

# 宫腔镜治疗子宫黏膜下肌瘤及子宫内膜息肉的临床分析

张 蓓 陈云钗 冯继良

(厦门医学院附属第二医院, 福建 厦门 361000)

**[摘要]** **目的:** 分析宫腔镜治疗子宫黏膜下肌瘤及子宫内膜息肉的临床效果。**方法:** 选取厦门医学院附属第二医院 2020 年 1 月至 2021 年 6 月期间接受宫腔镜电切术的 80 例子宫黏膜下肌瘤及子宫内膜息肉患者并纳入观察组, 另选取厦门医学院附属第二医院 2005 年 6 月至 2006 年 12 月接受传统治疗的 60 例子宫黏膜下肌瘤及子宫内膜息肉患者并纳入对照组, 比较两组患者手术情况、术后恢复情况、并发症发生率与复发率。**结果:** 观察组子宫黏膜下肌瘤患者手术时长、术中失血量均少于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组子宫内膜息肉患者术中失血量少于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组子宫黏膜下肌瘤患者术后首次排气时间、术后首次下床活动时间、术后 12 h 的视觉模拟评分法 (VAS) 评分、出院时间、月经恢复正常时间均少于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组子宫内膜息肉患者术后 12 h 的 VAS 评分、月经恢复时间均少于对照组, 术后首次下床时间长于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组子宫黏膜下肌瘤患者水中毒发生率高于对照组, 贯穿子宫肌层损伤发生率、并发症总发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组子宫内膜息肉患者术后 1 年内复发率低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 宫腔镜电切术有助于减少子宫黏膜下肌瘤及子宫内膜息肉患者术中出血, 缩短术后恢复时间, 降低术后并发症与复发风险。

**[关键词]** 子宫黏膜下肌瘤; 子宫内膜息肉; 宫腔镜

**[中图分类号]** R 737.33 **[文献标识码]** B

常见妇科良性肿瘤包括子宫黏膜下肌瘤、子宫内膜息肉等, 前者可有异常子宫出血、疼痛、经量增多并伴随便秘、尿频等症状, 最终可对子宫内膜容受性产生不利影响, 引发不孕或流产<sup>[1]</sup>。子宫黏膜下肌瘤传统治疗为腹腔镜切除手术, 但仍存在一定创伤与并发症风险, 而子宫内膜息肉的传统治疗为单纯刮宫术, 可能出现过度刮宫及内膜息肉残留, 增加宫腔粘连等不良事件<sup>[2]</sup>。近年来, 女性精神压力增加及饮食变化, 子宫黏膜下肌瘤及子宫内膜息肉患病率不断上升, 相关疾病的治疗技术也逐渐改善<sup>[3]</sup>。目前, 宫腔镜技术在临床上逐渐获得广泛应用, 且具有创伤小、安全性高等优点<sup>[4]</sup>。为进一步提高患者群体对宫腔镜技术优势的了解, 本研究从手术失血情况、术后恢复、并发症与复发率风险等方面比较宫腔镜电切术与传统手术治疗子宫黏膜下肌瘤及子宫内膜息肉的差异, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取厦门医学院附属第二医院 2020 年 1 月至 2021 年 6 月期间接受宫腔镜电切术的 80 例子宫黏膜下肌瘤及子

宫内膜息肉患者并纳入观察组, 另选取厦门医学院附属第二医院 2005 年 6 月至 2006 年 12 月接受传统治疗的 60 例子宫黏膜下肌瘤及子宫内膜息肉患者并纳入对照组。观察组年龄 24 ~ 54 岁, 平均年龄 ( $39.28 \pm 5.29$ ) 岁, 其中 43 例子宫黏膜下肌瘤、37 例子宫内膜息肉; 子宫黏膜下肌瘤分型: 10 例 0 型、15 例 I 型、12 例 II 型、6 例 III 型。对照组年龄 23 ~ 56 岁, 平均年龄 ( $38.97 \pm 10.04$ ) 岁, 其中 31 例子宫黏膜下肌瘤、29 例子宫内膜息肉; 子宫黏膜下肌瘤分型: 9 例 0 型、10 例 I 型、8 例 II 型、4 例 III 型。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**纳入标准:** (1) 根据相关诊断标准<sup>[5]</sup>确诊子宫黏膜下肌瘤或子宫内膜息肉; (2) 符合相关手术适应证, 进行手术治疗; (3) 年龄  $> 18$  岁, 要求保留子宫; (4) 临床资料完整。

**排除标准:** (1) 合并其他严重妇科疾病; (2) 妊娠期或哺乳期; (3) 精神疾病患者或认知功能障碍者; (4) 确诊自身免疫性疾病或凝血障碍; (5) 确诊严重器质性疾病或恶性肿瘤疾病。

**[收稿日期]** 2022 - 07 - 18

**[作者简介]** 张蓓, 女, 副主任医师, 主要从事妇科方面工作。

1.2 方法

两组患者月经干净后接受手术，均由有经验的医生实施手术，围术期护理方案基本一致。

1.2.1 对照组 接受传统治疗。(1) 子宫黏膜下肌瘤给予腹腔镜切除术：体位为膀胱截石位，臀高于头，全麻，消毒铺巾，建立气腹（压力 12 ~ 14 mmHg），脐上缘切口置入 10 mm Trocar、放置腹腔镜，于左右髂前上棘内侧 3 cm 分别置入 5 mm 及 10 mm Trocar，放置手术器械，单极电钩切开肌瘤表面，使内部包裹的瘤体充分暴露，钳取肌瘤，剥离包膜，切除整个肌瘤送检，电凝止血，缝合切口。(2) 子宫内息肉给予单纯刮宫术：取截石位，进行规范消毒，扩张宫颈后，以刮匙置入宫腔将子宫内息肉刮出，必要时彩色多普勒超声定位下以卵圆钳钳夹。

1.2.2 观察组 接受宫腔镜电切术治疗。手术当日清晨禁食，术前 2 h 阴道放置米索前列醇 0.4 mg，全麻，常规消毒铺巾，取膀胱截石位，探针明确宫腔深度，逐号扩张宫颈，注射膨宫液（0.9 % 氯化钠注射液、压力 90 ~ 120 mmHg、流速 150 ~ 250 mL · min<sup>-1</sup>）。(1) 子宫黏膜下肌瘤：镜下探查肌瘤具体位置、根蒂部情况，明确肌瘤类别，环形电极电凝肌瘤表面血管，对于有蒂且体积较小的肌瘤使用环形电极切除肌瘤并钳取出体外，对于无蒂肌瘤且体积较大肌瘤用环状电极切碎瘤体取出，以刮匙搔刮肌瘤部位，再次宫腔镜下电切突出于宫腔的肌瘤，如此反复直至肌瘤完全切除，创面电凝止血，必要时放置气囊尿管压迫止血。术后常规给予抗菌药物头孢唑林钠（成都倍特药业股份有限公司，国药准字 H13021735）静脉滴注预防感染，1 g · 次<sup>-1</sup>，2 次 · d<sup>-1</sup>，共用药 2 d；若头孢过敏则予克林霉素（成都天台山制药有限公司，国药准字 H20058631）静脉滴注预防感染，0.6 g · 次<sup>-1</sup>，2 次 · d<sup>-1</sup>，共用药 2 d；给予缩宫素（马鞍山丰原制药有限公司，国药准字 H34020474）静脉滴注促宫缩，20 U · 次<sup>-1</sup>，1 次 · d<sup>-1</sup>，共用药 2 d。(2) 子宫内息肉：镜下观察宫腔情况及内息肉生长位置、体积与个数，较小的息肉可使用剪刀或活检钳切除息肉，较大的息肉使用环形电极切除息肉，对于多发息肉，部分息肉给予切除之后，以卵圆钳钳夹，残留息肉间质组织缩小后暴露根蒂，予以切除，创面电凝止血，术后常规给予抗菌药物预防感染及催产素促宫缩等治疗。

1.3 观察指标

(1) 手术指标：手术时长、病灶大小、病灶数量、术中失血量；(2) 术后恢复指标：术后首次下床活动时间、术后 12 h 的视觉模拟评分法（visual analogue scale, VAS）评分、出院时间、月经恢复正常时间；(3) 并发症与复发情况：水中毒、贯穿子宫肌层损伤、

宫腔粘连、感染以及术后 1 年内复发情况。

1.4 统计学分析

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  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 子宫黏膜下肌瘤及子宫内息肉患者的手术指标比较

在子宫黏膜下肌瘤患者中，两组病灶大小、病灶数量比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05），但观察组患者手术时长、术中失血量均少于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。在子宫内息肉患者中，两组手术时长、病灶大小、病灶数量比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05），但观察组患者术中失血量少于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 1 两组子宫黏膜下肌瘤患者的手术指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	<i>n</i>	手术时长 /min	术中失血量 /mL	病灶大小 /cm	病灶数量 /个
对照组	31	60.95 ± 19.47	62.98 ± 6.22	3.11 ± 0.68	4.97 ± 1.21
观察组	43	25.98 ± 5.09 <sup>a</sup>	35.52 ± 5.15 <sup>a</sup>	3.09 ± 0.70	5.02 ± 1.36

注：与对照组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05。

表 2 两组子宫内息肉患者的手术指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	<i>n</i>	手术时长 /min	术中失血量 /mL	病灶大小 /cm	病灶数量 /个
对照组	29	15.76 ± 3.92	20.71 ± 4.17	2.18 ± 0.35	9.72 ± 2.14
观察组	37	15.84 ± 3.21	18.59 ± 4.03 <sup>b</sup>	2.22 ± 0.41	8.95 ± 2.07

注：与对照组比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05。

2.2 子宫黏膜下肌瘤及子宫内息肉患者术后恢复指标比较

在子宫黏膜下肌瘤患者中，观察组术后首次排气时间、术后首次下床活动时间、术后 12 h 的 VAS 评分、出院时间、月经恢复正常时间均少于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 3。在子宫内息肉患者中，观察组术后 12 h 的 VAS 评分、月经恢复时间均少于对照组，术后首次下床时间长于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 4。

表 3 两组子宫黏膜下肌瘤患者的术后恢复指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	<i>n</i>	术后首次排气时间 /h	术后首次下床活动时间 /h	术后 12 h 的 VAS 评分 /分	出院时间 /d	月经恢复正常时间 /d
对照组	31	7.39 ± 1.36	6.85 ± 1.05	2.98 ± 0.65	5.02 ± 0.74	40.56 ± 5.32
观察组	43	6.06 ± 1.25 <sup>c</sup>	6.17 ± 1.12 <sup>c</sup>	2.20 ± 0.61 <sup>c</sup>	4.51 ± 0.69 <sup>c</sup>	35.17 ± 4.76 <sup>c</sup>

注：VAS 一视觉模拟评分法。与对照组比较，<sup>c</sup>*P* < 0.05。

表4 两组子宫内息肉患者的术后恢复指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	术后首次下床活动时间/h	术后12h的VAS评分/分	出院时间/d	月经恢复正常时间/d
对照组	29	1.53 ± 0.57	2.65 ± 0.70	3.48 ± 0.61	35.79 ± 3.88
观察组	37	3.84 ± 1.05 <sup>d</sup>	1.97 ± 0.52 <sup>d</sup>	3.75 ± 0.59	31.86 ± 2.93 <sup>d</sup>

注: VAS—视觉模拟评分法。  
与对照组比较, <sup>d</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 子宫黏膜下肌瘤及子宫内息肉患者并发症与复发情况比较

在子宫黏膜下肌瘤患者中, 观察组水中毒发生率高于对照组, 贯穿子宫肌层损伤发生率、并发症总发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 两组患者术后1年内复发率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 见表5。在子宫内息肉患者中, 两组患者并发症发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 观察组患者术后1年内复发率低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表6。

表5 两组子宫黏膜下肌瘤患者并发症与复发情况比较 (n(%))

组别	n	水中毒	贯穿子宫肌层损伤	宫腔粘连	总发生	术后1年内复发
对照组	31	0(0.00)	25(80.64)	1(3.22)	26(83.87)	0(0.00)
观察组	43	3(6.98) <sup>e</sup>	2(2.32) <sup>e</sup>	1(2.32)	5(11.63) <sup>e</sup>	1(2.32)

注: 与对照组比较, <sup>e</sup> $P < 0.05$ 。

表6 两组子宫内息肉患者并发症与复发情况比较 (n(%))

组别	n	宫腔粘连	感染	总发生	术后1年内复发
对照组	29	1(3.45)	1(3.45)	2(6.90)	9(31.03)
观察组	37	1(2.70)	1(2.70)	2(5.41)	2(5.41) <sup>f</sup>

注: 与对照组比较, <sup>f</sup> $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

子宫黏膜下肌瘤及子宫内息肉症状基本一致, 且发病率均较高, 均能增加不孕与流产风险。既往临床常用的腹腔镜下切除术治疗子宫黏膜下肌瘤与单纯刮宫术切除子宫内息肉均存在不足<sup>[6]</sup>。

本研究结果显示, 观察组子宫黏膜下肌瘤患者手术时长、术中失血量小于对照组, 观察组子宫内息肉患者术中失血量小于对照组。表明腹腔镜电切术治疗子宫黏膜下肌瘤相比于腹腔镜手术的时间更短, 且还能减少创伤, 避免不必要出血。另外, 腹腔镜电切术治疗子宫内息肉相比于刮宫术出血更少, 原因在于前者可直接观察病灶具体位置, 避免损伤周围正常内膜组织<sup>[7]</sup>。本研究结果还发现, 观察组子宫黏膜下肌瘤患者术后首次下床活动时间、术后12h的VAS评分、出院时间、月经恢复正常时间均小于对照组。观察组子宫内息肉患者首次下床

活动时间长于对照组, 考虑与观察组使用麻醉而对照组未使用麻醉有关。但观察组子宫内息肉患者术后12h的VAS评分、月经恢复正常时间均小于对照组, 表明相比于传统治疗, 宫腔镜电切术在降低疼痛以及减少内膜损伤方面存在较大优势。本研究结果显示, 观察组子宫黏膜下肌瘤患者水中毒发生率高于对照组, 而贯穿子宫肌层损伤发生率、并发症总发生率低于对照组, 两组术后1年内复发率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。原因可能在于, 宫腔镜治疗0型、I型黏膜下肌瘤的效果与安全性较好, 但对II型、III型患者而言水中毒、肌瘤残留风险略高<sup>[8]</sup>, 而腹腔镜手术对子宫损伤更大, 因而在术式选择上需根据患者具体病情与需求合理判断。观察组子宫内息肉患者术后1年内复发率低于对照组, 说明腹腔镜电切术相比于刮宫术的息肉清除效果更为彻底。但由于本研究为回顾性研究, 且时间跨度较长, 导致结果偏倚性可能较大, 后续有待进一步完善。

对于子宫黏膜下肌瘤及子宫内息肉患者而言, 宫腔镜电切术可显著控制术中出血量, 促进术后恢复, 控制术后并发症与复发风险。

### [参考文献]

- (1) 邵迎华, 杨秀梅, 刘洋, 等. 宫腔镜与超声对子宫内息肉变诊断的对比研究 (J). 中国医学装备, 2022, 19(7): 103-106.
- (2) 吴敏, 何玉春, 何佳, 等. 宫腔镜切除经聚焦超声消融降型后子宫肌瘤 (FIGOII~III) 的疗效及安全性临床研究 (J). 肿瘤预防与治疗, 2022, 35(5): 442-448.
- (3) 郭艳, 刘丽霞, 李静静, 等. 宫腔镜电切术与腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗黏膜下子宫肌瘤伴不孕患者的疗效比较 (J). 内蒙古医学杂志, 2020, 52(3): 267-269.
- (4) Van T, Verbakel J, Valentin L, et al. Typical ultrasound features of various endometrial pathologies described using International Endometrial Tumor Analysis(IETA) terminology in women with abnormal uterine bleeding (J). Ultrasound Obstet Gynecol, 2021, 57(1): 164-172.
- (5) 曹泽毅. 中华妇产科学 (M). 北京: 人民卫生出版社, 2014: 60-79.
- (6) 买苗, 姬超, 张莉. 腹腔镜子宫肌瘤剔除术与宫腔镜子宫肌瘤电切术的应用效果比较 (J). 中国肿瘤临床与康复, 2021, 28(7): 862-865.
- (7) 林碧绿, 彭幼, 陈素文. 宫腔镜子宫肌瘤电切术与传统手术治疗子宫肌瘤的效果比较 (J). 广东医学, 2019, 40(10): 1447-1449.
- (8) 刘巧, 金红, 李娟. 宫腔镜刨削系统治疗子宫内息肉、黏膜下子宫肌瘤及流产后宫腔残留的临床疗效及安全性评价 (J). 中国优生与遗传杂志, 2021, 29(11): 1590-1593.