

· 临床研究 ·

宫腔镜电切除术治疗子宫黏膜下肌瘤 56 例探讨

冒福云

(江苏省淮安市妇幼保健院 223002)

摘要:目的 探讨宫腔镜电切除术(TCRM)治疗子宫黏膜下肌瘤的疗效及安全性。方法 对 2007 年 8 月至 2010 年 6 月期间应用 TCRM 治疗的子宫黏膜下肌瘤 56 例患者进行临床治疗分析。结果 56 例均在宫腔镜下完成手术,未发生子宫出血、穿孔、水中毒等手术并发症。病理检查均为良性子宫平滑肌瘤。术后随访所有患者月经量恢复正常,部分月经量减少。结论 TCRM 治疗子宫黏膜下肌瘤是一种安全、有效的方法。

关键词:宫腔镜;肌瘤;宫腔镜电切术

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.32.026

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2011)32-3278-02

The treatment for submucous myoma by hysteroscope in 56 cases

Mao Fuyun

(Department of Gynecology, the Maternal and Children's Hospital, Huaian, Jiangsu 223002, China)

Abstract: Objective To investigate the effect and safety of hysteroscopic transcervical resection of myoma(TCRM). **Methods** A total of 56 patients with the uterine submucous myoma were treated by TCRM from August 2007 to June 2010. **Results** 56 cases of submucous myoma resected under hysteroscopy. There were no complications of uterine perforation hemorrhage and water intoxication. The pathology results of all these operations were benign uterine leiomyoma. All patients resumed normal menstrual flow and reduced some of menstruation. **Conclusion** Hysteroscopic surgery is a safe and effective method to treat submucosal myoma.

Key words: hysteroscope; myoma; hysteroscopic transcervical resection of myoma

宫腔镜电切术(TCRM)治疗子宫黏膜下肌瘤,可保留子宫,不影响生育和卵巢功能,同时切除子宫肌瘤是一种直观、微创、安全可靠的治疗方法。本院 2007 年 8 月至 2010 年 6 月应用 TCRM 治疗子宫黏膜下肌瘤 56 例,疗效满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2007 年 8 月至 2010 年 6 月收入本院 56 例子宫黏膜下肌瘤患者进行 TCRM,年龄 25~51 岁。临床表现为月经量增多和(或)月经紊乱 32 例,其中合并贫血 25 例。所有患者经盆腔彩超检查和妇科检查为子宫黏膜下肌瘤(未脱垂阴道内),宫颈、阴道涂片以及子宫内膜病理检查排除恶变可能。

1.2 手术准备 术前进行各项常规检查及术前准备,在月经干净后 3~5 d 进行。如果子宫黏膜下肌瘤直径大于 5 cm,先给予米非司酮 25 mg,每天 2 次,治疗 3 个月,待肌瘤缩小后再进行手术。手术前 1 d 晚上置米索前列醇 0.4 mg^[1]。仪器选择 WISP 公司生产的宫腔镜成套设备,切割电极功率为 60~80 W;电凝功率为 40~60 W;麻醉选择持续性硬膜外麻醉或腰麻;选用 5%的葡萄糖作为膨宫介质,术中采用 Hagr 扩宫棒(10~11 号)扩张宫颈,配合 B 超引导,根据具体情况进行相应处理。

1.3 手术操作 术前准备完毕,持续灌液,置入宫腔镜,观察宫腔形态,确定肌瘤的大小和部位、蒂根部宽度以及肌层的关系,选用环形电极在肌瘤突出的表面切开黏膜肌瘤包膜,逐步切割取出。对于无蒂黏膜或肌壁间肌瘤突出的情况,先将肌瘤切至肌壁平行,再用卵圆钳旋转取出标本。术中应用缩宫素 20 U 加强子宫收缩,使深层的肌瘤挤向宫腔减少出血,有利于手术切除。创面较大放置宫内节育器防止术后宫腔粘连,同时术中应用腹部 B 超对手术全程监护,防止子宫穿孔,避免邻近

脏器热损伤,切除组织送病理检查。

1.4 术后随访 所有患者分别在术后 1、3、6、12 个月以后每年门诊复查,观察月经量改变情况,术后 3~6 个月取出宫内节育器,有生育要求给予人工周期治疗 3 个月。

2 结果

56 例黏膜下肌瘤均在宫腔镜和 B 超监测下顺利完成手术,无 1 例中转开腹,术中无并发症发生。手术时间 17~68 min,平均(30.1±12.8)min;术中出血 15~110 mL,平均(34.1±16.5)mL。术后 1~2 d 患者诉轻微下腹痛,余无不适,并予抗生素预防感染 3~4 d。术后平均住院时间为(4.1±1.5)d。病理报告提示均为良性子宫黏膜下肌瘤。术后随访第 1~3 个月,25 例贫血患者血红蛋白上升至正常范围,月经恢复正常 42 例,12 例诉月经量减少(其中 9 例可能与子宫内膜部分切除有关)。术后 3~6 个月取出宫内节育器,其中 1 例生育 1 女。

3 讨论

3.1 TCRM 治疗子宫黏膜下肌瘤的应用价值 子宫肌瘤是女性生殖器最常见的良性肌瘤,常见于 30~50 岁的妇女,其中黏膜下肌瘤的发生率占子宫肌瘤的 10%~15%^[2]。宫腔镜可直观、准确判断和治疗子宫黏膜下肌瘤,具有创伤小、内环境受干扰少、出血少、术后恢复快、住院时间短、经济负担小等优点^[3]。目前 TCRM 切除黏膜下肌瘤在妇科已发展为成熟的手术^[4]。TCRM 治疗子宫黏膜下肌瘤保留了子宫,保存生育功能和卵巢功能,避免子宫切除及子宫切除后卵巢功能受到影响,是一种理想的微创治疗手段。

3.2 手术病例选择 预防 TCRM 并发症的发生,做好一系列防范措施是十分重要的,术前全面检查和评估患者病情。文献

报道肌瘤直径大于 5 cm,术前可用孕三烯酮或米非司酮进行预防性处理 2~3 个月,等肌瘤缩小和(或)贫血状况改善后再手术^[5]。本组研究中有 3 例子宫肌瘤直径大于 5 cm,予米非司酮 25 mg,每天 2 次,治疗 3 个月,经 B 超检查肌瘤直径小于 5 cm。25 例合并贫血的患者,术中全程给予 B 超监护,术中未出现并发症,确保了手术的安全。

3.3 TCRM 并发症及预防 TCRM 的并发症主要有子宫出血、穿孔、水中毒、感染、宫腔粘连等。(1)子宫出血:手术时间选择在月经周期的前半期,可减少出血,术中视野清楚,准确寻出血点,可先电凝止血,再行 TCRM,止血彻底是防止出血的关键,为预防子宫出血增多,可以给予缩宫剂和止血剂等预防处理。(2)子宫穿孔:子宫穿孔的发生率为 0.5%~4.0%^[6]。术者熟悉子宫的解剖结构,熟练掌握切割的深度,配合 B 超监测,了解子宫肌壁厚度,减少对正常子宫肌壁的损伤,是避免和发现子宫穿孔的有效措施。一旦发现子宫穿孔,立即停止操作,根据病情给予缩宫素等治疗,可在腹腔镜或者开腹下行修补术。(3)水中毒:文献报道水中毒的发生率为 0.4%~2.0%^[7]。水中毒是由于灌流液吸收过多进入血循环,导致血容量过多及低钠血症,从而引起全身一系列症状。预防的关键是尽量减少膨宫液快速、大量吸收,掌握宫腔灌流液出入量、流速、压力、手术时间,避免子宫穿孔和血管损伤。(4)宫腔粘连:由于术中切除黏膜下肌瘤后宫腔创面大,造成子宫内膜破坏,可放置宫内节育器防止宫腔粘连,术中 9 例放置宫内节育器,术后放置宫内节育器治疗 3~6 月,对有生育要求者行人工周期治疗 3 个月,促进子宫内膜尽快修复,再取出宫内节育器,随访未发现宫腔粘连。(5)感染:术前全面检查了解患者病情做好阴道消毒准备,纠正贫血,根据病情,术前或者术后适当使用抗生素预防感染。

总之,随着经验的不断积累及器械、设备的发展,TCRM 治疗子宫黏膜下肌瘤具有创伤小、恢复快、出血少等优点^[8-11],保留了子宫^[12],值得在临床研究和推广应用。

(上接第 3277 页)

- [5] Lin JF, Xu J, Tian HY, et al. Identification of candidate prostate cancer biomarkers in prostate needle biopsy specimens using proteomic analysis[J]. *Int J Cancer*, 2007, 121(12):2596-2605.
- [6] Liu X, Zeng B, Ma J, et al. Comparative proteomic analysis of osteosarcoma cell and human primary cultured osteoblastic cell[J]. *Cancer Invest*, 2009, 27(3):345-352.
- [7] Park HJ, Kim BG, Lee SJ, et al. Proteomic profiling of endothelial cells in human lung cancer[J]. *J Proteome Res*, 2008, 7(3):1138-1150.
- [8] Karihtala P, Mäntyniemi A, Kang SW, et al. Peroxiredoxins in breast carcinoma[J]. *Clin Cancer Res*, 2003, 9(9):3418-3424.
- [9] Yanagawa T, Iwasa S, Ishii T, et al. Peroxiredoxin I ex-

参考文献:

- [1] 刘翠萍. 米索前列醇用于宫腔镜检查的临床观察[J]. *辽宁医学院学报*, 2007, 28(1):46
- [2] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社 2008:269-272.
- [3] 王志强, 杨希娟. 宫腔镜电切术治疗子宫黏膜下肌瘤的临床观察[J]. *医学临床研究*, 2010, 27(7):1211-1212, 1215.
- [4] 夏恩兰. 妇科内镜学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001:142-142.
- [5] 张培海, 史晓丽. 宫腔镜电切术治疗 II 子宫黏膜下肌瘤的安全性研究[J]. *实用妇产科杂志*, 2008, 24(5):307-309.
- [6] Castaing N, Darai E, Chuong T, et al. Mechanical and metabolic complications of hysteroscopic surgery; report of a retrospective study of 352 procedures[J]. *Contracept Fertil Sex*, 1999, 27(3):210-215.
- [7] 关铮. 现代宫腔镜诊断治疗学[M]. 北京:人民军医出版社, 2001:211-218.
- [8] 刘瑶. 钱梅兰. 宫腔镜电切术治疗子宫肌瘤 52 例疗效分析[J]. *中国实用医药* 2007, 2(7):80-81.
- [9] 戈梅, 王琳, 傅素芳, 翟巧珍. 宫腔镜电切术治疗子宫黏膜下肌瘤 72 例[J]. *江苏医学*, 2006, 32(6):584.
- [10] 谢志林. 宫腔镜治疗黏膜下肌瘤临床应用[J]. *中国妇幼保健*, 2007, 22(24):3438-3439.
- [11] 唐进, 杨艳鹃, 苏平. 宫腔镜治疗黏膜下子宫肌瘤的临床应用[J]. *昆明医学院学报*, 2006, 27(3):74-75.
- [12] 吴清萍, 黄守国. 宫腔镜子宫肌瘤电切术临床应用研究[J]. *中国误诊学杂志* 2010, 10(33):8167-8167.

(收稿日期:2011-06-14 修回日期:2011-07-11)

pression in oral cancer; a potential new tumor marker[J]. *Cancer Lett*, 2000, 156(1):27-35.

- [10] Iwao-Koizumi K, Matoba R, Ueno N, et al. Prediction of docetaxel response in human breast cancer by gene expression profiling[J]. *J Clin Oncol*, 2005, 23(3):422-431.
- [11] Chen MF, Keng PC, Shau H, et al. Inhibition of lung tumor growth and augmentation of radiosensitivity by decreasing peroxiredoxin I expression[J]. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 2006, 64(2):581-591.
- [12] Kim H, Lee TH, Park ES, et al. Role of peroxiredoxins in regulating intracellular hydrogen peroxide and hydrogen peroxide-induced apoptosis in thyroid cells[J]. *J Biol Chem*, 2000, 275(24):18266-18270.

(收稿日期:2011-03-09 修回日期:2011-05-12)