

宫腔镜电切术治疗不同分型子宫黏膜下肌瘤患者的生殖预后分析

王淑平, 周群英

(六安市第二人民医院 妇科, 安徽 六安 237008)

【摘要】目的: 探讨宫腔镜电切术治疗不同分型子宫黏膜下肌瘤患者生殖预后影响。方法: 选择 2013 年 1 月~2016 年 1 月我院收治的子宫黏膜下肌瘤患者 85 例, 其中 0 型组 25 例, I 型组 33 例, II 型组 27 例。3 组患者均于宫腔镜下行电切电凝术切除肌瘤。统计 3 组患者手术指标、并发症率。3 组患者术后 3 个月复查子宫肌瘤残留率、再次手术率、术后 6 个月子宫肌瘤复发率。结果: 0 型组患者手术耗时、术中出血量、术后住院时间、并发症率、术后 3 个月肌瘤残留率、6 个月随访肌瘤复发率、再次手术率均低于 I 型组和 II 型组患者, I 型组低于 II 型组患者($P < 0.05$)。3 组患者中术后肌瘤残留、复发患者妊娠率、足月分娩率低于未发生肌瘤残留和复发患者($P < 0.05$)。结论: 宫腔镜电切术后肌瘤残留和复发会导致患者生殖预后不良, II 型子宫黏膜下肌瘤患者残留和复发率高, 对生殖预后影响较大, 对于有生育需求的患者可考虑选择其他方式降低术后残留和复发率, 提高生殖预后水平。

【关键词】子宫黏膜下肌瘤; 宫腔镜电切术; 生殖预后

【中图分类号】R 737.33 **【文献标识码】**A

【DOI】10.3969/j.issn.1002-0217.2019.03.016

Analysis on the reproductive prognosis in patients with different subtypes of submucous myoma treated by hysteroscopic electro-surgery

WANG Shuping, ZHOU Qunying

Department of Gynaecology, Lu'an Second People's Hospital, Lu'an 237008, China

【Abstract】Objective: To investigate the effect of hysteroscopic electro-surgery on the reproductive prognosis in patients with different types of submucous myoma. **Methods:** Eighty-five patients with uterine submucosal myoma admitted to our hospital between January of 2013 and 2016 were included. The cases were divided into groups of type 0 ($n = 25$), type I ($n = 33$) and type II ($n = 27$). All patients in the three groups underwent hysteroscopic electro-coagulation to remove fibroids. Then the three groups were counted concerning the surgical index and complication rate as well as residual rate of uterine fibroids by hospital visit 3 months after operation, the rate of reoperation and recurrence rate of uterine fibroids 6 months following surgery. **Results:** The operative time, intra-operative blood loss, postoperative hospital stay, complication rate, rate of residual myeloma by the 3rd month after operation, recurrence rate of fibroids by the 6th month following surgery and reoperation rate were significantly lower in type 0 patients than in both type I and type II patients, and those indexes were also lower in patients of type I than in type II ($P < 0.05$). The pregnancy rate and full-term delivery rate in patients with postoperative residual fibroids and relapse were significantly lower in the three groups than the patients without residual fibroids and recurrence ($P < 0.05$). **Conclusion:** Residual and recurrence of myoma following hysteroscopic resection may lead to poor reproductive prognosis, and the residual fibroid and recurrent rate appears higher in patients of type II uterine myoma, significantly affecting the reproductive prognosis. For patients with reproductive expectation, other treatment can be considered to reduce the residual and recurrence rate in order to improve the reproductive prognosis.

【Key words】uterine submucosal fibroids; hysteroscopic electro-surgery; reproductive prognosis

由于黏膜下肌瘤位于宫腔内侧, 其对子宫内膜组织功能、平整度、宫腔形状、宫腔体积等影响生殖功能的指标均有不同程度的影响, 难以得到准确的发病率调查结果^[1-2]。因此对于育龄期有生育需求的女性, 一旦发现有子宫黏膜下肌瘤, 应根据情况选

择治疗方案予以治疗, 以期提高生殖预后质量^[3-4]。临床根据子宫肌瘤大小、位置、数量可选择药物治疗、手术治疗、介入治疗等方式, 或者多种方式结合的综合治疗^[5]。宫腔镜电切术是近年来治疗子宫黏膜下肌瘤较为常用的治疗方案。

基金项目: 安徽省公益性研究联动计划项目(51011D04041)

收稿日期: 2018-07-14

作者简介: 王淑平(1967-), 女, 主治医师, 电话(13865791201), (电子信箱) 2745527998@qq.com。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择2013年1月~2016年1月我院收治的子宫黏膜下肌瘤且有生育要求患者85例,纳入标准:①符合国际妇产科联盟(FIGO)子宫黏膜下肌瘤诊断及分型标准;②年龄24~35岁,夫妻性生活正常,丈夫生育功能正常,夫妻双方近1年有生育需求但未受孕,符合女性不孕标准;③术前行超声(单个肌瘤)或核磁共振检查(MRI)明确肌瘤数量、大小等指标,术前肌瘤最大直径≤5cm;④符合择期

宫腔镜电切术治疗指征。排除标准:①有其他影响受孕宫腔因素如子宫纵隔、子宫内膜结核等;②其他不适合受孕因素如严重心脑血管、肺、肝、肾、呼吸系统等;③子宫出血严重、近6个月内有子宫穿孔、严重盆腔感染等宫腔镜手术禁忌者。按照FIGO分型分组0型(25例)组、I型(33例)组、II型(27例)组。3组患者临床资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表1。

表1 3组患者临床基线资料比较

组别	年龄 /岁	体质量 /kg	BMI /(kg/m^2)	肌瘤数量/枚	肌瘤最大直径/cm	临床症状			肌瘤位置	
						月经异常	贫血	阴道排液	宫体	子宫颈
0型组($n=25$)	28.18±7.46	59.25±6.56	23.13±4.21	3.12±0.26	3.12±1.72	12	7	5	23	2
I型组($n=33$)	27.79±7.42	59.76±6.43	23.28±4.14	3.19±0.24	3.19±1.68	17	12	8	29	4
II型组($n=27$)	27.92±7.49	60.13±7.48	23.31±4.16	3.23±0.22	3.21±1.65	11	8	6	24	3
F/χ^2	0.019	0.149	0.013	1.357	0.018	0.705	0.542	0.148	0.267	
P	0.981	0.862	0.987	0.263	0.982	0.703	0.763	0.929	0.875	

1.2 方法 对于肌瘤直径>5cm者、盆腔感染者、贫血者应进行相应药物治疗后再择期手术。文内3组患者均全麻,手术部位消毒、扩张子宫颈、置入宫腔镜及电切刀,镜下探查宫腔,明确肌瘤位置、类型,超声可视下行子宫肌瘤电切术。双极环形电极行电切割,术后严密监测患者体温、引流液、排气等情况,常规药物治疗。指导术后避孕、备孕。0型和I型患者术后避孕3个月;II型患者术后避孕6个月。

1.2.1 0型子宫黏膜下肌瘤宫腔镜电切术 肌瘤体积<3cm,直接切断瘤蒂钳出瘤体,肌瘤超过3cm双极环形电极于肌瘤左侧、右侧,从上至下交替纵行电切瘤体两面,形成“沟槽状”取出瘤体。

1.2.2 I型子宫黏膜下肌瘤宫腔镜电切术 瘤体附着位置不同,按照上、下、左、右侧方切割,瘤体缩小呈“沟槽状”取出瘤体。

1.2.3 II型子宫黏膜下肌瘤宫腔镜电切术 电极将瘤体最突出部位子宫内膜切开,突出瘤核,环状电极电切瘤体组织方法同1.2.2,切开子宫内膜时应注意保护肌瘤周边正常子宫内膜。多发肌瘤应切除体积大者,再逐一切除其他肌瘤。子宫颈黏膜下肌瘤环状电极从肌瘤根蒂与宫颈管交界处下方,环绕肌瘤根蒂,多次逐渐切除根蒂,卵圆钳钳夹捻转瘤体取出。

1.2.4 随访 3组患者术后3个月超声复查子宫肌瘤残留情况,根据情况再次手术切除肌瘤,术后6个月超声复查是否再次出现子宫肌瘤,患者术后均

随访18个月,指导患者避孕、备孕及统计生殖结局。

1.3 随访及观察指标 统计3组患者手术指标、并发症率。比较3组患者术后3个月肌瘤残留率、再次手术率、术后6个月子宫肌瘤复发率。统计术后18个月内3组患者间及各组中子宫肌瘤残留、复发患者与未残留、复发患者生殖情况。

1.4 统计学方法 应用SPSS 18.0统计学软件进行数据分析,计数资料 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,多组间比较采用方差分析,两两比较用LSD- t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同分型子宫黏膜下肌瘤患者手术指标比较

0型组患者手术耗时、术中出血量、术后住院时间均低于I型组和II型组患者,I型组低于II型组患者($P < 0.05$)。见表2。

表2 不同分型子宫黏膜下肌瘤患者手术指标比较

组别	手术耗时	术中出血量	术后住院时间
	/min	/mL	/d
0型组($n=25$)	16.89±4.03 [#]	9.76±3.15 [#]	3.46±0.62 [#]
I型组($n=33$)	22.48±5.38 [*]	12.57±3.82 [*]	4.28±0.82 [*]
II型组($n=27$)	30.63±6.53 ^{*#}	15.47±4.43 ^{*#}	5.35±0.97 ^{*#}
F	40.718	13.794	33.656
P	0.000	0.000	0.000

注:与0型组比较,^{*} $P < 0.05$,与I型组比较,[#] $P < 0.05$ 。

2.2 不同分型子宫黏膜下肌瘤患者并发症的比较

0 型组患者术后并发症率均低于 I 型组和 II 型组患者, I 型组低于 II 型组患者($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 不同分型子宫黏膜下肌瘤患者并发症比较

组别	子宫穿孔	低钠血症	子宫颈损伤	盆腔感染	并发症率 [n(%)]
0 型组(n = 25)	0	1	0	0	1(4.00)
I 型组(n = 33)	0	1	1	1	8(24.24) *
II 型组(n = 27)	1	1	2	1	14(51.85) * #
χ^2					15.276
P					0.000

注: 与 0 型组比较 * $P < 0.05$ 与 I 型组比较 # $P < 0.05$ 。

2.3 不同分型子宫黏膜下肌瘤患者术后肌瘤残留、肌瘤复发率、再次手术率比较 0 型组患者术后 3 个月肌瘤残留率、6 个月随访肌瘤复发率、再次手术率均低于 I 型组和 II 型组患者, I 型组低于 II 型组患者($P < 0.05$)。见表 4。

表 5 不同分型子宫黏膜下肌瘤患者生殖结局比较 [n(%)]

组别	肌瘤是否残留	复发例数	妊娠率	流产率	早产率	足月分娩率
0 型组(n = 25)	是	6	3(50.00) *	1(33.33) *	1(33.33) *	1(33.33) *
	否	19	18(94.74)	1(5.56)	3(16.67)	14(77.78)
合计		25	21(84.00) &	2(8.00) &	5(20.00)	15(71.43) &
I 型组(n = 33)	是	20	11(55.00) *	2(16.00)	3(25.00) *	7(58.33) *
	否	13	12(92.31)	2(16.67)	2(16.67)	8(66.67)
合计		33	23(69.70) #	3(9.09) #	7(21.21) #	15(65.22) #
II 型组(n = 27)	是	22	9(40.91) *	3(33.33) *	3(33.33) *	3(33.33) *
	否	5	5(100.00)	1(20.00)	1(20.00)	3(60.00)
合计		27	14(51.85) #&	5(18.52) #	8(29.63) #	8(57.14) #&
χ^2			17.824	6.243	1.755	0.760
P			0.00	0.044	0.416	0.684

注: 组内与未出现肌瘤残留或复发患者比较 * $P < 0.05$ 组间与 0 型组比较 # $P < 0.05$ 与 I 型组比较 & $P < 0.05$ 。

3 讨论

按照国际 FIGO 联盟对子宫黏膜下肌瘤的分型, 0 ~ II 型肌瘤靠近子宫腔, 患者可能因为肌瘤的位置、数量、大小等而出现月经增多、经期延长、淋漓出血及月经周期缩短^[6], 继而出现贫血, 部分患者还会出现痛经。临床已明确^[7-8], 子宫黏膜下肌瘤对患者的生育功能可产生不利影响。黏膜下肌瘤压迫内膜导致子宫内膜血管分布异常, 内膜变薄甚至萎缩, 改变宫内生化环境。还会导致宫体形状改变、肌瘤压迫输卵管使输卵管开口减小或扭曲, 同时也扰乱了育龄女性的内分泌平衡^[9], 这些综合因素导致子宫黏膜下肌瘤患者子宫功能失调、子宫肌层收缩力降低, 对精子、卵子的运输和受精卵的种植造成不利影响而可能出现不孕^[10]。

表 4 不同分型子宫黏膜下肌瘤患者术后肌瘤残留、肌瘤复发率比较 [n(%)]

组别	3 个月后肌瘤残留率	6 个月后肌瘤复发率	再次手术率
0 型组(n = 25)	2(8.00)	4(16.00)	1(8.00)
I 型组(n = 33)	10(30.30) *	15(45.45) *	8(24.24) *
II 型组(n = 27)	12(44.44) *	14(51.85) *	9(33.33) *
χ^2	8.622	8.024	6.995
P	0.013	0.018	0.030

注: 与 0 型组比较 * $P < 0.05$ 与 I 型组比较 # $P < 0.05$ 。

2.4 不同分型子宫黏膜下肌瘤患者生殖结局比较

3 组患者中术后肌瘤残留、复发患者妊娠率、足月分娩率低于未发生肌瘤残留和复发患者($P < 0.05$) 0 型组患者妊娠率高于 I 型组、II 型组患者, 0 型组患者流产率低于 I 型组和 II 型患者, I 型组低于 II 型组患者($P < 0.05$)。见表 5。

对于有生育需求的患者而言, 手术切除肌瘤是治疗子宫黏膜下肌瘤的主要手段, 切除肌瘤后临床症状得以快速改善, 降低肌瘤对受孕的不利影响^[11]。宫腔镜电切术具有创伤小、恢复快、对子宫体及周围组织器官影响小等优势, 在众多子宫肌瘤指南中^[12-13], 将宫腔镜电切术作为治疗 0 ~ II 型子宫肌瘤的主要手段。本研究显示 0 型子宫肌瘤患者手术操作简单, 手术指标及降低术后并发症方面优势明显, 且术后肌瘤残留率、复发率、再次手术率均较低, 术后妊娠率、足月产率较高。I 型子宫肌瘤患者的上述指标介于 0 型和 II 型子宫肌瘤患者之间。II 型子宫肌瘤患者宫腔镜手术的难度相对较大, 术后生殖预后水平一般。可能原因是此类型患者肌瘤位于子宫肌层深部, 手术对子宫肌层的损伤及周围

组织的损伤相对大,电切耗时长,且不易彻底切除肌瘤,术后患者的肌瘤残留率和复发率均增高,并发症率也较高,术后的子宫肌层恢复质量难以保证,故术后生殖预后质量并不理想。因此,Ⅱ型子宫肌瘤患者,需根据肌瘤数量、位置、大小、与浆膜层的距离等参数,对于情况复杂的患者,应在术前进行充分的预处理,如缩小肌瘤大小,调理好患者身体状况,条件许可情况下,可选择更为彻底、损伤更小的介入治疗术等,以提高患者生殖预后质量。

综上所述,宫腔镜电切术后肌瘤残留和复发会导致患者生殖预后不良,Ⅱ型子宫黏膜下肌瘤患者残留和复发率高,对生殖预后影响较大,对于有生育需求的患者可考虑选择其他治疗方式降低术后残留和复发率,提高生殖预后水平。

【参考文献】

[1] 薛凯,许锋,杨大震,等.宫腔镜电切术治疗子宫黏膜下肌瘤300例临床分析[J].中国生育健康杂志,2017,28(4):319-322.
 [2] 彭广侠.宫腔镜电切术治疗黏膜下子宫肌瘤40例的临床疗效及预后分析[J].实用临床医药杂志,2017,21(13):148-149.
 [3] 王晓雷,李文学,臧红霞,等.宫腔镜电切术治疗Ⅱ型子宫黏膜下肌瘤两种切除方法对生殖预后的影响[J].中国实用妇科与

产科杂志,2017,33(4):423-427.
 [4] 子宫肌瘤的诊治中国专家共识专家组.子宫肌瘤的诊治中国专家共识[J].中华妇产科杂志,2017,52(12):793-800.
 [5] 孙霁.子宫黏膜下肌瘤宫腔镜电切术的疗效及安全性[J].中国医药指南,2016,14(26):52.
 [6] 金莹.26例子宫黏膜下肌瘤宫腔镜电切术体会[J].中国实用医药,2015,10(36):66-67.
 [7] MAZZON I,FAVILLI A,GRASSO M *et al.* Is Cold Loop Hysteroscopic Myomectomy a safe and effective technique for the treatment of submucous? myomas with intramural development? A Series of 1434 Surgical Procedures[J].J Minim Invasive Gynecol,2015,22(5):792-798.
 [8] GHAHIRY AA,REFAEI ALIABADI E,TAHERIAN AA *et al.* Effectiveness of hysteroscopic repair of uterine lesions in reproductive outcome[J].Int J Fertil Steril,2014,8(2):129-134.
 [9] 陈玉花,雷玉荣,张福梅.探讨宫腔镜电切术治疗子宫黏膜下肌瘤的临床效果[J].中国现代药物应用,2015,9(12):54-55.
 [10] 张瑞作.子宫解剖因素的宫腔镜治疗与生殖预后的研究进展分析[J].临床医药文献杂志,2017,4(89):17621-17622.
 [11] 朱莹莹,范盈盈.腹腔镜与B超监护在宫腔镜电切术治疗Ⅱ型子宫黏膜下肌瘤中应用的临床比较分析[J].现代实用医学,2015,27(3):370-371,373.
 [12] 邹慕秋.宫腔镜电切术治疗子宫黏膜下肌瘤临床疗效观察[J].现代诊断与治疗,2015,26(3):617-618.
 [13] 肖福龙.子宫黏膜下肌瘤行超声监视引导下宫腔镜电切术的疗效分析[J].中国医药科学,2016,6(6):52-54.

(上接第259页)

【参考文献】

[1] 王吓勇,黄慧芳.根管器械折断的临床分析[J].牙体牙髓牙周病学杂志,2014,24(12):729-731,691.
 [2] 孙颖,唐晓丽,周园园,等.根管器械分离的研究进展[J].海南医学,2018,28(8):1139-1142.
 [3] 王南南,丁梦,苗雷英,等.镍钛器械分离对根管治疗预后影响临床研究[J].中国实用口腔科杂志,2018,11(2):88-90.
 [4] 陈慧芬,司海燕,郭晓钰,等.根管器械分离的研究进展[J].口腔医学,2015,35(3):223-228.
 [5] MCGUIGAN MB,LOUCA C,DUNCAN HF. Clinical decision-making after endodontic instrument fracture [J]. Br Dent J,2013,214(8):395-400.

[6] 仇宁,王楚瑜,薛明.应用断针通过术治疗根管内器械分离1例报告[J].中国实用口腔科杂志,2016,9(10):639-640.
 [7] 樊明文.根管治疗的技术要点及失败原因与对策[J].中华口腔医学杂志,2016,51(8):451-454.
 [8] 吴民凯,梁宇红.根管治疗的疗效及思考[J].中华口腔医学杂志,2014,49(5):257-262.
 [9] 崔旋旋,申静,张军,等.锥形束CT辅助定位根管外器械分离1例[J].牙体牙髓牙周病学杂志,2018,28(5):307-310.
 [10] CHOKSI D,INDANI B,KALARIA D *et al.* Management of an intracanal separated instrument: a case report. [J]. Iran Endod J,2013,8(4):205-207.
 [11] 夏勇,陈伟旭,张平,等.显微超声治疗根管内多种器械折断的临床分析[J].实用口腔医学杂志,2014,30(6):857-859.