

- 次手术影响因素研究[J]. 医学与社会, 2020, 33(10): 85-88.
- [11] 农圣, 黄二丹, 江蒙喜. 协同医疗服务体系的构建机制分析[J]. 中国卫生经济, 2017, 36(7): 13-16.
- [12] 严金川, 梁仪, 袁伟, 等. 急性心脑血管病区域化协同救治的网络构建[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2019, 21(1): 90-92.
- [13] 连扬鹏. 基于物联网技术的数字化院前急救平台的设计与应用[J]. 中国数字医学, 2018, 13(5): 19-23.
- [14] 周陶, 刘玉兰, 丁小容. 可穿戴医疗设备用于生命体征测量的效果探讨[J]. 护理学杂志, 2018, 33(21): 39-42.
- [15] 孙亚梅, 杨小丽, 封欣蔚. 重庆市基层医疗卫生机构基本公共卫生服务实施情况分析[J]. 中国全科医学, 2015, 18(2): 227-230.
- [16] 孙娟, 王正新, 祝启花, 等. 个案管理在早产儿延续护理中的应用[J]. 护理学杂志, 2016, 31(19): 1-4.
- (收稿日期: 2021-01-16 修回日期: 2021-06-19)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2021. 17. 028

宫内灌注羧甲基壳聚糖胶体平衡液联合留置水囊导尿管预防宫腔粘连术后再粘连的临床效果*

贺正蓉, 刘传永

重庆市万州区妇幼保健院妇科, 重庆 404000

摘要:目的 探讨宫腔粘连(IUA)分离术后宫内灌注羧甲基壳聚糖胶体平衡液(以下简称防粘液)联合留置水囊导尿管的治疗方法预防宫腔再粘连的临床效果。方法 选择 2019 年 1 月至 2020 年 9 月来该院行 IUA 分离术的患者 60 例为研究对象, 分为观察组、对照组, 每组各 30 例。行 IUA 分离术后, 于观察组患者宫腔内灌注防粘液并留置水囊导尿管 7 d 后取出, 于对照组患者宫腔内留置节育环 3 个月后取出。两组患者采取同样的药物治疗方案。术后 3 个月, 经宫腔镜检查两组患者宫腔恢复情况, 同时询问患者月经恢复情况。结果 观察组中, 30 例患者宫腔及月经均完全恢复至正常, 有效率均为 100.00%; 对照组中, 21 例患者宫腔完全恢复至正常, 5 例宫腔恢复好转, 有效率为 86.67%(26/30), 月经恢复有效率为 83.33%(25/30), 两组宫腔恢复及月经恢复有效率比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 IUA 分离术后于患者宫内灌注防粘液联合留置水囊导尿管的治疗方法, 能明显提高 IUA 分离术的治愈率, 降低术后宫腔再粘连的风险, 该技术简单、安全、易行, 有良好的治疗效果。

关键词: 宫腔粘连分离术; 羧甲基壳聚糖胶体平衡液; 水囊导尿管

中图法分类号: R713.4

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2021)17-2562-03

宫腔粘连(IUA)多因人流刮宫过度或产后、流产后出血刮宫导致的子宫内膜损伤及感染所致, 使 IUA 组织形成, 引起宫腔变形, 甚至形态消失^[1-2]。IUA 临床表现为月经减少、闭经、周期性下腹痛、继发不孕、反复流产和胎盘种植异常等^[3], 近年来, 随着流产手术的增多, IUA 的发病率明显升高^[4], 且有年轻、未婚、未孕化的发展趋势, 严重危害了育龄女性的身心健康和生育能力^[5]。目前, 宫腔粘连分离术(TCRA)后, 为了预防宫腔再粘连, 国内普遍采取的治疗手段是在患者宫腔内留置节育环 3 个月后取出。然而, 临床实践表明, 该方法仍容易导致宫腔再粘连, 并可能因取环失败导致医疗纠纷, 可见, TCRA 后如何预防 TCRA 后再粘连是 IUA 临床诊治的重点与难点。本研究对 60 例 IUA 患者进行研究, 详细探讨了 TCRA 后宫腔灌注防粘液联合留置水囊导尿管的治疗方法对预防宫腔再粘连的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2019 年 1 月至 2020 年 9 月在本院行 TCRA 的 60 例 IUA 患者为研究对象, 年龄 25~36 岁; 均有宫腔手术史, 27 例患者宫腔手术次数 > 3 次, 33 例患者宫腔手术次数为 1~3 次; 32 例主诉月经减少, 25 例出现闭经, 2 例有周期性腹痛, 1 例继发不孕。纳入标准: (1)符合 IUA 诊断标准; (2)既往月经正常; (3)无其他导致不孕的并发症; (4)无卵巢性、垂体性或下丘脑性闭经; (5)无心血管疾病、糖尿病、肝病、血栓性疾病等; (6)无雌孕激素及米索前列醇使用禁忌证。

1.2 诊断标准 按照欧洲妇科内窥镜协会 IUA 分类标准进行诊断, I 度: 宫腔内有多处纤维膜样粘连带, 两侧宫角及输卵管开口正常; II 度: 子宫前后壁间有致密的纤维粘连, 两侧宫角及输卵管开口可见; III 度: 纤维索状粘连致部分宫腔及一侧宫角闭锁; IV 度:

* 基金项目: 重庆市万州区卫生和计划生育委员会科研项目(Wzstc-2017021)。

本文引用格式: 贺正蓉, 刘传永. 宫内灌注羧甲基壳聚糖胶体平衡液联合留置水囊导尿管预防宫腔粘连术后再粘连的临床效果[J]. 检验医学与临床, 2021, 18(17): 2562-2564.

纤维索状粘连致部分宫腔及两侧宫角闭锁;Ⅴa 度:粘连带疤痕化致宫腔极度变形及狭窄;Ⅴb 度:粘连带疤痕化致宫腔完全消失。Ⅳ~Ⅴ度 IUA 为重度 IUA。

1.3 方法 手术时机为患者月经干净后 3~7 d,闭经患者手术时机不受限制。完善术前检查:患者白带正常,无手术禁忌证,术前 4~6 h 于肛门塞米索前列醇以软化宫颈。患者取膀胱截石位,在静脉麻醉下行 TCRA,尽量分离宫腔至正常形态,且双侧输卵管开口可见。

1.4 分组治疗 按随机数字表法将 60 例研究对象分为观察组与对照组,每组 30 例。观察组(其中重度粘连 10 例):TCRA 后宫腔内留置水囊导尿管,然后经导尿管缓慢向宫腔内灌注羧甲基壳聚糖胶体平衡液(防粘液,杭州协和医疗用品有限公司生产,每瓶 20 mL)20 mL;随后向水囊内注入生理盐水 3~4 mL,使囊体均匀膨胀,形成适应于宫腔形状的全局支撑体;术后 7 d 缓慢释放水囊内液体的同时,经阴道逐渐取出该水囊导尿管,残留的水囊机械性分离宫腔内可能存在的疏松粘连。对照组(其中重度粘连 10 例):TCRA 后根据患者宫腔形态留置不同型号金属圆形节育环,3 个月后取出。观察组与对照组均给予抗菌药物预防感染,并于手术当天按照患者自身 IUA 程度给予戊酸雌二醇片(法国 DELPHARM Lille S. A. S 公司生产,每片 1 mg),每次 2~3 mg,每天 2~3 次,口服 21 d;并于服药期最后 6 d 加服黄体酮胶丸(浙江爱生药业有限公司生产,每粒 100 mg),每次 200 mg,每天 1 次,每晚睡前口服,口服 6 d。停药后,从月经来潮的第 5 天开始下一周期治疗,共服用 3 个月。对照组及观察组年龄、临床表现等比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表 1。

表 1 两组的一般情况比较

组别	n	年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	宫腔手术次数(n)		临床表现(n)			
			>3 次	1~3 次	月经减少	闭经	周期性腹痛	继发不孕
观察组	30	28.30±2.51	14	16	16	12	1	1
对照组	30	27.80±2.46	13	17	16	13	1	0

1.5 随访及疗效评价 术后 3 个月行宫腔镜检查,了解宫腔恢复情况,并询问月经恢复情况。疗效评价标准:(1)治愈,月经量基本恢复正常,宫腔镜下宫腔形态正常或基本正常,双侧输卵管开口可见;(2)好转,月经量增多,但较既往月经量少,IUA 分级下降;(3)无效,月经量无改变,IUA 分级术前、术后无差别或加重;(4)有效,本研究中将“治愈”“好转”定义为有效。

1.6 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行数据处理及统计分析,计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 术后 3 个月两组宫腔恢复情况比较 观察组与对照组患者 TCRA 均顺利,术后 3 个月行宫腔镜检查,IUA 疗效评价结果见表 2。观察组治疗有效率为 100.00%,明显高于对照组的治療有效率[86.67%(26/30)],差异有统计学意义($\chi^2=4.113, P=0.023$)。对照组中 10 例重度 IUA 有 4 例治疗无效。

表 2 术后 3 个月两组宫腔恢复情况比较

组别	n	治愈(n)	好转(n)	无效(n)	有效(n)	有效率(%)
观察组	30	30	0	0	30	100.00
对照组	30	21	5	4	26	86.67

2.2 两组患者术后月经恢复情况比较 月经恢复情况评价结果见表 3,观察组月经恢复有效率为 100.00%,明显高于对照组月经恢复有效率[83.33%(25/30)],差异有统计学意义($\chi^2=4.975, P=0.021$)。

表 3 术后 3 个月两组月经恢复情况比较

组别	n	治愈(n)	好转(n)	无效(n)	有效(n)	有效率(%)
观察组	30	30	0	0	30	100.00
对照组	30	22	3	5	25	83.33

3 讨 论

近年来,随着宫腔镜技术的普及与发展,TCRA 于直视下分离或切开 IUA,成为 IUA 治疗的“金标准”^[6-7]。但 TCRA 后 IUA 复发率较高,据文献报道,TCRA 后总的复发率为 3.1%~23.5%,其中重度粘连的复发率达 50%以上^[8]。目前,被临床医师普遍接受预防术后再粘连的治疗方式为 TCRA 后于患者宫腔内留置节育环,3 个月后取出,由于宫内节育环仅能在局部范围内支撑子宫,作用面积窄,不能完全隔离子宫创面,且在节育环与宫腔壁接触点存在集中压迫作用,容易损伤脆弱的宫腔壁及引起宫腔炎性反应;3 个月后对患者实施取环术,还未完全恢复的宫腔壁又将不可避免地再次受到损伤,该方法容易导致宫腔再粘连。本研究结果分析可见,TCRA 后宫内留置节育环,治愈 21 例,好转 5 例,无效 4 例,有效率仅为 86.67%(26/30),月经恢复有效率为 83.33%(25/30)。另外,采用该方法时可能因取环失败导致医疗纠纷。

有研究结果发现,宫腔镜下 TCRA 后 COOK 球囊放置 7~14 d 后取出,可使月经改善率达 81.45%~95.00%;并与放置节育环相比,可明显降低治疗后的 IUA 评分,减少再粘连形成^[9-11]。本研究采用 TCRA 后宫内灌注防粘液联合留置水囊导尿管,充分发挥二者之治疗优势,由表 2、表 3 可见观察组术后治疗有效率及月经恢复有效率均为 100.00%,主要是因为:(1)向宫腔内灌注的防粘液为外科手术所用

的羧甲基壳聚糖胶体平衡液,其代谢物可被机体完全吸收,具有一定的止血、抑菌效果。羧甲基壳聚糖能明显抑制成纤维细胞的过度增殖及胶原合成,但不影响机体表皮细胞正常生长,且能促进上皮细胞再生,达到生理性修复的目的,进一步加快宫腔壁生理功能的恢复进程;(2)水囊能够使子宫前后壁完全分离,确保子宫各侧壁处于均匀受压状态,从而达到减少出血、加快子宫内膜创面修复的目的;(3)导尿管能够及时将宫腔内的炎性物质、积血引出体外,降低患者术后感染的风险;(4)术后 7 d 经阴道缓慢取出水囊,可再次机械性分离宫腔内可能存在的疏松粘连,防止致密粘连的产生或缓解其进展,并避免了放置宫内节育环后再次取出宫内节育环的宫腔内操作^[12],避免宫腔受到二次损伤的可能。此方法能明显降低患者宫腔再粘连的风险,可见观察组 IUA 治愈 30 例,有效率为 100.00%,对照组有效率为 86.67%,对照组 IUA 治疗有效率明显低于观察组,主要是因为对照组中 10 例重度 IUA 患者术后宫内留置节育环有 4 例无效所致,由此可见特别是对于重度粘连的患者 TCRA 后宫内灌注防粘液联合留置水囊导尿管的效果更佳。

值得注意的是:(1)宫内水囊不能注入太多,根据宫腔大小注入 3~4 mL,太多容易压迫子宫内膜引起缺血、坏死,太少不能充分扩张宫腔及隔离宫腔创面;(2)水囊必须在子宫创面恢复的第 7 天取出并给予抗感染治疗,以免引起感染;如果 5 d 内水囊脱出,可再次置入宫腔,仍在术后 7 d 取出,本研究有 2 例患者分别于术后 2 d 及 3 d 水囊脱出而再次置入水囊,术后 7 d 取出。2015 年《宫腔粘连临床诊疗中国专家共识》推荐:IUA 术后放置宫腔支撑球囊,球囊内注液或注气量 ≤ 5 mL,留置时间 5~7 d(推荐等级 C)^[13];2017 年美国妇科腔镜学会(AAGL)发布的 IUA 临床指南也指出,IUA 术后应用性激素治疗(雌激素单独或联合孕激素)可以减少 IUA 复发(推荐等级 B)^[14]。然而,现阶段,雌孕激素治疗 IUA 仍是以临床医师的经验为主,雌激素的种类、剂量、用药途径、疗程及联合措施尚未达成一致。本研究术后应用大剂量戊酸雌二醇,后 6 d 加上雌孕激素联合用药,与传统方案一致,总之,术后均需辅以大剂量雌孕激素进行周期性治疗以修复子宫内膜功能。

综上所述,TCRA 后宫内灌注防粘液联合留置水囊导尿管,并辅以人工激素周期修复子宫内膜的综合治疗能有效预防宫腔再粘连,特别是对重度 IUA 有明显的治疗优势;术后服药方案与传统治疗模式(宫内安节育环)保持一致,能够较容易地为医护人员所接受,便于临床推广。但本研究结论仍需大样本、长时间随访研究的支持。

参考文献

- [1] SALAZAR C A, ISAACSON K, MORRIS S. A comprehensive review of Asherman's syndrome: causes, symptoms and treatment options[J]. Curr Opin Obstet Gynecol, 2017, 29(4): 249-256.
- [2] CHEN L, ZHANG H, WANG Q, et al. Reproductive outcomes in patients with intrauterine adhesions following hysteroscopic adhesiolysis: experience from the Largest Women's Hospital in China[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2017, 24(2): 299-304.
- [3] YU D, WONG Y M, CHEONG Y, et al. Asherman syndrome-one century later[J]. Fertil Steril, 2008, 89(4): 759-779.
- [4] 夏恩兰. 妇科内镜学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 106-107.
- [5] MARCH C M. Management of Asherm's syndrome[J]. Reprod Beprod Biomed Oline, 2011, 23(1): 63-67.
- [6] DEANS R, ABBOTT J. Review of intrauterine adhesions[J]. Minim Invasive Gynecol, 2010, 17(5): 555-569.
- [7] 高智达, 郭玉娥. 球囊在预防Ⅲ度及以上宫腔粘连分离术后再粘连的临床研究[J]. 宁夏医学杂志, 2014, 21(10): 905-906.
- [8] 陈媛媛, 孟跃进, 顾晓荔, 等. 重度宫腔粘连分离术后两种辅助治疗方法的效果分析[J]. 实用医学杂志, 2013, 29(14): 2281-2283.
- [9] ORHUE A A, AZIKEN M E, IGBEFOH J O. A comparison of two adjunctive treatments for intrauterine adhesions following lysis[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2003, 82(1): 49-56.
- [10] 侯安丽, 刘慧兰, 周秀英. COOK 球囊联合雌孕激素序贯治疗预防宫腔镜下宫腔粘连分离术后宫腔再粘连的临床效果观察[J]. 实用妇产科杂志, 2019, 35(8): 601-604.
- [11] LIN X, WEI M, LI T C, et al. A comparison of intrauterine balloon intrauterine contraceptive device and hyahronic acid gel in the prevention of adhesion reformation following hysteroscopic surgery for Asherman syndrome: a cohort study[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2013, 170(2): 512-516.
- [12] 周琴琴, 金群俏, 胡小军. COOK 球囊联合医用凡士林预防重度宫腔粘连术后再次宫腔粘连的临床分析[J]. 实用妇产科杂志, 2017, 33(9): 717-718.
- [13] 中华医学会妇产科学分会. 宫腔粘连临床诊疗中国专家共识[J]. 中华妇产科杂志, 2015, 50(12): 881-887.
- [14] AAGL Elevating Gynecologic Surgery. AAGL practice report: practice guidelines on intrauterine adhesions developed in collaboration with the European Society of Gynaecological Endoscopy(ESGE) [J]. J Minim Invasive Gynecol, 2017, 24(5): 695-705.