宫腔镜术对黏膜下子宫肌瘤患者卵巢储备功能的影响

许芙蓉, 王海燕

(湖北省武汉市红十字会医院 妇产科, 湖北 武汉, 430015)

关键词: 宫腔镜术; 黏膜下子宫肌瘤; 卵巢储备功能; 卵巢血供

中图分类号: R 737.33 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2017)09-146-02 DOI: 10.7619/jcmp.201709042

宫腔镜术是目前临床诊治各种宫腔内疾病的常用微创技术之一,其有效性、安全性均已得到证实,是诊治各种宫腔内疾病的首选术式^[1-3]。本研究探讨宫腔镜术对黏膜下子宫肌瘤患者卵巢储备功能的影响,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2011 年 3 月—2015 年 12 月在本院接受宫腔镜术的患者 195 例,纳入标准:① 结合临床以及相关检查,确诊为黏膜下子宫肌瘤;② 初次接受相关治疗;③ 符合宫腔镜术的治疗指征。排除标准:① 子宫肌瘤有恶变倾向;② 随访丢失;③ 相关检查未完善。根据荷兰 Haarlem 国际宫腔镜培训中心提出的分类标准^[4]将上述患者分为 3 组, O 型黏膜下子宫肌瘤患者为 A 组($n=65$), I 型黏膜下子宫肌瘤患者为 B 组($n=69$), II 型黏膜下子宫肌瘤患者为 C 组($n=61$), 3 组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

表 1 3 组患者一般资料的比较

分组	年龄/岁	肌瘤直径/cm	病程/年
A 组($n=65$)	30.9 ± 5.1	4.7 ± 2.1	5.9 ± 3.4
B 组($n=69$)	31.3 ± 5.4	4.9 ± 2.5	6.2 ± 3.2
C 组($n=61$)	30.7 ± 5.2	4.6 ± 2.2	6.3 ± 3.5

1.2 研究方法

所有患者均接受宫腔镜术治疗,方法如下:术

前 3 h 在阴道内置入米索前列醇 0.4 mg,达到软化宫颈目的。手术时取膀胱截石位,持续硬膜外麻醉。不同类型黏膜下子宫肌瘤采取不同的治疗方案。O 型黏膜下子宫肌瘤患者如果蒂柄较窄且瘤体直径 ≤ 2.0 cm,可以采用环形电极将蒂部切断后取出;如果带蒂柄且瘤体直径 > 2.0 cm,可以先对瘤体表面进行电切,使其碎成块,同时使蒂柄暴露后切断蒂部。I 型黏膜下子宫肌瘤患者腔内部分切除方法与 O 型黏膜下子宫肌瘤患者一致,但是在切除肌壁内部分时应注意分辨肌瘤与包膜界面。II 型黏膜下子宫肌瘤患者应注意边切除边使用缩宫素,这样有利于将肌瘤挤入宫腔,便于将其完全切除。在手术前、手术后 6 个月,检测所有研究对象的血清促黄体生成素(LH)、卵泡雌激素(FSH)、雌二醇(E_2)、雄激素(T)、孕激素(P),并进行阴道彩超检查。仪器为瑞士罗氏公司生产的 E170 电化学发光全自动免疫分析仪及其配套血清性激素水平检测试剂,美国 GE 公司生产的 LOGIQ E9 彩超仪。

2 结果

2.1 手术前后 3 组患者血清性激素水平的比较

手术前,3 组患者血清 LH、FSH、 E_2 、T、P 比较无显著差异($P > 0.05$)。术后 6 个月,3 组患者血清 LH、FSH、 E_2 、T、P 与手术前相比无显著差异($P > 0.05$),且 3 组患者血清 LH、FSH、 E_2 、T、P 相比亦无显著差异($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 手术前后 3 组患者血清性激素水平的比较

时间	组别	LH/(IU/L)	FSH/(IU/L)	E_2 /(ng/L)	T/(μ g/L)	P/(μ g/L)
手术前	A 组($n=65$)	7.1 ± 1.9	8.9 ± 2.2	85.6 ± 15.7	0.53 ± 0.19	31.8 ± 9.2
	B 组($n=69$)	6.9 ± 1.6	8.6 ± 2.0	84.9 ± 14.5	0.50 ± 0.24	30.5 ± 8.9
	C 组($n=61$)	7.2 ± 2.0	8.7 ± 2.3	86.0 ± 16.4	0.55 ± 0.27	31.4 ± 9.0
术后 6 个月	A 组($n=65$)	7.3 ± 1.8	9.0 ± 1.9	86.1 ± 16.7	0.52 ± 0.25	32.2 ± 9.5
	B 组($n=69$)	7.0 ± 2.1	8.8 ± 2.1	85.3 ± 15.0	0.54 ± 0.21	31.5 ± 9.1
	C 组($n=61$)	7.4 ± 1.7	9.0 ± 2.2	85.9 ± 15.9	0.55 ± 0.24	31.8 ± 9.3

2.2 手术前后3组患者阴道彩超指标的比较

手术前,3组患者PI、PSV、RI、Fo相比无显著差异($P > 0.05$)。术后6个月,A组患者PI、PSV、RI、Fo与手术前相比无显著差异($P > 0.05$),B组、C组患者PI、PSV较术前显著下降($P < 0.05$),RI、Fo与手术前相比无显著差异

($P > 0.05$);组间比较显示,3组患者PI、PSV有显著差异($P < 0.05$),RI、Fo相比无显著差异($P > 0.05$),A组患者PI、PSV显著高于B组、C组($P < 0.05$),B组患者PI、PSV显著高于C组($P < 0.05$)。见表3。

表3 手术前后3组患者阴道彩超指标的比较

时间	组别	PI	PSV/(cm/s)	RI	Fo/个
手术前	A组($n=65$)	1.75 ± 0.61	19.5 ± 2.5	0.68 ± 0.21	7.7 ± 1.5
	B组($n=69$)	1.73 ± 0.64	19.7 ± 2.8	0.65 ± 0.24	7.5 ± 1.8
	C组($n=61$)	1.70 ± 0.59	19.4 ± 2.6	0.69 ± 0.20	7.6 ± 1.5
术后6个月	A组($n=65$)	1.77 ± 0.63	19.3 ± 2.6	0.71 ± 0.22	7.8 ± 1.4
	B组($n=69$)	1.54 ± 0.42 ^{*#}	16.7 ± 1.7 ^{*#}	0.68 ± 0.19	7.5 ± 2.0
	C组($n=61$)	1.37 ± 0.31 ^{*#△}	15.0 ± 1.1 ^{*#△}	0.70 ± 0.23	7.7 ± 1.8

与手术前比较, * $P < 0.05$;与A组比较, # $P < 0.05$;与B组比较, △ $P < 0.05$ 。

3 讨论

子宫肌瘤是女性生殖系统最常见的良性肿瘤。流行病学研究调查报告^[5]显示,子宫肌瘤主要见于30~50岁妇女,20岁以下女性少见,30岁以上的妇女子宫肌瘤患病率约为20%。在子宫肌瘤的临床分类方面,目前多根据其与子宫肌壁的关系分为肌壁间肌瘤、浆膜下肌瘤、黏膜下肌瘤等3种类型^[6]。

目前临床治疗子宫肌瘤方法主要有观察等待、药物保守治疗、外科手术等方法,后者主要用于患者继发急性腹痛,继发膀胱、直肠压迫症状,继发反复流产、不孕,疑为肉瘤变,药物治疗无效而继发贫血等情况^[7]。由于黏膜下肌瘤是向宫腔方向生长,因此其位置常突出于宫腔,其表面仅覆盖黏膜层。随着宫腔镜术逐步应用于临床,该术式目前已成为黏膜下肌瘤的主流术式,并且取得了良好的疗效与安全性。王燕等^[8]报道,与开腹手术治疗黏膜下肌瘤相比,宫腔镜术的手术时间、术中出血量、术后肛门排气时间、术后疼痛程度、住院时间均显著缩短或降低,且经随访两种术式肌瘤复发率无显著差异,宫腔镜术治疗黏膜下肌瘤具有创伤小、术后恢复快的优势。肖福龙等^[9]报道,采用超声引导技术辅助下的宫腔镜点切术治疗黏膜下肌瘤患者,可以减少患者手术出血量,缩短患者住院时间、手术时间,极大地保留患者生育能力,有效地提高患者手术满意度,具有微创治疗的特点。

相关文献^[10]报道,宫腔镜手术治疗黏膜下肌瘤安全、有效,且对卵巢功能无显著影响。值得注意的是,上述报道未考虑黏膜下肌瘤的分型。本

研究中,作者分别将O型、I型、II型黏膜下肌瘤患者定义为A组、B组、C组,所有患者均接受宫腔镜手术治疗并随访6个月,组内比较显示3组患者血清LH、FSH、 E_2 、T、P与手术前相比差异均无统计学意义($P > 0.05$),A组患者PI、PSV、RI、Fo与手术前相比差异均无统计学意义($P > 0.05$),B组、C组患者PI、PSV显著下降,与手术前相比有显著差异($P < 0.05$),RI、Fo与手术前相比差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

参考文献

- [1] 周燕飞,梁伟萍. 黏膜下子宫肌瘤类型对宫腔镜治疗后卵巢储备功能的影响[J]. 浙江中西医结合杂志, 2016, 26(3): 251-254.
- [2] 孙丽宏,段淑丽. 宫腔镜治疗子宫内膜息肉切除术可行性及价值评析[J]. 中国卫生标准管理, 2015, 6(18): 78-79.
- [3] Alessandro, Desirò, Jeffrey G, et al. Fungal symbioses in hornworts: a chequered history [J]. Biological sciences, 2013, 280(1759): 20130-207.
- [4] Thomas, Fester. Arbuscular mycorrhizal fungi in a wetland constructed for benzene-, methyl tert-butyl ether- and ammonia-contaminated groundwater bioremediation [J]. Microbial biotechnology, 2013, 6(1): 80-4.
- [5] 戚昕蕊,龚小辉,李冬华. 子宫肌瘤的流行病学研究进展[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(22): 3693-3695.
- [6] 沈杨,许茜,徐洁,等. 子宫肌瘤危险因素流行病学调查研究[J]. 实用妇产科杂志, 2013, 29(3): 189-193.
- [7] 华秋琴. 腹腔镜术与开腹术治疗围绝经期子宫肌瘤的临床比较[J]. 中国基层医药, 2016, 23(8): 1225-1227, 1228.
- [8] 王燕,周萍. 宫腔镜电切术治疗黏膜下子宫肌瘤的探讨[J]. 安徽医学, 2010, 31(2): 112-114.
- [9] 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.
- [10] Pacello A, Yela S, Rabelo P C, et al. Dyspareunia and lubrication in premature ovarian failure using hormonal therapy and vaginal health [J]. Climacteric: the journal of the International Menopause Society, 2014, 17(4): 342-7.