

〔文章编号〕 1007-0893(2021)07-0144-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.07.070

宫腔镜下不同术式治疗异常子宫出血的效果

林肖润 陈小菊 严凤婵

(新兴县中医院, 广东 新兴 527400)

〔摘要〕 目的: 探究异常子宫出血患者行宫腔镜下不同手术方式治疗的临床疗效。方法: 择取2018年4月至2019年8月期间新兴县中医院收治的52例异常子宫出血患者参与研究, 根据数字表法进行随机分组, 其中观察组26例, 对照组26例。观察组患者采用宫腔镜下电切术治疗, 对照组患者采用宫腔镜下刮宫术治疗, 对两组患者临床疗效、手术时间、失血量、住院时间、术后并发症发生率及复发率等指标进行比较。结果: 观察组患者临床疗效(96.15%)高于对照组(73.08%); 观察组患者手术时间长于对照组, 差异均具有统计学意义($P < 0.05$), 两组患者失血量和住院时间比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 两组患者并发症发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 而观察组患者术后复发率低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 通过宫腔镜下电切术治疗异常子宫出血可获得良好的临床疗效。

〔关键词〕 异常子宫出血; 宫腔镜下电切术; 宫腔镜下刮宫术

〔中图分类号〕 R 713 〔文献标识码〕 B

异常子宫出血是常见临床妇科子宫病变, 多以慢性发病为主, 良性病变率更高, 少数患者会因为子宫内膜非典型增生或癌变等情况导致子宫异常出血, 这对患者的健康有着严重的不良影响, 因此为患者提供有效的治疗十分重要^[1]。目前该疾病的治疗以手术为主, 宫腔镜技术因为创伤性小, 安全性高以及效果确切等优势在临床妇产科疾病的治疗中应用越加广泛, 是治疗异常子宫出血的首选技术^[2-3]。但是宫腔镜技术可以搭配多种手术方式进行疾病治疗, 目前治疗异常子宫出血的常用术式包括电切术和刮宫术, 为探究两种术式的临床效果, 本研究择取2018年4月至2019年8月期间本院收治的52例异常子宫出血患者分组开展对照研究, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

择取2018年4月至2019年8月期间本院收治的52例异常子宫出血患者参与研究, 根据数字表法进行随机分组, 其中观察组26例, 对照组26例。对照组内患者年龄23~61岁, 平均(42.2±1.6)岁, 病程最短3~14个月, 平均(7.6±1.5)个月; 观察组患者年龄21~59岁, 平均(41.8±1.7)岁, 病程4~12个月, 平均(7.2±1.6)个月, 两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: 患者有月经量增加, 经期延长, 月经周期缩短等临床症状和表现, 临床检查结果显示与异常子宫出血诊断标准相符; 具有手术治疗适应证; 患者对研究目的、内容

和流程知情, 自愿配合开展研究。排除标准: 合并手术禁忌证; 合并严重心肺肝肾器质性病变; 合并凝血功能异常; 合并恶性肿瘤。

1.2 方法

两组患者均在月经结束3~5d内进行手术, 术前1d在其阴道后穹隆处给药米索前列醇片, 剂量为400 μg进行宫口扩张。行连续硬膜外麻醉, 帮助患者呈截石位, 在其阴道处进行清洁和消毒。

1.2.1 观察组 采用宫腔镜下电切术治疗, 使用宫颈钳夹住患者宫颈前唇, 用探针对宫颈深度、方向进行探查, 宫颈扩张后使用甘露醇进行常规膨宫处理, 后置入宫腔镜对宫腔情况进行探查, 包括宫腔内部、输卵管开口处、子宫底部等。然后通过电切环从上到下以子宫后壁为起点依次切除子宫内膜和肌层, 一直到宫颈内口, 然后将宫底内膜切除, 实际切割深度在内膜下浅肌层约3 mm处, 切除子宫后电凝止血, 依次撤出手术仪器。

1.2.2 对照组 采用宫腔镜下刮宫术治疗, 置入宫腔镜后对宫腔内的情况进行探查, 确定子宫出血的具体原因和位置后, 使用刮匙对子宫异物进行清除。

1.3 观察指标

对两组患者临床疗效、手术时间、失血量、住院时间、术后并发症发生率及复发率等指标进行比较。临床疗效评定标准: 经过治疗其月经周期、月经量均在正常范围内, 宫腔镜检查结果显示病灶彻底清除无复发, 且未发生宫腔粘连情况, 评定为显效; 经过治疗其月经周期、月经量有所恢复, 宫腔镜检查结果显示病灶缩小, 未发生宫腔粘连情况, 评定

〔收稿日期〕 2021-01-10

〔作者简介〕 林肖润, 女, 主治医师, 主要从事妇产科诊疗工作。

为有效；经过治疗其月经情况无显著好转，宫腔镜检查结果显示发生宫腔粘连，评定为无效。总有效率=（显效+有效）/总例数×100%^[4]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术时间、失血量、住院时间比较

观察组患者手术时间长于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），两组患者失血量和住院时间比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05），见表 1。

表 1 两组患者手术时间、失血量、住院时间比较（*n* = 26, $\bar{x} \pm s$ ）

组别	手术时间 /min	失血量 /mL	住院时间 /d
对照组	22.15 ± 2.26	76.58 ± 5.41	3.38 ± 0.42
观察组	30.42 ± 2.38 ^a	76.62 ± 5.43	3.35 ± 0.34

与对照组比较，^a*P* < 0.05

2.2 两组患者临床疗效比较

观察组患者临床疗效为 96.15%，明显高于对照组的 73.08%，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 2 两组患者临床疗效比较（*n* = 26, *n* (%)）

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	12(46.15)	7(26.92)	7(26.92)	19(73.08)
观察组	17(65.38)	8(30.77)	1(3.85)	25(96.15) ^b

与对照组比较，^b*P* < 0.05

2.3 两组患者并发症发生率及术后复发率比较

两组患者并发症发生率比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05），而观察组患者术后复发率低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 3。

表 3 两组患者并发症发生率及术后复发率比较（*n* = 26, *n* (%)）

组别	低钠血症	子宫穿孔	大出血	总发生	复发
对照组	2(7.69)	1(3.85)	1(3.85)	4(15.38)	6(23.07)
观察组	1(3.85)	0(0.00)	1(3.85)	2(7.69)	0(0.00) ^c

与对照组比较，^c*P* < 0.05

3 讨论

异常子宫出血指的是在非月经期间患者发生子宫出血症状，或明显区别于正常月经的子宫出血情况，主要病因包括子宫内膜疾病、功能性子宫出血、白血病或恶性肿瘤等^[5]。该疾病若不及时采取有效治疗会对患者子宫功能造成损伤，还可能造成死亡，这对患者的身心健康甚至生命安全均造成了极大的威胁。目前该疾病患者在治疗时首选手术方法，盲视刮宫术是传统手术方式，该种治疗方法更多地依赖医生以往的经验，具有较强的主观性，异常子宫出血病因诊断

效果差，加之盲视手术缺乏良好的视野，会导致患者子宫穿孔或大出血等并发症风险上升，安全性较差，因此在现阶段临床中该种手术方式基本不再使用^[6-7]。随着医疗技术的不断发展和进步，腹腔镜技术在临床中的应用越来越多，其中妇产科主要使用腹腔镜技术，该技术能够为医生提供直观的术野，对患者宫腔内情况进行准确探查，可以及时准确地确定患者病灶位置、患者子宫内膜性状等信息，不仅可以提高疾病病因诊断的准确性，还能更好的保证手术安全^[8]。

腹腔镜下电切术和刮宫术都是常用的异常子宫出血疗法，该种刮宫术相比盲视刮宫术能够直接对宫腔内进行观察，提供直视术野，进而可降低并发症发生风险。但是通过刮匙清除病灶组织可能不够彻底，进而导致患者术后复发^[9]。电切术的原理是利用热效应切除子宫内膜，使得局部组织产生纤维瘢痕，对内膜增生进行抑制，以发挥治疗作用。该术式对子宫正常组织和解剖结构不会造成损伤，不仅能够保证手术疗效，同时也可以保留患者的正常生育能力^[10]。此外电切术从病灶根部进行切除，可避免组织残留导致复发。在本研究中观察组患者手术时间长于对照组，这是因为电切术操作相对复杂所致。同时两组出血量和住院时间无明显差异，体现出两种术式均有较为良好的可靠性，原因是腹腔镜术野能够保证医生明确病灶位置和出血原因，可对宫腔情况进行全面观察，进而减少失血量。观察组术后并发症发生率更低，这是因为腹腔镜视野下能够保证电切操作顺利，对周围组织无损伤。

综上所述，异常子宫出血患者实施腹腔镜下电切术治疗效果理想，复发率低。

〔参考文献〕

- 王庆梅, 冯敏. 腹腔镜技术在异常子宫出血患者诊疗中的应用 (J). 临床合理用药杂志, 2019, 12(29): 167-168.
- 周建玲, 杜春喜. 腹腔镜下刮宫术治疗异常子宫出血的临床效果 (J). 临床合理用药杂志, 2019, 12(27): 137-138.
- 梅静波. 腹腔镜下电切术治疗异常子宫出血的临床疗效及预后观察 (J). 中国医学工程, 2019, 27(8): 95-97.
- 付勇. 腹腔镜下电切术与腹腔镜下刮宫术治疗异常子宫出血的疗效比较 (J). 实用妇科内分泌杂志 (电子版), 2018, 5(20): 31, 37.
- 柯宇桦. 腹腔镜下电切术与腹腔镜下刮宫术治疗异常子宫出血的疗效比较 (J). 中国现代药物应用, 2019, 13(14): 13-15.
- 加燕, 王艳丽. 腹腔镜下不同术式在异常子宫出血治疗中的效果比较 (J). 临床医学研究与实践, 2018, 3(35): 87-88.
- 穆莉, 穆雪梅. 腹腔镜下电切术与腹腔镜下刮宫术在异常子宫出血的治疗 (J). 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(44): 47-48.
- 康秋帆, 裴雪梅, 胡昭怡. 腹腔镜电切术联合曼月乐治疗异常子宫出血的临床疗效分析 (J). 湘南学院学报 (医学版),

2019, 21(1): 39-42.

(9) 尚秋艳. 宫腔镜电切术治疗异常子宫出血的临床效果观察 (J). 淮海医药, 2019, 37(2): 142-144.

(10) 冯桂璘. 异常子宫出血采取宫腔镜下电切术与宫腔镜下刮宫术治疗的效果观察 (J). 实用妇科内分泌杂志 (电子版), 2019, 6(5): 30-31.

(文章编号) 1007-0893(2021)07-0146-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.07.071

药物联合手术对早期子宫内膜癌患者的疗效及妊娠率的影响

杨晓艳

(安阳市妇幼保健院, 河南 安阳 455000)

〔摘要〕 **目的:** 探究注射用醋酸曲普瑞林联合宫腔镜手术治疗早期子宫内膜癌患者的效果及对其妊娠率的影响。**方法:** 选取安阳市妇幼保健院 2015 年 1 月至 2017 年 1 月收治的早期子宫内膜癌患者 72 例, 根据治疗方案不同分为观察组 ($n=36$)、对照组 ($n=36$), 对照组给予注射用醋酸曲普瑞林, 观察组在对照组基础上联合宫腔镜电切术, 比较两组患者的疾病缓解率、妊娠率、复发率。**结果:** 观察组患者的疾病缓解率为 91.67%, 高于对照组的 58.33%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的妊娠率为 63.89%, 高于对照组的 38.89%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的复发率为 13.89%, 低于对照组的 36.11%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 注射用醋酸曲普瑞林联合宫腔镜手术治疗早期子宫内膜癌患者相比于单用醋酸曲普瑞林治疗, 可提高疾病缓解率及妊娠率, 降低复发率。

〔关键词〕 早期子宫内膜癌; 宫腔镜手术; 醋酸曲普瑞林

〔中图分类号〕 R 737.33 **〔文献标识码〕** B

早期子宫内膜癌是临床常见妇科肿瘤, 致病因素尚未有权威定论, 多发生于绝经期前后, 近年来发病率逐渐上升, 且有年轻化趋势。相关报道指出, 约 5% 子宫内膜癌患者年龄 < 40 岁, 其中 70% 无生育史^[1]。对于此类患者, 其治疗应尽量保留生育功能。注射用醋酸曲普瑞林是促性腺激素释放激素激动剂, 生物活性高, 可调控子宫内膜癌基因, 从而起到治疗作用^[2]。宫腔镜电切术可有效切除病灶, 有助于子宫内膜癌预后改善。本研究选取本院收治的早期子宫内膜癌患者分组比较, 旨在分析注射用醋酸曲普瑞林联合宫腔镜手术的应用效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2015 年 1 月至 2017 年 1 月收治的早期子宫内膜癌患者 72 例, 根据治疗方案的不同分为观察组 ($n=36$)、对照组 ($n=36$)。对照组患者年龄 25~38 岁, 平均年龄 (31.52 ± 3.13) 岁; 体质量 51~68 kg, 平均体质量 (59.24 ± 4.31) kg。观察组患者年龄 23~39 岁, 平均

年龄 (30.88 ± 3.45) 岁; 体质量 50~69 kg, 平均体质量 (59.83 ± 4.22) kg。两组患者的一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: (1) 经病理组织学诊断确诊为早期子宫内膜癌; (2) 有生育需求; (3) 孕激素受体为阳性; (4) 患者知情同意本研究。**排除标准:** (1) 对本研究药物有禁忌证; (2) 有手术禁忌证; (3) 病历资料完善。

1.3 方法

1.3.1 对照组 给予注射用醋酸曲普瑞林 (法国 Ipsen Pharma, 进口药品注册证号 H20130797) 皮下注射, $0.1 \text{ mg} \cdot \text{次}^{-1}$, 1 次 $\cdot 4 \text{ 周}^{-1}$, 4 个月为 1 个疗程。治疗 1 个疗程。

1.3.2 观察组 行宫腔镜电切术, 具体如下: 常规消毒铺巾, 静脉麻醉; 以 10 号扩宫棒扩宫, 给予 1.5% 甘氨酸溶液充盈子宫, 压力 70 mmHg, 置入 1 cm 电切镜, 电切割环 (5 mm), 功率 100 W, 切割病灶至子宫肌层 2~3 mm; 术后 1 周放置节育器 12 个月。术后给予注射用

〔收稿日期〕 2021-01-06

〔作者简介〕 杨晓艳, 女, 主治医师, 主要研究方向是妇产科方面。