

COOK 球囊联合医用几丁糖对重度宫腔粘连术后复发的预防

李国爱 孙广范 叶育芳 李世杰
(广东省中山市博爱医院 中山 528402)

摘要:目的:探讨 COOK 球囊与医用几丁糖联合治疗对重度宫腔粘连术后复发率的预防效果。方法:选取 2016 年 3 月~2018 年 12 月收治的 98 例重度宫腔粘连术患者作为研究对象,根据分离术后处理方式的不同分为对照组和观察组各 49 例。对照组宫腔内置入医用几丁糖,观察组宫腔内置入 COOK 球囊和医用几丁糖,比较两组术后复发情况,术后再粘连程度,子宫内膜组织白细胞介素-18 水平、肿瘤坏死因子- α 水平和血管内皮生长因子水平。结果:观察组术后再粘连率为 16.33%,低于对照组的 38.78%,差异有统计学意义, $P<0.05$;观察组术后再粘连程度低于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$;术后 3 个月,观察组子宫内膜组织内白细胞介素-18 水平、肿瘤坏死因子- α 水平和血管内皮生长因子水平均低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:重度宫腔粘连术患者经 COOK 球囊与医用几丁糖联合治疗,可有效控制术后粘连复发率,降低术后粘连程度,利于减轻炎症反应。

关键词:重度宫腔粘连术;术后复发;COOK 球囊;医用几丁糖

中图分类号:R711.74

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.016

宫腔粘连是妇科中发病率较高的疾病之一,是因低刺激素状态、宫腔手术及炎症等因素引发的宫颈管或宫腔完全闭塞或部分闭塞^[1]。现阶段,宫腔镜下宫腔粘连分离术为临床治疗该疾病的有效手段,但其术后复发率为 3.10%~23.50%,尤其对于重度宫腔粘连患者而言,其复发率高达 50.00%以上,故采取有效的干预措施预防术后粘连显得尤为重要^[2]。全身药物治疗(雌激素、扩张血管等)、局部制剂治疗(生物胶、干细胞等)和局部屏障治疗(球囊、节育器等)均为临床常见干预手段,但尚缺乏统一治疗标准^[3]。本研究探讨 COOK 球囊与医用几丁糖联合治疗对重度宫腔粘连术后复发的预防效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 3 月~2018 年 12 月收治的 98 例重度宫腔粘连术患者作为研究对象,根据分离术后处理方式的不同分为对照组和观察组,各 49 例。对照组年龄 24~41 岁,平均年龄(32.86 $\pm$ 3.27)岁;月经情况:经量减少 32 例,闭经 17 例。观察组年龄 24~42 岁,平均年龄(33.09 $\pm$ 3.37)岁;月经情况:经量减少 30 例,闭经 19 例。两组患者的一般资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 入选标准 (1)纳入标准:根据美国生育学会宫腔粘连评分标准(The American Fertility Society Classifications Of Intrauterine Adhesions, AFS)^[4]评分为 9~12 分者;影像学资料和临床资料均完整者;对本研究所用药物无过敏史者。(2)排除标准:子宫肌瘤直径 ≥ 3 cm 者;凝血功能障碍者;子宫内膜结核者;严重器官功能衰竭者;肝肾功能异常者;先天性心脏病患者;急性盆腔炎症期者;有表达障碍或精神疾病者;疑似子宫内膜癌者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 宫腔内置入医用几丁糖。在患者月经干净后 3~7 d 内进行手术治疗,分离术后,在患者宫腔内放置 1 ml 医用几丁糖[国药管械(准)字 2001 第 3650406 号]。

1.3.2 观察组 宫腔内置入 COOK 球囊和医用几丁糖。在患者月经干净后 3~7 d 内进行手术治疗,分离术后,在患者宫腔内放置 1 ml 医用几丁糖和 COOK 球囊[国食药监械(进)字 2011 第 2662349 号],并向该球囊内注入 0.9%氯化钠注射液(2.5~4 ml);术后 7 d 将球囊取出,期间需给予抗菌药物预防感染。

1.3.3 术后治疗 两组患者均需在术后第 1 天,口服戊酸雌二醇片(国药准字 J20171038),2 mg/次,2 次/d,连续服用 21 d;术后 10 d 服用地屈孕酮(国药准字 H20090470),10 mg/次,2 次/d,并于下个月经周期的月经第 5 天重复上述用药,共 2 个月经周期。

1.4 观察指标 (1)记录两组术后粘连例数及术后粘连严重程度,宫腔内粘连范围 $<25.00\%$ 为轻度粘连;宫腔内粘连范围 25.00%~50.00%为中度粘连;宫腔内粘连范围 $>50.00\%$ 为重度粘连。(2)术前与术后 3 个月,采用上海广锐生物科技有限公司提供的对应试剂盒测定两组子宫内膜组织白细胞介素-18(Interleukin 18, IL-18)、肿瘤坏死因子- α (Tumor Necrosis Factor- α , TNF- α)和血管内皮生长因子(Vascular Endothelial Growth Factor, VEGF)水平。

1.5 统计学处理 数据处理采用 SPSS18.0 统计学软件,等级资料采用秩和检验,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间用非独立样本 t 检验,组内用配对样本 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后复发情况比较 观察组术后再粘连 8 例,再粘连率为 16.33%(8/49);对照组术后再粘连 19 例,再粘连率为 38.78%(19/49)。观察组术后再粘连率低于对照组,差异有统计学意义, $\chi^2=6.186,P=0.013<0.05$ 。

2.2 两组术后再粘连程度比较 观察组术后再粘连程度低于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组术后再粘连程度比较				
组别	术后再粘连 例数(例)	轻度粘连 [例(%)]	中度粘连 [例(%)]	重度粘连 [例(%)]
观察组	19	6(31.58)	10(52.63)	3(15.79)
对照组	8	6(75.00)	2(25.00)	0(0.00)
Z			2.106	
P			0.035	

2.3 两组治疗前后子宫内膜组织相关指标水平比较 治疗前,两组子宫内膜组织 IL-18、TNF- α 和 VEGF 水平相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;术后 3 个月,观察组子宫内膜组织 IL-18、TNF- α 和 VEGF 水平均低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组治疗前后子宫内膜组织相关指标水平比较(pg/L, $\bar{x}\pm s$)					
时间	组别	n	IL-18	TNF- α	VEGF
治疗前	对照组	49	158.87 $\pm$ 4.16	147.67 $\pm$ 4.91	154.51 $\pm$ 5.36
	观察组	49	159.43 $\pm$ 3.67	147.75 $\pm$ 5.02	155.49 $\pm$ 5.23
	t		0.707	0.080	0.916
	P		0.482	0.937	0.362
治疗后	对照组	49	126.37 $\pm$ 4.13*	135.57 $\pm$ 3.73*	142.53 $\pm$ 3.91*
	观察组	49	113.26 $\pm$ 4.58*	127.76 $\pm$ 5.11*	136.69 $\pm$ 4.18*
	t		14.881	8.641	7.142
	P		0.000	0.000	0.000

注:与同组治疗前相比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

宫腔粘连为刮宫术后和人工流产后常见并发症,可导致反复妊娠丢失、继发性不孕、胎盘种植异常和闭经等多种不良症状,将对女性生活质量、心理健康、生育能力等产生严重影响^[5]。改善生殖结局与月经模式,恢复正常宫腔为临床治疗该疾病的主要目标,但对于重症宫腔粘连患者而言,需通过多次粘连分离术以获得理想的解剖结构和结构功能,但粘连再生现象可导致更为严重的宫腔粘连^[6]。如何防止再次粘连,促进患者子宫内膜在短时间内生长和修复为现阶段临床研究的重点。

目前,激素替代治疗、羊膜移植、透明质酸钠、Foley 导管和宫内节育器等均为临床预后重度宫腔粘连术后再粘连的辅助手段。其中,宫腔内放置节

育器为临床预防术后粘连的传统手段,但其体积与表面积均有限,无法有效隔离重度宫腔粘连创面。Foley 导管虽可有效改善月经,恢复宫腔解剖,但因其属于球形结构,无法完全贴合患者的宫腔四壁,同时可能造成子宫内膜缺血性损伤等,不利于患者子宫内膜的修复^[7]。有文献指出,综合性治疗手段优于单一治疗,将 COOK 球囊与医用几丁糖联合使用,可有效改善月经周期,预防再次粘连^[8]。本研究结果显示,观察组患者术后再粘连率低于对照组,观察组患者术后再粘连程度低于对照组,术后 3 个月,观察组子宫内膜组织 IL-18、TNF- α 以和 VEGF 水平均低于对照组。提示重度宫腔粘连术后于宫腔内置于 COOK 球囊和医用几丁糖,可降低术后粘连复发率和术后粘连程度,减轻炎症反应。COOK 球囊作由硅材料制成,为物理屏障,符合人体宫腔生理形态。将该球囊放置于患者宫腔内后,视患者宫腔容积将 0.9%氯化钠注射液注入,促使其膨胀,可使双侧宫角及宫腔各壁受力均匀,利于避免子宫内膜被过度压迫而坏死,并有效分离宫腔各侧壁,进而发挥宫腔支架的作用。于宫腔内放置 7 d 后取出,可对患者宫腔内可能存在的疏松粘连再次给予机械性的分离。医用几丁糖生物相容性良好,可通过控制肉芽组织生成,减轻患者局部炎症反应,帮助创面无瘢痕愈合,进一步预防术后再粘连。

综上所述,重度宫腔粘连术患者经 COOK 球囊与医用几丁糖联合治疗,可有效控制术后粘连复发率,降低术后粘连程度,利于减轻炎症反应。

参考文献

[1]陈灿明,王奕芳,顾小燕,等.宫腔粘连病因学及治疗研究进展[J].国际妇产科学杂志,2016,43(3):250-253
[2]钱芳波,孙琰.影响宫腔粘连分离术患者预后的危险因素[J].中国妇幼保健,2017,32(2):271-273
[3]孙亚京,黄益麒,傅萍.预防宫腔粘连分离术后再粘连的研究进展[J].浙江医学,2018,40(12):1410-1413
[4]余锦芬,赵琴.重度宫腔粘连宫腔镜下 TCRA 术后预防再次粘连方法观察[J].中国计划生育学杂志,2018,26(7):628-630
[5]詹丽丽,杨菁.球囊支撑与宫内节育器预防再次宫腔粘连效果的对比[J].中国性科学,2018,27(7):73-75
[6]周琴琴,金群俏,胡小军.COOK 球囊联合医用几丁糖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):716-718
[7]孙伟娟.宫腔重度粘连分离术后 COOK 球囊放置术的临床观察[J].浙江临床医学,2016,18(2):321-323
[8]易灵,崔艳萍,胡庆兰.术后放置防粘连膜加宫内节育器和几丁糖加球囊治疗重度宫腔粘连的疗效比较[J].国际生殖健康计划生育杂志,2017,36(1):22-25

(收稿日期: 2019-05-16)