

· 临床论著 ·

宫腔镜电切术治疗子宫黏膜下肌瘤及子宫内膜息肉

尹洁 刘柳 洪祖军

(江苏省南通瑞慈医院妇产科, 南通 226010)

【摘要】目的 探讨采用宫腔镜电切术治疗子宫黏膜下肌瘤及子宫内膜息肉的可行性、安全性及疗效。方法 2002 年 1 月~2004 年 7 月, 我院采用宫腔镜电切术治疗 38 例子宫黏膜下肌瘤和 40 例子宫内膜息肉, 其中经宫颈子宫肌瘤切除术(transcervical resection of myoma, TCRM) 31 例, TCRM 联合经宫颈子宫内膜切除术(transcervical resection of the endometrium, TCRE) 7 例, 经宫颈子宫内膜息肉切除术(transcervical resection of polyp, TCRP) 35 例, TCRP 联合 TCRE 5 例。结果 78 例均一次顺利完成手术。术中出血 ≥ 400 ml 2 例, 水中毒 1 例, 无子宫穿孔及术后感染。术后 1、3、6、12 个月随访, 术后 12 个月时进行手术效果评定, 闭经 8 例(10.3%), 点滴月经 12 例(15.4%), 少量月经 33 例(42.3%), 正常月经量 22 例(28.2%), 无改善 3 例(3.8%)。结论 宫腔镜电切术治疗子宫黏膜下肌瘤及子宫内膜息肉安全性高, 并发症少。

【关键词】 宫腔镜电切术; 子宫黏膜下肌瘤; 子宫内膜息肉

中图分类号 R737.33

文献标识 A

文章编号 1009-6604(2006)06-0456-03

Treatment of submucous leiomyomas and endometrial polyps by hysteroscopic resection Yin Jie, Liu Liu, Hong Zujun.
Department of Obstetrics & Gynecology, Nantong Rich Hospital, Nantong 226010, China

【Abstract】 Objective To study the feasibility, safety, and efficacy of hysteroscopic treatment of submucous leiomyomas and endometrial polyps. Methods Hysteroscopic resections were performed in 38 cases of submucous leiomyomas and 40 cases of endometrial polyps from January 2002 to July 2004, including 31 cases of transcervical resection of myoma(TCRM), 7 cases of TCRM combined with transcervical resection of the endometrium(TCRE), 35 cases of transcervical resection of polyp(TCRP), and 5 cases of TCRP combined with TCRE. Results The operation was completed smoothly on one session in all the 78 cases. The intraoperative blood loss was ≥ 400 ml in 2 cases. There were 1 case of overhydration. No uterine perforation or infection occurred after operation. The patients were followed at 1, 3, 6, and 12 months after operation, respectively, and the surgical outcomes were assessed at 12 postoperative months. Follow-up findings revealed 8 cases of amenorrhea (10.3%), 12 cases of irregular spotting (15.4%), 33 cases of hypomenorrhea (42.3%), 22 cases of normal menstrual flow (28.2%), and 3 cases of no improvement (3.8%). Conclusions Hysteroscopic resections for submucous leiomyomas and endometrial polyps offer advantages of good reliability and fewer complications, being worthy of recommendation.

【Key Words】 Hysteroscopy; Submucous leiomyoma; Endometrial polyp

子宫黏膜下肌瘤、子宫内膜息肉主要临床表现为经量增多、经期延长、经间不规则阴道流血、不孕, 甚至造成贫血等。宫腔镜手术既能切除肌瘤及内膜息肉, 控制出血, 又能保留子宫, 不影响卵巢功能。我院 2002 年 1 月~2004 年 7 月采用宫腔镜电切术治疗 38 例子宫黏膜下肌瘤及 40 例子宫内膜息肉, 取得满意效果, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 78 例, 年龄 22~67 岁, 平均 36 岁。已婚已育 69 例, 已婚未育 9 例。育龄妇女 66 例, 绝经妇女 12 例。黏膜下肌瘤 38 例(0 型 29 例, I 型 6 例, II 型 3 例), 直径 2~5(3.5 ± 1.7) cm; 子宫内膜

息肉 40 例。78 例均以异常子宫出血在我院行宫腔镜检查。子宫大小如孕 6~10 周。B 超及宫腔镜检查黏膜下肌瘤 1~3 枚, 蒂部直径 0.7~1.5 cm, 附着部位为宫体前、后壁或颈管内; 内膜息肉 1~4 枚, 形态舌状、指状。

病例选择标准: 月经过多或阴道不规则出血; 肌瘤直径 ≤ 5 cm; 宫腔长度 ≤ 12 cm; 术前宫腔镜检查常规诊刮, 内膜病理均为良性病变。

1.2 方法

手术宜在月经后 3~7 d 施行, 术前晚碘伏棉球阴道擦洗后于穹隆放置米索前列醇 200 μ g 以软化宫颈。应用德国 KARL Storz 公司手术宫腔镜、光源及电视摄像系统, 美国 Martin 电切电凝机。膨宫液选择 5% 葡萄糖液, 用量 2 500~7 500 ml。宫颈扩

张至 11 ~ 12 号^[1], 设置膨宫液流速 100 ~ 120 ml/min, 膨宫压力 15 ~ 20 kPa, 电切功率 60 ~ 80 W, 电凝功率 40 ~ 50 W。在宫腔镜直视下行电切术。术中 B 超监护置镜深度及切割方向以防止子宫穿孔。

硬膜外麻醉, 膀胱截石位。常规消毒、铺巾、导尿, 窥器暴露宫颈后, 宫颈钳夹持宫颈前唇, 扩张宫颈。置入宫腔镜再次检查宫腔, 然后以电切环自宫角及宫底部开始, 自上而下将息肉或肌瘤逐枚切除。对于 0 型肌瘤及较大的内膜息肉, 应自蒂部向外切除数刀, 使瘤体缩小, 配合钳夹, 可顺利切下肌瘤。若肌瘤或息肉已脱出宫颈口, 瘤蒂直径 < 2 cm, 血管钳夹住蒂部后, 顺时针旋转数周, 离断瘤体, 残端电凝止血。对于 I、II 型黏膜下肌瘤, 将肌瘤切割成碎片取出, 切除至与宫壁相平行^[2], 注意切割的深度及范围, 防止子宫穿孔。术中注意补液量及生命体征的监护。切除的组织送病检。常规手术后 1、3、6、12 个月门诊随访, 重点了解月经情况, 必要时行 B 超、宫腔镜检查。

1.3 宫腔镜下子宫黏膜下肌瘤分型^[3]
0 型: 有蒂黏膜下肌瘤, 未向肌层扩展; I 型: 无蒂, 向肌层扩展 < 50%; II 型: 无蒂, 向肌层扩展 > 50%。

1.4 月经量判断标准^[4]
月经情况采用月经周期使用卫生巾数量及患者主观估计相结合的办法判断。闭经: 点滴月经: 每周期 1 ~ 5 片卫生巾或相当于 1/5 正常月经量; 少量月经: 每周期 6 ~ 15 片卫生巾或相当于 2/5 ~ 3/5 正常月经量; 正常月经量: 每周期 16 ~ 25 片卫生巾或相当于 4/5 ~ 5/5 正常月经量; 无改善: 每周期 26 片以上卫生巾。

有效判定^[5]: 月经正常或减少, 周期规律, 痛经消失或明显减轻。行内膜切除术者, 术后闭经或点滴量月经, 剩余肌瘤组织不再增生或缩小, 血红蛋白升高直至恢复正常。

2 结果

78 例均一次顺利完成手术。不同术式手术时间、出血量见表 1。

表 1 不同术式的手术时间、术中出血量

术式	疾病类别	例数	手术时间(min)	术中出血量*(ml)
TCRM	0 型肌瘤	25	23.2 ± 7.4	40.7 ± 19.4
	I、II 型肌瘤	6	28.5 ± 10.9	48.5 ± 19.3
TCRM 联合 TCRE	0 型肌瘤	4	43.3 ± 8.3	70.4 ± 15.9
	I、II 型肌瘤	3	56.1 ± 9.5	90.4 ± 14.8
TCRP	内膜息肉	35	27.6 ± 9.4	39.5 ± 16.4
TCRP 联合 TCRE	内膜息肉	5	43.6 ± 8.9	62.6 ± 20.4

TCRM: 经宫颈子宫肌瘤切除术; TCRP: 经宫颈子宫内膜息肉切除术; TCRE: 子宫内膜切除术; * 出血量以出入量之差计算

术中出血 ≥ 400 ml 2 例(TCRM 1 例, TCRM 联合 TCRE 1 例)。水中毒 1 例(TCRM 联合 TCRE); 无一例发生子宫穿孔及术后感染。术后体温 > 38.5 °C 3 例, 经观察 24 h 内均恢复正常。术后病理诊断: 内膜息肉 38 例, 内膜息肉合并黏膜下平滑肌瘤

4 例, 黏膜下平滑肌瘤 36 例, 其中 2 例合并囊性变。56 例术后 6 个月内宫腔镜复查, 其中黏膜下肌瘤术后 26 例, 内膜息肉术后 30 例, 均无宫腔粘连及宫腔内占位等情况。78 例术后 12 个月月经情况见表 2。

表 2 不同术式术后 12 个月月经情况

疾病类别	术式	闭经	点滴月经	少量月经	正常月经量	无改善	有效率(%)
内膜息肉	TCRP (n = 35)	0	2	18	14	1	97.1(34/35)
	TCRP 联合 TCRE (n = 5)	4	0	1	0	0	100(5/5)
0 型肌瘤	TCRM (n = 25)	0	6	12	6	1	96.0(24/25)
I、II 型肌瘤	TCRM (n = 6)	1	2	0	2	1	83.3(5/6)
0、I、II 型肌瘤	TCRM 联合 TCRE (n = 7)	3	2	2	0	0	100(7/7)
合计	(n = 78)	8	12	33	22	3	96.2(75/78)

3 讨论

宫腔镜在治疗子宫黏膜下肌瘤及内膜息肉中具

有创伤小、手术时间短、出血少、痛苦小、不影响卵巢功能、保留生育功能、术后恢复快、住院时间短等优点^[6]。子宫内膜息肉既往的手术方法有钳夹法、刮

宫术等,由于在直视下操作,不能确保内膜息肉完整地切除,黏膜下肌瘤脱出于宫腔之外可行套扎术,易导致位于宫腔内的肌瘤蒂部残留或出血。宫腔镜电切术可在直视下将息肉或肌瘤自根部全部或完整地切除,不影响其余正常的子宫内膜,出血处有效止血,术中出血少,手术视野清晰,不会造成不必要的副损伤。对 II 型黏膜下肌瘤,只切除瘤体体积 $\geq 50\%$,术后月经量明显减少,这可能与电切术中电热作用对残余肌瘤的破坏,抑制其生长有关。因此,电切时只须将肌瘤切面与正常宫壁平行即可,残余部分可不予处理。本组 7 例经量过多,造成中、重度贫血(血红蛋白 $52 \sim 83 \text{ g/L}$),经保守治疗无效,无生育要求,子宫黏膜下肌瘤直径 $\leq 5 \text{ cm}$,为有效控制出血行 TCRM 联合 TCRE,取得满意效果。

宫腔镜手术适应证:月经过多或异常出血;子宫 ≤ 10 孕周,宫腔 $\leq 12 \text{ cm}$,黏膜下肌瘤或内突壁间肌瘤 $\leq 5 \text{ cm}$,黏膜下肌瘤蒂 $\leq 5 \text{ cm}$,子宫无癌变。脱垂于阴道的黏膜下肌瘤,其大小或蒂的粗细不限。

宫腔镜手术禁忌证:生殖道感染的急性期;子宫屈度过大,器械不能达宫底;心、肝、肾功能衰竭的急性期;旨在解除症状,而非根治措施,无良好心理承受者,均不宜采用宫腔镜手术。

宫腔镜电切术并发症常见的有术中出血、子宫穿孔、水中毒及一过性体温升高等。本组中黏膜下肌瘤严格控制在直径 $\leq 5 \text{ cm}$,宫腔深度 $\leq 12 \text{ cm}$,在直视下手术,大大预防了子宫穿孔,切除的创面电凝止血,有效而彻底,减少了出血量。术后体温升高超过 38.5°C 3 例,查血象正常,可能与膨宫液及严重

贫血有关,并非感染,经观察 24 h 内均恢复正常。

关于水中毒,目前国内有关水中毒报道不多,然而一旦发生则较严重。本组中 1 例发生水中毒,是由于患者宫腔内部黏膜下肌瘤较多(3 枚),且因经量过多,行 TCRM 联合 TCRE,导致手术创面较大,时间较长,为 90 min,膨宫液大量进入循环而继发稀释性低钠血症。持续硬膜外麻醉下,患者神志清醒,在循环超负荷,低钠血症时,出现胸闷、咳嗽、烦躁等自觉症状,使得医务人员及时发现,给予相应处理,预后良好。对于水中毒要注意以下几点:①尽量减小手术创面,缩短手术时间,对于一些复杂的手术可进行术前预处理或分次完成;②在不影响手术野的情况下,尽量减小膨宫压力;③手术时间 $> 1 \text{ h}$,常规做电解质检查。

参考文献

- 1 冯力民,夏恩兰.宫腔镜手术治疗子宫肌瘤 158 例分析.中华妇产科杂志,1997,32(5):284-287.
- 2 刘能辉,张怡.宫腔镜手术治疗子宫黏膜下肌瘤 30 例分析.中国内镜杂志,2002,8(7):73-74.
- 3 夏恩兰.宫腔镜子宫肌瘤切除术.实用妇产科杂志,2005,21(7):387-389.
- 4 施永鹏,冯赞冲,徐佩琳等.热球法子宫内膜剥离治疗月经过多.中华妇产科杂志,1999,34(1):49-49.
- 5 孙华,张勇,郑健.宫腔镜治疗黏膜下子宫肌瘤 72 例.中国微创外科杂志,2005,5(3):198-199.
- 6 吴诗琦,文庆华,万红等.应用宫腔镜实施黏膜下肌瘤及子宫内膜汽化术.中国内镜杂志,2001,7(3):79-80.

(收稿日期 2005-10-09)

(修回日期 2006-02-14)

· 消 息 ·

中华医学会第 10 届全国腹腔镜与内镜外科会议通知

经中华医学会批准,由中华医学会外科分会腹腔镜与内镜外科学组主办、第三军医大学新桥医院承办的中华医学会第 10 届全国腹腔镜与内镜外科会议将于 2006 年 11 月 9~11 日在美丽的山城重庆召开。在这次全国会议上我们将有国际最新进展的毕业后继续教育、微创手术的远程实况演示、大会专题演讲、大师手术录像演示、卫星会主题论坛与自由发言等内容,邀请了在微创外科界具世界水平的美国、法国、意大利、日本、印度、中国香港、中国台湾等地顶尖微创外科专家。

凡是与本次会议内容相关的实验研究、临床工作总结、新方法、新技术、新器械等论文,尚未在全国性学术会议上交流和尚未在国内外正式刊物上发表过的论文,均欢迎投稿。来稿可以会议发言、电视录像、板报等形式交流。摘要中应写明:题目、作者、单位(包括城市和邮编),正文中有目的、方法、结果和结论。

投稿方式:论文、论文摘要、软盘各一份。论文字数限 3000 字以内,中文摘要 800 字左右。请写明作者单位、姓名、通讯地址、邮编。欢迎 E-mail 投稿。

投稿地址:重庆市第三军医大学新桥医院外科 梁平收 400037 E-mail: Liangp303@medmail.com.cn

或上海交通大学瑞金医院 上海市微创外科临床中心 200025 E-mail: zmhtiger@yeah.net

信封上请注明“会议征文”。征文截止日期 2006 年 9 月 30 日