 张丹,孟焱,张梅. 二维超声监视经宫颈子宫内膜电切术. 中华超声影像学杂志,1994,1:29—31.
- 3 陈如钧,江鱼,主编. 不孕不育治疗学. 上海:上海科学技术出版社,1995. 85.
- 4 夏恩兰,主编. 妇科内镜学. 北京:人民卫生出版社,2001. 169—175.
- 5 冯纘冲. 人工流产后子宫内粘连的宫腔镜诊断和治疗. 中国计划生育学杂志,1997,5(1):116.
- 6 Cooper JM, Brady RM. Intraoperative and early postoperative complications of operative hysteroscopy. Obstet Gynecol Clin North Am, 2000, 27(2): 347—366.
- 7 夏恩兰,夏恩菊,陈芳,等. 行宫腔镜手术发生严重并发症 35 例临床分析. 中华妇产科杂志,2001,10:596—598.

(收稿日期:2003—02—26)

(修回日期:2003—05—29)