

【临床研究】

作者简介:陈玲灵(1980-),女,河南郑州人,学士,主治医师,研究方向:宫腔镜技术及计划生育。

group A and C ($P < 0.05$), but there was no significant difference in endometrial thickness between group A and C ($P > 0.05$). **Conclusion** Gestrinone and levonorgestrel intrauterine system assisted TCRP for endometrial polyps can significantly reduce the recurrence rate of endometrial polyps, inhibit endometrial hyperplasia, and the effect of levonorgestrel intrauterine system is better than that of gestrinone.

Key words: transcervical resection of polyp; endometrial polyp; gestrinone; levonorgestrel intrauterine system

子宫内

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月至 2017 年 1 月于郑州市中心医院行 TCRP 的子宫内

1.2 治疗方法

1.2.1 手术方法 所有患者采用 TCRP 治疗。患者于月经干净后第 3 ~ 7 天在静脉麻醉下行宫腔镜检查,以生理盐水作为膨宫介质,使子宫腔内压力保持在 100 ~ 150 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa)。宫腔镜检查确定息肉的部位、大小以及数目,逐渐扩张宫颈管至 9 ~ 10 号扩宫器,置入手术镜,设置电切功率为 60 ~ 70 W,电凝功率为 50 ~ 60 W,宫腔镜直视下环状电极完整切除息肉及其基底部。手术过程中使用 B 形超声仪全程监护。

1.2.2 术后治疗 A 组患者于术后第 5 天开始给予孕三烯酮(华润紫竹药业有限公司,国药准字 H19980020) 2.5 mg,口服,每周 2 次,连续服用 3 个月。B 组患者于术后第 1 次月经来潮 3 ~ 5 d 放置左炔诺孕酮宫内节育系统(芬兰拜耳医药保健有限公司,国药准字 J20140088)。C 组患者术后不采取任何干预措施。

1.3 观察指标 所有患者术后随访 6 个月,观察 3 组患者子宫内

1.4 统计学处理 应用 SPSS 18.0 软件进行统计学分析,计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用方差分析和 q 检验;计数资料以百分比描述,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组患者子宫内

著低于 A 组($\chi^2 = 10.191, P < 0.05$);3 组患者异常子宫出血改善率比较差异均无统计学意义($\chi^2 = 1.170, P > 0.05$)。

2.2 3 组患者子宫内膜厚度比较 结果见表 1。术前及术后 1 个月 3 组患者子宫内膜厚度比较差异均无统计学意义($P > 0.05$);术后 3 个月,A、B 组患者子宫内膜厚度显著小于 C 组($P < 0.05$),但 A、B 组患者子宫内膜厚度比较差异无统计学意义($P > 0.05$);术后 6 个月,B 组患者子宫内膜厚度显著小于 A、C 组($P < 0.05$),但 A、C 组患者子宫内膜厚度比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 1 3 组子宫内膜息肉患者子宫内膜厚度比较
Tab.1 Comparison of the endometrial thickness of patients with endometrial polyp in the three groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	子宫内膜厚度/mm			
		术前	术后 1 个月	术后 3 个月	术后 6 个月
A 组	75	14.12 ± 2.63	5.57 ± 1.78	5.12 ± 0.78 ^a	7.67 ± 1.12 ^b
B 组	75	14.11 ± 2.43	6.02 ± 1.92	5.34 ± 0.87 ^a	5.11 ± 0.67
C 组	75	14.26 ± 2.87	5.62 ± 1.88	6.85 ± 1.42	8.12 ± 2.31 ^b
F		0.081	1.322	59.013	84.194
P		0.928	0.271	<0.001	<0.001

注:与 C 组比较^a $P < 0.05$;与 B 组比较^b $P < 0.05$ 。

3 讨论

子宫内膜息肉是临床较为常见的一种良性病变,其具体发病机制尚未十分清楚,可能与子宫内膜炎症、内分泌(尤其是雌激素水平过高)等因素有关^[6]。研究显示,子宫内膜局部雌激素、孕激素受体比例失调,可导致子宫内膜局部黏膜呈现过度增生而形成息肉,而子宫内膜息肉的复发又与雌激素水平过高以及缺少孕激素转化导致的内膜增生有关^[7-8]。子宫内膜息肉发病时常规的妇科检查难以发现,临床诊断时往往会误诊为功能失调性子宫出血,随着医疗设备及技术的发展,宫腔镜检查逐渐成为诊断子宫内膜息肉的“金标准”^[9],宫腔镜下子宫内膜息肉切除术已成为治疗子宫内膜息肉最主要的方法。但是,单纯的宫腔镜下子宫内膜息肉切除术后患者息肉复发率仍然较高,因此,手术治疗后给予相关的辅助治疗预防子宫内膜息肉复发是目前临床研究的重点。

孕三烯酮属于中等强度孕激素,其主要通过抑制下丘脑-垂体促性腺激素合成与释放而发挥抗孕激素和雌激素活性的作用。本研究结果显示,TCRP 后给予孕三烯酮治疗的患者的息肉复发率显著低于单纯行 TCRP 患者,提示孕三烯酮可以抑制雌激素对子宫内膜的刺激,降低息肉复发率。这与吴晓瑜

等^[10]报道结果一致。左炔诺孕酮宫内节育系统的作用主要为避孕以及减少特发性月经过多,其预防子宫内膜息肉复发的机制可能为:左炔诺孕酮在子宫内膜局部的药物浓度高且稳定,从而抑制了雌激素受体在子宫内膜中的合成,雌激素与其受体结合减少,能有效地拮抗雌激素引起的内膜增生。研究显示,TCRP 联合左炔诺孕酮宫内节育系统治疗子宫内膜息肉,能显著降低子宫内膜息肉复发率^[11]。本研究结果显示,B 组患者子宫内膜息肉复发率显著低于 A 组,且术后 6 个月 B 组患者子宫内膜厚度显著小于 A;提示左炔诺孕酮宫内节育系统能显著降低 TCRP 后子宫内膜息肉复发率,抑制子宫内膜增生,且效果优于孕三烯酮。

综上所述,TCRP 后给予左炔诺孕酮宫内节育系统和孕三烯酮辅助治疗能显著降低子宫内膜息肉复发率,抑制子宫内膜增生,但左炔诺孕酮宫内节育系统的效果显著优于孕三烯酮。

参考文献:

[1] 孙雪竹,卢美松,李萌,等. 子宫内膜息肉研究进展[J]. 现代生物医学进展,2015,15(5):985-987.

[2] 张虹,杨悦,董文辉,等. 子宫内膜息肉 173 例临床特征分析[J]. 中国综合临床,2015,31(11):1044-1046.

[3] 胡小美,关铮. 子宫内膜息肉的诊治进展[J]. 国际妇产科学杂志,2015,42(1):42-44.

[4] RUBINO R J, LUKES A S. Twelve-month outcomes for patients undergoing hysteroscopic morcellation of uterine polyps and myomas in an office or ambulatory surgical center[J]. J Minim Invasive Gynecol,2015,22(2):285-290.

[5] 张旭垠,华克勤. 子宫内膜息肉治疗后预防复发策略[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2016,32(11):1079-1082.

[6] 韩正枝. 孕激素辅助宫腔镜子宫内膜息肉切除术治疗子宫内膜息肉的临床疗效及对子宫内膜血管内皮生长因子表达的影响[J]. 贵州医药,2017,41(3):294-296.

[7] 郑疆,陆莹. 不同孕激素预防宫腔镜子宫内膜息肉切除术后复发的临床观察[J]. 中国计划生育学杂志,2016,24(10):707-709.

[8] 覃晓,徐文生. TCRP 术后子宫内膜息肉复发相关因素研究[J]. 广西医科大学学报,2015,32(3):446-448.

[9] DI SPIEZIO SARDO A, CALAGNA G, GUIDA M, et al. Hysteroscopy and treatment of uterine polyps[J]. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol,2015,29(7):908-919.

[10] 吴晓瑜,张萍,杨翠英. 手术联合孕三烯酮防治子宫内膜息肉疗效观察[J]. 海南医学,2015,43(16):2460-2461.

[11] 许燕丽,陈婉秋,邹丽兰. 曼月乐宫内节育器对预防子宫内膜息肉复发的效果分析[J]. 标记免疫分析与临床,2015,22(3):195-198.

(本文编辑:徐自超 英文编辑:徐自超)