

〔文章编号〕 1007-0893(2022)04-0102-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.04.032

米非司酮联合腹腔镜手术治疗子宫肌瘤的疗效

王亚丽 范红云

(郑州陇海医院, 河南 郑州 450000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨米非司酮联合腹腔镜手术治疗子宫肌瘤患者的疗效。**方法:** 选取2017年10月至2019年10月期间于郑州陇海医院就诊的88例子宫肌瘤患者, 按随机数字表法分为对照组和观察组, 各44例。对照组予以腹腔镜子宫肌瘤切除术治疗, 观察组在对照组基础上加用米非司酮治疗, 比较两组患者雌二醇(E2)、卵泡刺激素(FSH)、孕酮(P)、黄体生成素(LH)水平、术后恢复状况、疼痛程度、生活质量和复发率。**结果:** 观察组术后7 d E2、P、FSH、LH水平分别为(265.36 ± 20.14) pmol · L⁻¹、(11.62 ± 2.87) nmol · L⁻¹、(13.32 ± 2.65) U · L⁻¹、(10.39 ± 1.47) U · L⁻¹, 低于对照组(301.45 ± 28.97) pmol · L⁻¹、(16.13 ± 3.02) nmol · L⁻¹、(17.08 ± 2.84) U · L⁻¹、(13.13 ± 1.95) U · L⁻¹, 差异具有统计学意义(P < 0.05); 观察组月经恢复时间为(40.12 ± 5.37) d, 长于对照组(33.25 ± 4.62) d, 阴道流血时间为(13.48 ± 2.01) d, 短于对照组(16.85 ± 2.52) d, 子宫体积为(68.79 ± 8.14) cm³, 小于对照组(74.65 ± 8.73) cm³, 差异具有统计学意义(P < 0.05); 观察组术后7 d疼痛程度低于对照组, 心理、生理、环境及社会领域评分均高于对照组, 且观察组复发率为2.27%, 低于对照组的18.18%, 差异均具有统计学意义(P < 0.05)。**结论:** 米非司酮联合腹腔镜手术可改善子宫肌瘤患者性激素水平, 缩短阴道流血时间, 减小子宫体积, 减轻术后疼痛, 降低疾病复发率, 改善生活质量。

〔关键词〕 子宫肌瘤; 腹腔镜手术; 米非司酮

〔中图分类号〕 R 737.33 〔文献标识码〕 B

子宫肌瘤属于良性肿瘤, 其多发于育龄期女性, 可引起患者经期延长、白带增多、腹部坠胀等症状, 严重影响女性身心健康^[1]。手术是子宫肌瘤常用治疗方式, 腹腔镜子宫肌瘤切除术属于微创手术, 具有疗效佳、创伤小、出血少、并发症发生率低等特点, 直接切除肌瘤组织, 可缓解临床症状, 降低疾病对患者生活的影响, 且对生育功能影响较小^[2]。但子宫肌瘤具有激素依赖性, 单纯手术治疗难以调节患者体内激素分泌情况, 仍存在较高复发风险。米非司酮属于强抗孕激素, 对孕酮受体亲和力高, 可降低孕激素活性, 溶解卵巢黄体, 从而调节机体激素水平, 并阻止肌瘤组织内血管等生长, 缩小肌瘤体积^[3]。鉴于此, 本研究旨在分析米非司酮联合腹腔镜手术对子宫肌瘤患者临床效果的影响, 具体报道如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

选取2017年10月至2019年10月期间于郑州陇海医院就诊的88例子宫肌瘤患者, 按随机数字表法分为对照组和观察组, 各44例。对照组年龄28~46岁, 平均年龄(35.84 ± 3.16)岁; 肌瘤直径2~7 cm, 平均肌瘤直

径(4.39 ± 0.57) cm; 肌瘤类型有26例壁间肌瘤、18例浆膜下肌瘤; 产次1~3次, 平均产次(1.86 ± 0.31)次; 体质量指数18~27 kg · m², 平均体质量指数(23.28 ± 2.14) kg · m²; 病程1~5年, 平均病程(2.54 ± 0.29)年; 文化程度方面9例大专及以下, 17例高中, 18例初中及以下。观察组年龄29~45岁, 平均年龄(35.82 ± 3.17)岁; 肌瘤直径2~6 cm, 平均肌瘤直径(4.37 ± 0.56) cm; 肌瘤类型有27例壁间肌瘤、17例浆膜下肌瘤; 产次1~4次, 平均产次(1.88 ± 0.32)次; 体质量指数18~27 kg · m², 平均体质量指数(23.32 ± 2.18) kg · m²; 病程1~5年, 平均病程(2.57 ± 0.32)年; 文化程度方面10例大专及以下, 17例高中, 17例初中及以下。两组患者年龄、病程、肌瘤直径等一般资料比较, 差异均无统计学意义(P > 0.05), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 符合《子宫肌瘤及子宫腺肌病子宫动脉栓塞术治疗专家共识》^[4]中相关诊断; (2) 经腹部超声确诊; (3) 存在白带异常、腹部坠胀等症状; (4) 研究获患者及家属知情同意。

1.1.2 排除标准 (1) 存在手术禁忌证; (2) 子宫内恶性病变; (3) 近2周内使用过激素类药物;

〔收稿日期〕 2021-12-19

〔作者简介〕 王亚丽, 女, 主治医师, 主要研究方向是妇产科学。

(4) 精神障碍, 无法正常沟通; (5) 妊娠期或哺乳期; (6) 伴有盆腔炎等妇科疾病。

1.2 方法

两组均完成术前检查, 予以营养支持、对症处理等。

1.2.1 对照组 采用腹腔镜子宫肌瘤切除术治疗, 膀胱截石位, 全麻后常规 3 点穿刺, 建立 CO₂ 气腹, 置入腹腔镜对子宫周围状况进行仔细观察, 待掌握病灶处大小、形态等信息后, 注入 40 U 缩宫素, 切除肌瘤表面浆肌层, 电凝刀切除肌瘤组织。完全切除后使用 0.9% 氯化钠注射液冲洗子宫内壁, 以垂直褥式缝合肌瘤床, 术后常规抗感染, 采用缩宫素预防水肿。

1.2.2 观察组 在对照组基础上加用米非司酮 (广州朗圣药业有限公司, 国药准字 H20113480) 治疗, 排气后口服, 25~50 mg·次⁻¹, 1~2 次·d⁻¹, 连用 7 d。

两组均随访半年, 记录复发状况。

1.3 观察指标

(1) 性激素水平: 术后 1 d 及术后 7 d, 空腹抽取两组患者 5 mL 静脉血, 取得血清后, 以放射免疫法检测雌二醇 (estradiol, E2)、卵泡刺激素 (follicle-stimulating hormone, FSH)、孕酮 (progesterone, P) 及黄体生成素 (luteinizing hormone, LH) 水平。(2) 术后恢复状况: 比较两组患者月经恢复时间、阴道流血时间和子宫体积变化, 其中子宫体积于术后 3 个月时采用 B 超检测。(3) 疼痛程度: 术后 1 d 及术后 7 d, 采用视觉模拟评分法 (visual analogue scales, VAS) 评价两组疼痛程度, 予以患者 0~10 刻度尺, 对应 0~10 分, 其中 3 分及以下为轻度疼痛, 4~6 分为中度疼痛, 7 分及以上为重度疼痛。(4) 生活质量: 随访半年时, 采用世界卫生组织生活简易量表评价两组生活质量, 包括心理、生理、环境及社会领域, 每项 100 分, 得分高则生活质量好。(5) 复发率: 随访半年, 记录两组复发状况, 复发标准为 B 超检查发现新的子宫肌瘤, 且肌瘤大小超过 1 cm。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 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 两组患者术后不同时段性激素水平比较

术后 1 d, 两组患者的性激素水平组间比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 两组患者术后 7 d E2、P、FSH、LH 水平均降低, 且观察组患者术后 7 d E2、P、FSH、LH 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者术后不同时段性激素水平比较 (*n* = 44, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	E2/pm _{ol} ·L ⁻¹	P/nmol·L ⁻¹	FSH/U·L ⁻¹	LH/U·L ⁻¹
对照组	术后 1 d	584.18±34.18	22.01±4.42	3.61±4.15	19.43±2.05
	术后 7 d	301.45±28.97	16.13±3.02	7.08±2.84	3.13±1.95
观察组	术后 1 d	582.62±33.65	21.25±4.36	23.45±4.18	9.36±2.01
	术后 7 d	265.36±20.14 ^a	1.62±2.87 ^a	3.32±2.65 ^a	0.39±1.47 ^a

注: E2 一雌二醇; P 一孕酮; FSH 一卵泡刺激素; LH 一黄体生成素。
与对照组术后 7 d 比较, ^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者术后恢复状况比较

观察组患者月经恢复时间长于对照组, 阴道流血时间短于对照组, 子宫体积小于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者术后恢复状况比较 (*n* = 44, $\bar{x} \pm s$)

组别	月经恢复时间/d	阴道流血时间/d	子宫体积/cm ³
对照组	33.25±4.62	16.85±2.52	74.65±8.73
观察组	40.12±5.37 ^b	13.48±2.01 ^b	68.79±8.14 ^b

注: 与对照组比较, ^b*P* < 0.05。

2.3 两组患者术后不同时段疼痛程度比较

两组患者术后 1 d 疼痛程度组间比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 观察组术后 7 d 中度疼痛和重度疼痛占比小于对照组, 轻度疼痛占比大于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者术后不同时段疼痛程度比较 (*n* = 44, *n*(%))

组别	时间	轻度疼痛	中度疼痛	重度疼痛
对照组	术后 1 d	13(29.55)	19(43.18)	12(27.27)
	术后 7 d	25(56.82)	17(38.64)	2(4.55)
观察组	术后 1 d	12(27.27)	21(47.73)	11(25.00)
	术后 7 d	35(79.55) ^c	9(20.45) ^c	0(0.00) ^c

注: 与对照组术后 7 d 比较, ^c*P* < 0.05。

2.4 两组患者生活质量比较

治疗后, 观察组患者心理、生理、环境及社会领域评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 4。

表 4 两组患者生活质量比较 (*n* = 44, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	心理	生理	环境	社会
对照组	79.85±7.15	82.35±6.89	87.51±6.85	82.55±6.43
观察组	86.76±7.29 ^d	88.58±7.14 ^d	94.58±2.14 ^d	89.85±6.78 ^d

注: 与对照组比较, ^d*P* < 0.05。

2.5 两组患者复发率比较

对照组患者出现 8 例复发, 复发率为 18.18% (8/44); 观察组患者出现 1 例复发, 复发率为 2.27% (1/44)。观察组患者复发率低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。

3 讨论

子宫肌瘤主要由平滑肌细胞增生所致, 该病早期无明显症状, 随着肌瘤体积的增大可出现腹胀、疼痛、阴道流血等症状, 影响患者日常生活和工作^[5-6]。目前, 临床对于肌瘤体积较小患者多予以保守治疗, 而体积较大时需手术治疗。子宫切除术较为常用, 通过切除子宫可彻底清除肌瘤组织, 避免疾病复发, 但其创伤大且无法保留生育功能。腹腔镜子宫肌瘤切除术则是存在生育需求患者的首要选择, 其属于微创手术, 对患者机体创伤小, 利于减少术中出血量, 降低术后并发症发生率, 从而促进患者快速恢复, 且术后可保留子宫正常生育功能^[7-8]。子宫肌瘤属于激素依赖性肿瘤, 体内性激素水平与其发生及发展关系密切, 雌激素可刺激肿瘤生长, 促进子宫内膜增生, 孕激素能增强上皮生长因子受体和蛋白活性, 与雌激素协同促进肌瘤进展, 故降低雌孕激素水平利于抑制肌瘤生长^[9-10]。但单纯手术治疗虽可切除病灶组织, 却无法从根本上纠正激素紊乱状态, 一旦残留微小瘤核仍可继续生长, 导致疾病复发。

E2、P、FSH、LH 为常见性激素指标, 通过监测其水平变化可评估患者病情变化及治疗效果。本研究中, 观察组患者术后 7 d E2、P、FSH、LH 水平均低于对照组, 月经恢复时间长于对照组, 阴道流血时间短于对照组, 子宫体积小于对照组, 疼痛程度总体上低于对照组, 心理、生理、环境及社会领域评分均高于对照组, 复发率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 表明米非司酮联合腹腔镜手术治疗子宫肌瘤效果显著, 利于降低性激素水平, 缩短阴道流血时间, 减少疾病复发, 改善患者生活质量。阿曼古丽等^[11]研究显示, 米非司酮联合腹腔镜手术可降低患者性激素水平, 减少疾病复发, 与本研究结果相一致。米非司酮是 P 受体拮抗剂, 具有较高的黄体酮受体亲和力, 可选择性结合孕激素受体, 降低孕激素活性, 从而加快卵巢黄体溶解, 阻断孕激素受体基因转录与翻译, 进而抑制孕激素受体结合 P, 缩小肌瘤体积。米非司酮还可调节雌孕激素, 消除对下丘脑垂体-卵巢轴的影响, 改善卵巢功能, 维持雌激素在滤泡早期水平, 减少子宫动脉血液, 加速肌瘤萎缩, 降低复发可能性^[12]。米非司酮应用期间患者卵巢功能受到抑制, 使得卵泡发育停止, 引起可逆性闭经, 延长月经恢复时间,

利于创面愈合, 且停药后月经可快速恢复。米非司酮在促进子宫收缩的同时能加快宫颈软化, 以减轻术后疼痛感, 且该药具有一定抗糖皮质激素活性。

综上所述, 米非司酮联合腹腔镜手术可缩短子宫肌瘤患者术后阴道流血时间, 延长月经恢复时间, 降低性激素水平, 减少疾病复发。

〔参考文献〕

- (1) 刘锦钰, 杜娟, 李晓星, 等. 腹腔镜下子宫动脉阻断术联合肌瘤切除术治疗子宫肌瘤的临床研究 (J). 中国妇幼保健, 2018, 33(8): 1704-1707.
- (2) 王浩, 朱月, 严立祥. 腹腔镜下子宫动脉阻断术联合肌瘤切除术治疗子宫肌瘤的临床效果 (J). 中国妇幼保健, 2017, 32(24): 6330-6332.
- (3) 徐丽, 黄三秀. 米非司酮治疗子宫肌瘤的疗效及潜在机制分析 (J). 检验医学与临床, 2017, 14(5): 738-739.
- (4) 郎景和, 陈春林, 向阳, 等. 子宫肌瘤及子宫腺肌病子宫动脉栓塞术治疗专家共识 (J). 中华妇产科杂志, 2018, 53(5): 289-293.
- (5) 付景丽, 黄燕, 杨鹰, 等. 子宫动脉栓塞术治疗子宫肌瘤的临床效果分析 (J). 西部医学, 2017, 29(5): 613-616.
- (6) 何丽, 孙丽, 伍秋红, 等. 腹腔镜术前联合戈舍瑞林治疗子宫肌瘤对患者子宫血流阻力、瘤体及血红蛋白影响 (J). 中国计划生育学杂志, 2020, 28(9): 1449-1452.
- (7) 单秋艳, 计月华, 杨俊玲. 腹腔镜子宫肌瘤切除术对患者卵巢功能及血清炎症因子和应激指标的影响 (J). 陕西医学杂志, 2017, 46(6): 732-734.
- (8) 金贞兰. 腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的效果及对患者性激素和性功能的影响 (J). 中国妇幼保健, 2021, 36(12): 2908-2911.
- (9) 金华, 罗一. 桂枝茯苓丸联合左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫肌瘤的临床研究 (J). 现代药物与临床, 2019, 34(6): 1814-1817.
- (10) 张欣, 朱琰, 宋知理, 等. 大黄廑虫丸联合米非司酮治疗子宫肌瘤的临床研究 (J). 现代药物与临床, 2019, 34(9): 2704-2708.
- (11) 阿曼古丽, 吕锡芳, 美丽古丽, 等. 米非司酮对子宫肌瘤剔除术后患者性激素和免疫功能的影响 (J). 现代生物医学进展, 2017, 17(34): 6688-6691.
- (12) 高艳民, 孙小芳, 刘连臣, 等. 小剂量米非司酮对子宫肌瘤患者雌、孕激素水平、子宫及瘤体体积的影响 (J). 检验医学与临床, 2017, 14(20): 3056-3058.