

· 临床研究 ·

## 81 例困难宫内节育器取出的临床应用分析\*

杨学妞, 张覓宇<sup>△</sup>

(重庆市人口和计生科研究院附属医院妇产科 400020)

**摘要:**目的 探讨困难宫内节育器(IUD)不同类型、不同方式取出的可行性和安全性。方法 选择本院及外院困难 IUD 病例 81 例,分为 3 种类型、采用 6 种不同取出方式,评价实施该技术的一次取器成功率,再次手术率、并发症发生率,患者满意度等指标。结果 81 例患者一次取器成功率为 96.29%,3 例取器对象自动放弃取器,78 例术中、术后均无并发症,患者满意率为 91.35%。结论 困难 IUD 采用 3 种类型 6 种方式的取出措施是可行和安全的。

关键词:妇女;宫内节育器;子宫

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.28.008

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2011)28-2827-03

## Analysis of retrieving difficult IUD in 81 patients\*

Yang Xueniu, Zhang Chanyu<sup>△</sup>

(Department of Obstetrics and Gynecology, the Affiliated Hospital of Population and Family Planning Research Institute, Chongqing 400020, China)

**Abstract: Objective** To investigate the safety and feasibility of retrieving difficult IUD with different clinical treatment procedure according to different IUD types. **Methods** 81 difficult IUD cases were divided into 3 types with 6 clinical treatment procedure. The success rate with the first and second operation, the rate of complications and the satisfaction of patients were analysed. **Results** The success rate of the first operation was 96.29%. In the 81 cases, 3 patients abandoned treatment. There were no operative/postoperative complications in the 78 treated cases, 91.35 percent patients were satisfied with the treatments. **Conclusion** It was safe and feasible to retrieve difficult IUD with 6 clinical treatment procedure with 3 types. This operation model of retrieval difficult IUD was worth of spreading in the clinical practice.

Key words: women; intrauterine contraceptive device; uterus

自 20 世纪 60 年代初起,宫内节育器(intrauterine contraceptive device, IUD)在我国推广应用已有近 50 年历史, IUD 因其简便、有效、经济、可逆而成为我国大多数育龄妇女的主要避孕方法之一,由于 20 世纪 70 年代大批放置 IUD 的妇女已进入围绝经期/绝经期,以及现代避孕方式的多样选择性等原因导致目前取器人群的增加,临床上也因此发现了许多因 IUD 变形、嵌顿、移位、断裂、残留等原因致常规方法取器失败的困难 IUD 病例。对 2007 年 3 月至 2011 年 3 月本院及外院的 81 例困难 IUD 病例,实施 3 种类型 6 种方式(“3+6”技术操作模式)取出的措施,获得显著效果,值得临床推广应用,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集 2007 年 3 月至 2011 年 3 月 81 例困难 IUD 病例,年龄 25~76 岁;置器年限 2~36 年;绝经年限 1~31 年;育龄期妇女 11 例,围经期妇女 31 例,绝经后妇女 39 例;其中 IUD 移位 21 例,断裂 13 例,残留 12 例,嵌顿 65 例;外院常规取器失败次数 1~15 次;置器类型为金属 O 型、金属宫形、带铜 T 型、爱母环型、母体乐型等。

## 1.2 方法

**1.2.1 病例入选标准** 将临床上通过 1 次及 1 次以上常规方法进行取器操作不能取出或不能完全取出 IUD 的病例确定为困难 IUD 病例<sup>[1]</sup>,包括 IUD 变形、IUD 移位、IUD 嵌顿、IUD 断裂、IUD 残留、子宫萎缩、宫颈坚韧、宫颈粘连、宫腔粘连、宫腔器质性病变、子宫畸形等多种情况。

**1.2.2 困难 IUD 取出技术** 该技术操作模式系本院通过长期处理困难 IUD 病例总结提炼而形成。

**1.2.3 操作方法** 所有病例均详细询问病史、全面体格检查及相关辅助检查,排除心、肺、肝、肾等重要脏器的严重疾患及生殖道急性炎症;育龄期妇女选择经净后 3~7 d 入院;绝经年限过长,宫颈萎缩坚硬、穹窿消失者排除用药禁忌予戊酸雌二醇片 5 mg/d<sup>[2]</sup>,1 周后入院。根据受术者的取器病史、临床表现、体格检查情况,结合术前腹部 X 线平片及 B 超检查结果,判断 IUD 的位置,针对 IUD 与子宫的关系,将 IUD 分为子宫内、子宫外和宫内、宫外并存三种情况,据此分别采取联合 B 超、宫腔镜、B 超+宫腔镜、宫腔镜+腹腔镜、腹腔镜、B 超+宫腔镜+腹腔镜进行 IUD 取出的 6 种操作方式,术后常规复查 B 超或腹部 X 线平片核查 IUD 取出情况,常规使用抗生素预防感染(不超过 3 d),住院 1~4 d 出院。

**1.2.4 评价指标** 一次手术成功率、再次手术率、并发症发生率、患者满意度。

## 2 结果

81 例困难 IUD 病例中一次成功取器 78 例;B 超引导下取器 17 例,宫腔镜直视下取器 14 例,B 超+宫腔镜取器 22 例,宫腔镜+腹腔镜取器 7 例,腹腔镜取器 15 例,B 超+宫腔镜+腹腔镜 3 例;其中 IUD 异位 25 例,断裂 11 例,残留 14 例,嵌顿 65 例;81 例中 1 例宫内困难 IUD、2 例宫外困难 IUD 均因取器对象不理解宫、腹腔镜手术而放弃取器。78 例术中均无大出血、子宫穿孔、脏器损伤等并发症;患者满意度达 90% 以上、

\* 基金项目:重庆市人口和计生科研究院管课题(905)。△ 通讯作者,E-mail:zhangchanyu@gmail.com。

表 1 81 例困难 IUD 年龄、绝经年限、置器年限、置器类型的分布情况

年龄分布(岁)	n	绝经年限(年)	置器年限(年)	节育器类型
20~<30	5	未绝经	2~9	爱母环、带铜 T 型、金属 O 型、母体乐
30~<40	6	未绝经	5~11	爱母环、带铜 T 型、金属 O 型、金属宫形
40~<50	26	未绝经	2~19	金属 O 型、金属宫形
50~<60	19	未绝经 5 例余 3~13	22~32	金属 O 型
60~<70	23	6~23	25~33	金属 O 型
70~<80	2	31	31~36	金属 O 型

术后 1 个月随访均无明显腹痛、生殖道感染、月经改变等并发症出现。见表 1~4。

表 2 78 例困难 IUD 取出情况分析(n)

3 种情况	B 超 宫腔镜		B 超+ 宫腔镜+ 腹腔镜		B 超+ 宫腔镜+ 腹腔镜	
子宫内	17	14	22	4	0	1
子宫外	0	0	0	2	15	1
宫内、宫外并存	0	0	0	1	0	1

表 3 78 例困难 IUD 手术情况分析(n)

困难 IUD 情况	嵌顿	异位	断裂	残留
子宫内	64	5	11	14
子宫外	0	18	0	0
宫内、宫外并存	1	2	0	0

表 4 81 例困难 IUD 评价指标情况分析

困难 IUD	一次手术	再次手术	自动放弃手术	子宫穿孔	术中 术中大出血	术后 术后感染	满意度 ≥85%
子宫内(n)	58	0	1	0	0	0	56
子宫外(n)	18	0	2	0	0	0	16
宫内、宫外并存(n)	2	0	0	0	0	0	2
百分比(%)	96.29	0.00	3.70	0.00	0.00	0.00	91.35

### 3 讨 论

**3.1 宫内困难 IUD** 指 IUD 未穿透子宫浆膜层,部分或全部位于子宫腔或子宫肌层内。多见于产褥期粗暴置器、宫颈坚韧、子宫萎缩、宫颈粘连、宫腔粘连、宫内膜息肉、子宫黏膜下肌瘤及子宫过度屈曲、短期内多次反复宫腔操作等原因引起。对宫颈因素引起的困难 IUD,经充分术前准备,软化宫颈后,在 B 超引导下据 IUD 在宫腔的位置,沿宫腔内膜线的方向、深度、屈曲度进行取器操作<sup>[3]</sup>;对 B 超提示宫腔内 IUD 部分嵌顿至子宫内膜及浅肌层或宫腔内的断裂、残留 IUD,宫腔镜直视下进行取器操作;对 B 超提示宫腔内 IUD 大部分嵌顿至子宫肌层甚至部分穿透子宫浆膜层或 B 超提示合并有子宫内膜息肉及子宫肌瘤等宫腔病变致 IUD 无法暴露时,则应先选择 B 超引导下宫腔镜定位后再选择腹腔镜监测下行宫腔镜电切术或 B 超定位后腹腔镜监测下行腹腔镜分离或电切术进行取器操作;对于 B 超示 IUD 完全位于子宫肌层且有液性暗区考虑假道形

成或宫腔镜直视下见 IUD 位于子宫穿孔痕迹处时,同样宜选择 B 超+宫腔镜+腹腔镜联合进行取器操作。

**3.2 子宫外困难 IUD** 指 IUD 穿透子宫浆膜层,部分或全部位于盆腔或腹腔内。往往由于产褥期子宫尚未恢复,安放宫内节育器时已穿出子宫或置器后未进行规范随访以及绝经后妇女随着子宫的萎缩,节育器逐渐异位至盆腔或腹腔等原因引起。对于子宫外的困难 IUD,采取腹腔镜下取器大多都能获得成功;但极少数子宫外的困难 IUD,因位置比较特殊,如剖宫产术后子宫前壁与膀胱致密粘连,改变了正常子宫倾屈度,而 IUD 又被粘连带完全包裹于宫旁子宫动脉处或 IUD 被粘连带包裹并部分穿透膀胱肌层时,则需联合 B 超+宫腔镜+腹腔镜下进行取器操作以提高安全性,以预防和及时发现脏器损伤。对于粗暴置器或因子宫畸形置器时子宫穿孔致 IUD 游离子宫外或本为子宫外 IUD 误诊为子宫内 IUD 取器操作时致子宫穿孔或和伴肠管损伤者,均需 B 超+宫腔镜+腹腔镜联合进行取器操作并及时诊治邻近脏器的损伤<sup>[4]</sup>。

**3.3 子宫腔内、子宫腔外并存的困难 IUD** 多见于 20 世纪 70 年代集中放置节育器时部分医务人员粗暴置器或因子宫畸形等原因致置器时已穿出子宫进入盆腔,置器后 B 超随访宫腔内未见节育器而再次置器,或置器后有怀孕史,自认为节育器脱落并再次放置宫内节育器,对于这部分病例,应采取宫腔镜+腹腔镜联合或 B 超+宫腔镜+腹腔镜联合进行取器操作。

作者发现 O 型节育器取器困难者明显比 T 型、宫型、爱母环型、母体乐型多,这是因为我国早期放置的节育器类型多为 O 型且绝大多数带器妇女现在已进入围经期及绝经期,因此,生殖道萎缩及带器年限长致取器困难的发生率明显增加,与李永文等<sup>[5]</sup>报道一致;围经期及绝经期妇女的取器时机及处理不当,均可造成困难 IUD 的发生<sup>[6-7]</sup>。同时还发现子宫内的困难 IUD 病例明显多于子宫外及宫内、宫外并存者,主要是因为基层医疗条件有限,而基层许多高年资手术医师过度自信,认为宫内节育器的取出不过是一个小手术,只要借助 X 线或 B 超提示 IUD 在子宫内,凭自己多年的经验是能够成功取出的,而且对多次宫腔操作对带器妇女子宫内膜的损伤认识不足,所以才出现了本研究中 1 例宫内困难 IUD 病例 2 年内先后在不同城市、不同级别医院进行 15 次取器操作均未成功的现象。

长期以来,人们靠传统的 X 线透视 IUD 的存在或 B 超检查来确定 IUD 的位置。但 X 线透视只能表示 IUD 的存在与否,不能反映 IUD 与子宫的关系,更不能显示其在宫腔内的位置;B 超检查可了解子宫的大小、形态及宫腔的方向、深度、屈曲度,可通过屏幕直接、准确、清晰地显示子宫全貌及宫旁毗邻的关系,可以观察到 IUD 在宫腔内及宫旁的位置<sup>[8]</sup>,但不能确

定 IUD 在腹腔的情况<sup>[9]</sup>。可见,单靠 X 线透视或 B 超检查来进行取器操作,有明显的局限性。临床上困难 IUD 主要与各种原因引起的 IUD 偏离宫腔正常位置及宫颈狭窄有关。对于 B 超提示在宫内的困难 IUD,仅凭手术医师的临床经验和感觉来盲目地反复钩取,可造成子宫穿孔、肠穿孔、继发感染、宫腔粘连等严重并发症。目前,联合腹部 B 超监视下行宫腔镜取器是处理难取宫内节育器的最佳方法<sup>[10-11]</sup>,优于常规的取器方法,但是仍然存在不足。宫腔镜可直接观察 IUD 在宫腔内的形态和嵌入深度,但不能辨别 IUD 与子宫肌层的关系,IUD 嵌入子宫肌层较深或移入子宫外时,则需开腹或腹腔镜手术取器<sup>[12-13]</sup>。对于子宫外的困难 IUD,腹腔镜手术较开腹手术创伤小,还可缩短手术时间、缩短术后肛门排气时间及术后住院日,减少术中出血量及术后感染概率,而且术野清晰,可调范围大,寻找迷路 IUD 也更具优势<sup>[14-15]</sup>。

综上所述,对于困难 IUD 的“3+6”技术操作模式的应用,术前确定 IUD 的位置非常关键,特别强调在应用该技术操作模式前须将 X 线平片、B 超检查、临床症状及取器病史进行综合分析,对困难 IUD 有一个准确定位,根据 IUD 与子宫的关系,优先选择最佳的术式进行取器操作,以使取器方法更确切,副损伤更小,取器成功率更高。可见,对于困难 IUD 的取出运用“3+6”技术操作模式是一种安全、有效、微创的方法,对基层医疗机构有较好的指导作用,值得临床推广应用。

#### 参考文献:

- [1] 胡晓玲. 宫内节育器取出困难原因分析及临床处理[J]. 井冈山大学学报:自然科学版,2010,31(1):102-105.
- [2] 戴蓉,隆玉华,程薇. 尼尔雌醇用于绝经后妇女取宫内节育器 50 例观察分析[J]. 中国医学文摘:计划生育妇产科学,2008,27(5):336-337.
- [3] 汪爱兵,丁小兰,王森. 宫腔镜联合 B 超诊治 IUD 取出困

难 312 例分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2004,20(7):432.

- [4] 林晓燕,王永来,陈颖. 宫腔镜在宫内节育器取出困难中的临床应用[J]. 实用妇产科杂志,2007,23(10):625-626.
- [5] 李永文,刘齐东,喻萍. 西部某地农村妇女宫内节育器的取出原因及难易程度分析[J]. 西部医学,2009,21(10):1763-1764.
- [6] 姚晓英,黄紫蓉. 围绝经期和绝经后 IUD 取出时机和注意事项[J]. 实用妇产科杂志,2008,24(11):647-648.
- [7] 吴学浙. 绝经后取 IUD 常见困难及处理[J]. 实用妇产科杂志,2008,24(11):648-649.
- [8] 胡顺琴,孙彤. 三维超声在诊断宫内节育器位置异常中的价值[J]. 生殖与避孕,2009,29(5):340-342.
- [9] 肖雪琼,陈淑金. 异位宫内节育器取出探讨[J]. 海南医学,2010,21(9):85-86.
- [10] 王海云,殷明红,王玮. 宫内节育器取出 5 613 例临床分析[J]. 生殖与避孕,2009,29(10):696-698.
- [11] 董军响. 宫腔镜联合 B 超取出 IUD 97 例临床分析[J]. 中国医药导报,2010,7(4):66-67.
- [12] 平花,王英. 宫腔镜联合腹部 B 超处理难取宫内节育器的临床分析[J]. 中国医学创新,2010,7(1):10-11.
- [13] 沈山,高李英. 宫腔镜在宫内节育器常规取出失败后的应用[J]. 中国计划生育和妇产科,2010,2(5):55-57.
- [14] 刘素芬,谢晔玲. 宫腔镜及腹腔镜手术取出迷路宫内节育器 3 例[J/CD]. 中华妇幼临床医学杂志:电子版,2010,6(4):254.
- [15] 喻海芬,熊毅刚. 腹腔镜诊治计划生育手术并发症 32 例分析[J]. 中国计划生育和妇产科,2009,1(6):56-57.

(收稿日期:2011-04-09 修回日期:2011-05-10)

(上接第 2826 页)

- 进展,2005,26(1):17-20.
- [5] 龚生兰,施仲伟,于金德. 充血性心力衰竭[M]. 上海:上海科学技术出版社,2004:44.
- [6] 彭艳,覃数,刘剑,等. 血脂康对慢性心力衰竭患者血清 TNF2A 和血管内皮功能的影响[J]. 重庆医学,2009,38(14):1771-1772.
- [7] Naruse M, Naruse K, Demura H. Recent advances in endothelin research on cardiovascular and endocrine systems[J]. Endocr J,1994,41(5):491-507.
- [8] Yamamoto S, Matsumoto N, Kanazawa M, et al. Different contributions of endothelin-A and endothelin-B receptors in postischemic cardiac dysfunction and norepinephrine overflow in rat hearts[J]. Circulation,2005,111(3):302-309.
- [9] Ohlstein E, Douglas S. Endothelin-I modulates vascular smooth muscle structure and vasodilation: implications in cardiovascular pathology[J]. Drug Dev Res,1993,29(2):108-128.
- [10] Levin ER. Endothelins[J]. N Eng J Med,1995,333(6):

356-363.

- [11] Benigni A, Renuzzi G. Endothelin antagonists[J]. Lancet,1999,353(9):133-138.
- [12] Dupuis J, Stewart DJ, Cemacek P, et al. Human pulmonary circulation is an important site for both clearance and production of endothelin-1[J]. Circulation,1996,94(7):1578-1584.
- [13] Wei CM, Lennan A, Rodeheffer RJ, et al. Endothelin in human congestive heart failure[J]. Circulation,1994,89(4):1580-1586.
- [14] Mulder P, Richard V, Derumeaux C, et al. Role of endogenous endothelin in chronic heart failure. Effect of long-term treatment with an endothelin antagonist on survival, hemodynamics, and cardiac remodeling[J]. Circulation,1997,96(6):1976-1982.
- [15] Lepailleur-enouf D, Egidy G, Philippe M, et al. Pulmonary endothelinergic system in experimental congestive heart failure[J]. Cardiovas Res,2001,49(2):330-339.

(收稿日期:2011-04-10 修回日期:2011-05-19)