

宫腔镜子宫内膜息肉电切术联合左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫内膜息肉的临床效果研究

陈凤玲, 刘俊艳

(徐州利国医院妇科, 江苏 徐州 221138)

【摘要】目的 探究宫腔镜子宫内膜息肉电切术 (TCRP) 联合左炔诺孕酮宫内缓释系统 (LNG-IUS) 治疗子宫内膜息肉术后及患者子宫内膜厚度、月经量、血红蛋白的变化情况, 为提升该疾病的临床治疗效果提供依据。**方法** 选取徐州利国医院 2022 年 1 月至 2023 年 4 月收治的 80 例子宫内膜息肉患者, 以随机数字表法分为对照组 (40 例, 给予 TCRP 治疗) 和观察组 (40 例, 给予 TCRP+LNG-IUS 治疗), 术后随访 6 个月。比较两组患者围手术期参数, 手术前及术后 3、6 个月子宫内膜厚度、月经量及血红蛋白的变化。**结果** 与对照组比, 观察组患者术中出血量增多、手术时间延长, 但两组比较差异均无统计学意义 (均 $P>0.05$); 与对照组比, 观察组患者术后出血时间缩短, 术后感染率降低 ($P<0.05$); 与术前比, 两组患者术后 3、6 个月子宫内膜厚度均下降, 术后 6 个月观察组低于对照组 ($P<0.05$); 与术前比, 两组患者术后 3、6 个月月经量均减少, 观察组患者术后 6 个月月经量少于对照组 ($P<0.05$); 与术前比, 两组患者术后 3、6 个月血红蛋白水平呈上升趋势, 术后 3、6 个月观察组患者明显高于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 与单纯手术治疗相比, TCRP 联合 LNG-IUS 治疗子宫内膜息肉患者, 可明显减少月经量、改善贫血, 更有利于抑制术后子宫内膜过度增生。

【关键词】 子宫内膜息肉; 宫腔镜电切术; 左炔诺孕酮宫内缓释系统; 子宫内膜厚度; 月经量; 血红蛋白

【中图分类号】 R711

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2024.01.0057.03

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2024.01.019

子宫内膜息肉是发生于子宫内膜的一种良性结节状突起, 由子宫局部内膜过度生长所导致, 临床较为常见。临床主要表现为经期延长、经量增多、非经期或绝经后异常子宫出血等, 严重者甚至诱发癌变, 临床治疗多以手术干预为主。宫腔镜子宫内膜息肉电切术 (TCRP) 不仅可以探查宫腔, 还可以通过电切去除病灶行病理检查明确病变性质, 因此常用于子宫内膜息肉的治疗, 但该治疗手段会给患者带来较多的并发症, 同时还存在较高的复发风险, 远期疗效欠佳^[1]。左炔诺孕酮宫内缓释系统 (LNG-IUS) 是一种宫内节育器, 置于宫腔可持续释放孕激素抑制子宫内膜过度增生, 可预防子宫内膜息肉复发, 促进子宫内膜周期恢复正常, 还能增强子宫肌层收缩, 调节患者月经情况^[2]。鉴于此, 本文分析 TCRP 联合 LNG-IUS 治疗对患者术后恢复情况的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取徐州利国医院 2022 年 1 月至 2023 年 4 月收治的 80 例子宫内膜息肉患者, 以随机数字表法分为两组。对照组 (40 例) 患者年龄 32~59 岁, 平均 (45.97±3.66) 岁; 病程 0.24~1 年, 平均 (0.62±0.23) 年; 息肉单发 25 例, 多发 15 例; 息肉直径 5~15 mm, 平均 (10.23±1.57) mm; 观察组 (40 例) 患者年龄 33~57 岁, 平

均 (45.26±3.28) 岁; 病程 0.29~1 年, 平均 (0.65±0.21) 年; 息肉单发 27 例, 多发 13 例; 息肉直径 4~16 mm, 平均 (10.51±1.34) mm, 两组患者临床资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 组间具有可比性。纳入标准: ①符合《妇科内镜学 (第 2 版)》^[3] 中的诊断标准; ②不规则阴道出血、绝经后阴道出血、经期延长或月经量增多; ③术前血常规提示为轻、中度贫血, 术前超声提示子宫内膜增厚、不均质回声、高回声等息肉声像; ④均为已婚女性, 近期无生育要求。排除标准: ①合并精神或心理疾病; ②合并子宫内膜炎、子宫肌瘤、子宫内膜癌等疾病; ③凝血功能异常; ④合并严重的心、肝、肾和造血系统方面的合并症。本研究经徐州利国医院医学伦理委员会审核并批准, 且患者均知晓研究情况并签署知情同意书。

1.2 手术和治疗方法 对照组患者接受常规 TCRP 治疗, 手术时间为月经结束后 3 d, 月经淋漓不尽或不规则阴道出血、绝经后阴道出血者手术时间可选择出血时施行。术前需进行血常规、B 超、白带等检查, 常规阴道准备。术前 1 晚予患者阴道后穹隆置卡前列甲酯栓 (东北制药集团沈阳第一制药有限公司, 国药准字 H10800007, 规格: 0.5 mg/支) 软化宫颈。术中对患者行全身静脉麻醉, 患者取膀胱截石位, 取生理盐水作为膨宫介质, 术中充分扩张宫颈并维持宫腔压力 80~100 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa),

缓缓置入宫腔镜（沈阳沈大内窥镜有限公司，型号：ZG-3），查看息肉位置、大小、数量，使用环形电极（功率 70~80 W）于子宫内膜下 2 mm 部位切除增生息肉、内膜团，术后吸刮干净腔内积液，并将息肉送检。术后监测患者出血量，出血量大的患者使用水囊压迫止血。观察组患者在对照组的基础上，于术后月经复潮第 4~5 天在宫腔置入左炔诺孕酮宫内释放系统（拜耳医药保健有限公司，注册证号 HJ20140238，规格：52 mg/ 个），放置 2 周内患者不可同房。两组患者术后均接受 1~3 d 抗感染治疗，并持续随访 6 个月。

1.3 观察指标 ①围术期指标。比较两组患者手术时间、术中出血量、术后出血时间、术后 1 个月内生殖系统感染情况。②子宫内膜厚度。于术前及术后 3、6 个月测量两组患者的子宫内膜厚度（术前检查时间为入院时，术后检查时间为月经结束后第 5~6 天），采用彩色超声诊断系统 [飞利浦（中国）投资有限公司，型号：EPIQ 5] 检查，每次检查均由专人操作。③月经状况。记录术前及术后 3、6 个月月经量，采用称重法计算月经量，根据用后每张卫生巾质量 - 用前卫生巾质量计算整个经期月经量，1 g 约等于 1 mL。④血红蛋白水平。两组患者于术前及术后 3、6 个月分别抽取晨起空腹静脉血 5 mL，离心（离心转速为 3 000 r/ min）处理 10 min，采用微柱层析法检测血红蛋白水平。术前抽血时间为入院时，术后抽血时间为月经干净后第 3~5 天。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 23.0 统计学软件分析数据，计数资料以 [例 (%)] 表示，采用 χ^2 检验；计量资料经 S-W 法检验符合正态分布，以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，两组间比较采用独立样本 t 检验，多时间点比较采用重复测量方差分析，两两比较采用 SNK- q 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者围手术期恢复指标比较 与对照组比，观察组患者术中出血量增多、手术时间延长，但两组比较差异均无统计学意义（均 $P > 0.05$ ）；与对照组比，观察组患者术后出血时间缩短、术后感染率降低，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表 1。

2.2 两组患者子宫内膜厚度比较 与术前比，两组患者术后 3、6 个月子宫内膜厚度均下降，术后 6 个月观察组更低，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表 2。

2.3 两组患者月经量比较 与术前比，两组患者术后 3、6 个月月经量均减少，观察组患者术后 6 个月月经量更少，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 3。

| 表 3 两组患者月经量比较 (mL, $\bar{x} \pm s$) | | | | |
|--------------------------------------|----|--------------------|--------------------|---------------------|
| 组别 | 例数 | 术前 | 术后 3 个月 | 术后 6 个月 |
| 对照组 | 40 | 106.39 \pm 31.71 | 66.37 \pm 15.24* | 57.38 \pm 10.21** |
| 观察组 | 40 | 105.98 \pm 31.66 | 64.71 \pm 13.24* | 36.61 \pm 9.73** |
| t 值 | | 0.058 | 0.520 | 9.314 |
| P 值 | | >0.05 | >0.05 | <0.05 |

注：与术前比，* $P < 0.05$ ；与术后 3 个月比，** $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者血红蛋白水平比较 与术前比，两组患者术后 3、6 个月血红蛋白水平升高，术后 3、6 个月观察组患者更高，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表 4。

| 表 4 两组患者血红蛋白水平比较 (g/L, $\bar{x} \pm s$) | | | | |
|--|----|------------------|---------------------|----------------------|
| 组别 | 例数 | 术前 | 术后 3 个月 | 术后 6 个月 |
| 对照组 | 40 | 91.37 \pm 8.16 | 109.67 \pm 12.36* | 116.28 \pm 13.16** |
| 观察组 | 40 | 91.98 \pm 8.22 | 119.82 \pm 13.68* | 129.74 \pm 14.30** |
| t 值 | | 0.333 | 3.482 | 4.380 |
| P 值 | | >0.05 | <0.05 | <0.05 |

注：与术前比，* $P < 0.05$ ；与术后 3 个月比，** $P < 0.05$ 。

| 表 1 两组患者围手术期恢复指标比较 | | | | | |
|--------------------|----|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------|
| 组别 | 例数 | 手术时间 (min, $\bar{x} \pm s$) | 术中出血量 (mL, $\bar{x} \pm s$) | 术后出血时间 (d, $\bar{x} \pm s$) | 术后感染 [例 (%)] |
| 对照组 | 40 | 35.26 \pm 8.37 | 26.06 \pm 7.37 | 6.26 \pm 1.37 | 8(20.00) |
| 观察组 | 40 | 36.26 \pm 8.26 | 26.26 \pm 8.01 | 4.67 \pm 1.30 | 1(2.50) |
| t/χ^2 值 | | 0.538 | 0.116 | 5.325 | 4.507 |
| P 值 | | >0.05 | >0.05 | <0.05 | <0.05 |

| 表 2 两组患者子宫内膜厚度比较 (mm, $\bar{x} \pm s$) | | | | |
|---|----|------------------|------------------|-------------------|
| 组别 | 例数 | 术前 | 术后 3 个月 | 术后 6 个月 |
| 对照组 | 40 | 15.26 \pm 4.37 | 7.37 \pm 2.31* | 5.76 \pm 2.13** |
| 观察组 | 40 | 15.31 \pm 4.51 | 6.38 \pm 2.19* | 4.27 \pm 1.60** |
| t 值 | | 0.050 | 1.967 | 3.537 |
| P 值 | | >0.05 | >0.05 | <0.05 |

注：与术前比，* $P < 0.05$ ；与术后 3 个月比，** $P < 0.05$ 。

3 讨论

子宫内息肉为常见妇科疾病,其对育龄女性的生育能力有一定程度的影响,主要原因有子宫内息肉较大或数量较多时,可影响精子的穿透力影响受精或影响受精卵着床,造成受孕率明显下降^[4];部分患者甚至出现月经量明显增多并导致失血性贫血,经血逆流还会导致子宫内息异位症、盆腔感染等相关并发症的发生,从而对女性的生殖健康造成严重的危害^[5]。另外,子宫内息肉的恶变也是需要临床关注的问题,子宫内息肉虽然恶变率低,但若不及时采取有效的临床干预,则会增加恶变风险,甚至威胁患者生命。因此临床确诊子宫内息肉后应尽早治疗。

子宫内息肉常用 TCRP 治疗,操作中可以借助宫腔镜辅助操作,从而实现对宫腔异物的精准定位,然而单纯手术无法改善患者激素分泌功能,术后依然存在的异常激素刺激是术后复发率较高的原因^[6]。因此,术后辅助药物治疗对抗子宫内息局部雌激素水平,对降低子宫内息肉复发风险意义重大。术后辅助治疗主要是采用孕激素促进子宫内息转化。药物剂型可以为口服用药或宫腔局部用药。长期口服药物往往会增加肝肾负担或导致其他全身性不良反应,如血栓风险。

而 LNG-IUS 是一种宫内节育器械,器械中所含有的左炔诺孕酮缓释可发挥长达 5 年的作用时间,术后宫内置入 LNG-IUS 可持续维持子宫局部有效药物浓度作用于子宫内息和肌层,药物作用于子宫内息可抑制内息增生预防复发^[7-8]。本研究中,与对照组比,观察组患者术后出血时间缩短,术后感染率低,提示 TCRP 联合 LNG-IUS 治疗子宫内息肉可缩短出血时间,降低感染风险。这是因为观察组应用 TCRP+LNG-IUS, LNG-IUS 中所含的左炔诺孕酮作用于子宫肌层可促进子宫收缩、减少月经量、缓解不规则子宫出血、改善贫血症状,而且药物置于宫腔内,经子宫内息直接吸收,不仅局部高浓度高药效,而且子宫以外组织器官药物浓度很低,其全身不良反应低于口服药物,有利于提高患者生活质量^[9]。本研究中,与术前比,两组患者术后 3、6 个月子宫内息厚度、月经量均下降,术后 6 个月观察组更低,提示联合治疗能有效减少月经量,控制子宫内息厚度。其原因在于宫腔镜下切除子宫内息能直观显示息肉切除过程,降低对子宫内息的损伤,加入了 LNG-IUS 后, LNG-IUS 缓慢、持续性释放左炔诺孕酮,能够促使月经尽早恢复正常,改善子宫内息厚度;另外,在 LNG-IUS 加持下,患者行宫腔镜手术后不易出现宫腔积血、感染、宫腔粘连等不良反应,安全性高^[10-11]。本研究中,与术前比,两组患者术后 3 个月和术后 6 个月血红蛋白水平呈上升趋势,观察组患者明显高于对照组,提示观察组所用的 LNG-IUS 中,系统释放的左炔诺孕酮可对子

宫内息雌孕激素受体的表达进行有效的调节,使内息对机体中产生的雌激素反应降低,子宫内息厚度降低,对子宫肌层产生一定的收缩作用,减少月经量,缓解贫血情况^[12]。

综上,TCRP 联合 LNG-IUS 治疗子宫内息肉,可显著改善月经量、提高血红蛋白水平、改善贫血,值得临床应用。本研究样本少,术后观察时间为 6 个月,长期疗效尚需加大样本量并进一步随访观察。

参考文献

- [1] 王婧,王洪丽,陈美华,等.宫腔镜联合 LNG-IUS 治疗子宫内息肉的临床作用研究[J].现代生物医学进展,2023,23(4): 681-685.
- [2] 李钊,田晓娜.经左炔诺孕酮宫内节育系统联合宫腔镜子宫内息肉电切术治疗子宫内息肉疗效观察[J].实用中西医结合临床,2021,21(10): 88-89.
- [3] 夏思兰,黄胡信.妇科内镜学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2020: 120-136.
- [4] 郭艳,杨玲玲,夏思兰,等.宫腔镜子宫内息肉电切术后影响息肉复发的多因素分析:手术时机的研究[J].中国微创外科杂志,2023,23(10): 726-730.
- [5] 陈燕,孙承嘉,陈素珍.左炔诺孕酮宫内节育系统对子宫内息肉患者炎症反应与性激素水平的影响[J/CD].现代医学与健康研究(电子版),2023,7(6): 142-144.
- [6] 夏步胜,许高云,奚宽平.VEGF、Ki-67 表达与宫腔镜下子宫内息肉电切术后复发的关系[J].川北医学院学报,2022,37(8): 1074-1077.
- [7] 崔素素,毕玉洁.宫腔镜下电切术联合左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫内息肉的效果探讨[J].临床医学工程,2023,30(4): 451-452.
- [8] 赵阿萌.宫腔镜子宫内息肉电切术联合左炔诺孕酮宫内缓释节育系统治疗子宫内息肉的效果分析[J].中国医药指南,2021,19(21): 31-32,35.
- [9] 古群霞.宫腔镜电切术联合左炔诺孕酮宫内节育系统治疗子宫内息肉的临床研究[J/CD].实用妇科内分泌电子杂志,2022,9(9): 72-75.
- [10] 韦林,赵军玲,张吉,等.宫腔镜联合 LNG-IUS 治疗子宫内息肉临床观察[J].广西中医药大学学报,2023,26(1): 17-20.
- [11] 赵丹玲,董艳.宫腔镜下电切术联合左炔诺孕酮宫内节育系统治疗子宫内息肉的临床效果[J].中国当代医药,2023,30(2): 131-134.
- [12] 段丽红,董辉,马朝阳.宫腔镜下电切术联合左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫内息肉效果观察[J].河南外科学杂志,2018,24(1): 146-148.