

地屈孕酮联合左炔诺孕酮宫内节育系统对子宫 内膜息肉患者的疗效评估

张秀娟

(河南省濮阳市油田总医院妇产科 濮阳 457001)

摘要:目的:探讨子宫内膜息肉(EP)患者宫腔镜术后采用地屈孕酮+左炔诺孕酮宫内节育系统(LNG-IUS)治疗的临床效果。方法:选取医院 2019 年 4 月至 2020 年 2 月收治的 120 例 EP 患者,根据治疗方案不同分为两组(试验组 60 例、参照组 60 例)。两组均进行宫腔镜 EP 切除术,参照组术后采用 LNG-IUS 治疗,试验组术后采用地屈孕酮联合 LNG-IUS 治疗。比较两组临床治疗效果、术后子宫内膜厚度、月经量、血红蛋白水平、生活质量及复发情况。结果:试验组治疗总有效率 95.00% 高于参照组 78.33%,术后 12 个月复发率 1.67% 低于参照组 13.33%,差异有统计学意义($P<0.05$);与参照组相比,试验组术后 6 个月、术后 12 个月子宫内膜厚度均较低,术后 3 个月、术后 6 个月、术后 12 个月月经量均较少而血红蛋白水平均较高,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,两组生活质量均有所提升,且试验组生理功能、精神健康、情感职能、社会功能评分均明显高于参照组($P<0.05$)。结论:EP 患者宫腔镜术后采用地屈孕酮联合 LNG-IUS 治疗效果确切,能有效促进患者血红蛋白水平、月经量及子宫内膜厚度的改善,降低术后复发率。

关键词:子宫内膜息肉;地屈孕酮;左炔诺孕酮宫内节育系统

中图分类号:R711.74

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.05.009

子宫内膜息肉(Endometrial Polyps, EP)为常见的妇科疾病,临床将其归为子宫内膜炎范畴,该病发病机制较为复杂,多由内分泌、慢性炎症等多种因素导致子宫内间质、腺体过度增生形成蒂赘肿物,多发于育龄期及绝经女性^[1]。临床症状多为经期出血、经量过多、绝经延期及阴道不规则出血等,且易复发,严重时可致患者不孕^[2]。宫腔镜为目前临床公认诊断治疗 EP 的最有效方法,具有操作方便、术野清晰、术后恢复快等特点,但术后患者需长时间服用孕激素类药物,导致血药浓度紊乱,停药后易复发,影响患者身心健康^[3]。左炔诺孕酮宫内节育系统(LNG-IUS)为临床常见的宫内缓释系统,能有效恢复子宫内膜功能,防止复发,但单独使用对部分患者疗效欠佳,因此需联合其他方法治疗,以提高治疗效果^[4-5]。本研究选取我院 EP 宫腔镜术后患者,探讨地屈孕酮+LNG-IUS 治疗的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取医院 2019 年 4 月至 2020 年 2 月收治的 120 例 EP 患者,根据治疗方案不同分为两组(试验组 60 例、参照组 60 例)。参照组年龄

25~50 岁,平均年龄(35.54 ± 6.36)岁;阴道不规则出血 23 例,经量过多 24 例,经期延长 13 例;息肉类型:单发息肉 38 例(63.33%),多发息肉 22 例(36.67%)。试验组年龄 26~52 岁,平均年龄(36.38 ± 6.82)岁;阴道不规则出血 24 例,经量过多 22 例,经期延长 14 例;息肉类型:单发息肉 35 例(58.33%),多发息肉 25 例(41.67%)。两组基线资料(年龄、并发症、息肉类型)比较,差异有统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:均符合 EP 诊断标准^[6];有 EP 宫腔镜手术指征且无手术禁忌证者;可接受 1 年随访者;可坚持按本研究方案治疗者;知情本研究并签署同意书者。(2)排除标准:术前接受过激素治疗者;合并其他妇科疾病者;临床资料不完整者;本研究药物过敏者;有严重精神障碍无法配合者;伴有肾、心血管、肝及造血系统疾病者;合并其他恶性肿瘤疾病者。

1.3 治疗方法 两组患者均采用宫腔镜 EP 切除术。术后采用常规抗生素治疗 7 d。

1.3.1 参照组 采用 LNG-IUS 治疗。术后第 1 次月

经干净 7 d 后,患者排空膀胱,严格消毒阴道、外阴及宫颈后,充分暴露宫颈口并采用扩张器扩张,将 LNG-IUS 置入宫底。

1.3.2 试验组 在参照组治疗基础上给予地屈孕酮。术后于月经第 16~25 天口服地屈孕酮片(注册证号 H20170221),10 mg/ 次,2 次 /d,持续用药 10 d 为一个周期,共治疗 3 个周期。

1.4 疗效评估标准 观察患者术后 12 个月临床症状改善情况。无效:经期出现不规则阴道出血及白带增多,经量多于 100 ml,子宫内膜厚度无明显改善;有效:临床症状基本消失,经量少于 100 ml,子宫内膜厚度有所改善;显效:临床症状完全消失,经量少于 80 ml,子宫内膜厚度显著改善。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.5 观察指标 (1)临床疗效。(2)比较两组术前、术后 3 个月、术后 6 个月、术后 12 个月月经量。(3)患者月经干净后 3~7 d 内运用阴道超声测量术测量子宫内膜厚度,分别记录两组患者术前、术后 3 个月、术后 6 个月、术后 12 个月子宫内膜厚度。(4)分别采集两组外周静脉血液 5 ml,经离心半径 8 cm,3 000 r/min 离心 5 min 后,取上清液,采用酶联免疫吸附法对患者术前、术后 3 个月、术后 6 个月、术后 12 个月血红蛋白水平进行检测。(5)运用生活质量评分表 SF-36 量表对两组治疗前后予以评分,包含生理功能、精神健康、情感职能、社会功能四个部分,总分为 0~100 分,评分越高患者生活质量越高。(6)比较两组术后 12 个月内息肉复发情况。

1.6 统计学分析 采用 SPSS22.0 软件分析处理数据,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验,计数资料行%表示,行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 两组治疗总有效率比较,试验组高于参照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
试验组	60	39(65.00)	18(30.00)	3(5.00)	57(95.00)
参照组	60	21(35.00)	26(43.33)	13(21.67)	47(78.33)
χ^2					7.212
<i>P</i>					0.007

2.2 两组手术前后月经量比较 随访期间无脱落病例,术后 3 个月、术后 6 个月、术后 12 个月试验组月经量均少于参照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组手术前后月经量比较(ml, $\bar{x} \pm s$)						
组别	<i>n</i>	术前		术后 3 个月		术后 12 个月
试验组	60	105.63±	17.96	77.28±	6.53	48.27± 2.12
参照组	60	106.57±	17.82	82.52±	7.34	56.16± 3.36
<i>t</i>		0.288		4.132		15.383
<i>P</i>		0.774		0.000		0.000

2.3 两组手术前后子宫内膜厚度比较 术前、术后 3 个月两组子宫内膜厚度组间对比,差异无统计学意义($P>0.05$);术后 6 个月、术后 12 个月试验组子宫内膜厚度均低于参照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组手术前后子宫内膜厚度比较(mm, $\bar{x} \pm s$)						
组别	<i>n</i>	术前		术后 3 个月		术后 12 个月
试验组	60	9.63±	1.21	7.33±	1.02	5.26± 0.92
参照组	60	9.59±	1.18	7.38±	1.04	5.93± 0.98
<i>t</i>		0.183		0.266		3.861
<i>P</i>		0.855		0.791		0.000

2.4 两组手术前后血红蛋白水平比较 术前,两组血红蛋白水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);术后 3 个月、术后 6 个月、术后 12 个月试验组血红蛋白水平均高于参照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组手术前后血红蛋白水平比较(g/L, $\bar{x} \pm s$)						
组别	<i>n</i>	术前		术后 3 个月		术后 12 个月
试验组	60	84.38±	8.52	98.34±	7.86	112.36± 10.35
参照组	60	85.62±	8.43	87.63±	7.25	103.48± 9.92
<i>t</i>		0.801		7.758		5.322
<i>P</i>		0.425		0.000		0.000

2.5 两组生活质量评分比较 治疗前,两组生活质量评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组生活质量均有所提升,且试验组生理功能、精神健康、情感职能、社会功能评分均明显高于参照组($P<0.05$)。见表 5。

表 5 两组生活质量评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	生理功能		精神健康		情感职能		社会功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	60	70.18± 5.47	88.34± 5.75	70.38± 5.31	90.04± 5.39	68.79± 5.06	90.21± 5.37	65.89± 5.17	90.05± 5.33
参照组	60	70.85± 5.95	81.67± 5.74	70.12± 5.24	83.84± 5.76	68.54± 5.11	84.16± 5.51	65.35± 5.09	83.69± 5.58
t		0.642	6.359	0.270	6.088	0.269	6.091	0.577	6.384
P		0.522	0.000	0.788	0.000	0.788	0.000	0.565	0.000

2.6 两组术后复发率比较 两组术后 12 个月复发率比较,试验组为 1.67%,低于参照组的 13.33%,差异有统计学意义($\chi^2=4.324, P=0.037$)。

3 讨论

EP 是妇科一种常见的子宫腔内病变,其来源于子宫内膜,是由局部内膜组织过度增生形成,表现为突出子宫腔的单个或多个光滑肿物,大小各异,多呈现为指状或卵圆形突出物,蒂长短不一,会影响子宫内膜接收胚胎种植的能力,降低女性生殖功能,加重女性心理负担,甚至影响家庭的和谐^[6]。子宫内膜息肉的病因多,常见的主要为长期炎症刺激、内分泌紊乱、病原体感染、长期服用他莫昔芬等,同时高血压、肥胖、年龄增长、宫腔异物、胎盘残留等也是影响疾病发生的重要因素。子宫内膜息肉发病率可达 8%~35%,主要发生在育龄期至绝经后女性,且随着年龄增长患子宫内膜息肉的概率会相应增大,对于出现临床症状的 EP 患者则应综合考虑患者的息肉位置、息肉大小、身体状况等因素来确定针对性治疗方案。宫腔镜息肉切除术是临床治疗的一种常用方法,医生可借助宫腔镜对病灶部位予以全面观察,并运用电或激光等方法对息肉组织予以清除,来改善子宫异常出血症状,恢复正常月经周期,避免继发感染、贫血、癌变等问题,实现彻底治愈;不孕患者也可以通过切除 EP 来恢复生育功能,获得成为母亲的权力^[7-8]。但 EP 是一种复发率较高的疾病,对患者长期随访调查发现复发率可达 2.5%~43.6%,因此为了警惕这一问题的发生,患者应于术后进行定期复查,每 3 个月检查一次确定是否有新发 EP,或了解 EP 生长情况,对于无症状的患者可不予以手术治疗,以免对患者的身体造成损伤^[9]。

EP 术后复发为几日至几年不等,几日至 1 月内为短期复发,术后几个月至几年为远期复发。宫腔镜引导下取患者病变组织做病理检查,结合患者的临

床症状,可与子宫黏膜下肌瘤、子宫内膜癌等鉴别,对患者疾病予以确诊,临床应及时采取有效的治疗措施,以控制病情进展,改善预后^[10]。

宫腔镜 EP 切除术是目前临床诊断兼治疗 EP 的主要方法之一,其检查易操作,可直视观察子宫腔病变情况,确定息肉具体大小、位置,进而行息肉切除术,具有手术出血量少、创伤小、操作简便、不影响生育功能等优点,是目前公认治疗 EP 最有效的方法,治疗效果较好,但部分患者术后常出现复发情况,严重影响患者身心健康^[11]。在毛丽丽^[12]的研究中,将 103 例子宫内膜息肉患者分别采用宫腔镜手术治疗(对照组)和宫腔镜手术联合 LNG-IUS 治疗(试验组),研究结果显示试验组在子宫内膜厚度、月经失血量表评分(PBCA 评分)改善效果方面均明显优于对照组($P<0.05$);试验组 1 年息肉复发率明显低于对照组($P<0.05$),证实了 LNG-IUS 对患者治疗的积极影响。LNG-IUS 为临床常见宫内避孕系统,可在子宫腔内持续释放左炔诺孕酮,调节体内孕酮受体及雌激素水平,降低前列腺素生成速度,持续发挥抗内膜增生效果,促使子宫内膜萎缩,从而改善患者临床症状,恢复生殖激素正常水平,降低术后复发情况,但部分患者使用疗效欠佳,需联合其他药物进行治疗^[13-14]。孕激素是维持女性生殖系统平衡的关键激素,可有效抑制子宫内膜增生,调节子宫腔内生理环境,减少术后 EP 复发^[15]。地屈孕酮是一种临床常用的孕激素类药物,其活性为天然孕激素的 100 倍,可促使子宫内膜由增殖期进入分泌期^[16-17]。本研究中对 EP 患者分别采取不同治疗方案,调查研究显示:两组治疗总有效率比较,试验组 95.00%高于参照组的 78.33%,差异有统计学意义($P<0.05$)。随访期间无脱落病例,与参照组相比,术后 3 个月、术后 6 个月、术后 12 个月试验组月经量均较少,差异有统计学意义($P<0.05$)。与参照组相比,术后 3 个

月、术后 6 个月、术后 12 个月试验组血红蛋白水平均较高,差异有统计学意义($P<0.05$)。这提示地屈孕酮联合 LNG-IUS 治疗 EP 宫腔镜术后患者疗效显著,可有效促进月经量与血红蛋白水平改善^[8]。此外,本研究还发现,试验组术后 6 个月、术后 12 个月子宫内膜厚度均低于参照组,术后 12 个月复发率 1.67% 低于参照组的 13.33% ($P<0.05$)。可见地屈孕酮联合 LNG-IUS 可有效改善子宫内膜厚度及术后复发情况。

综上所述,EP 是妇科的常见病,是由子宫内膜局部过度增生所致,表现为突出于子宫腔内的单个或多个光滑肿物,蒂长短不一,可引起阴道不规则流血、不孕等。地屈孕酮联合 LNG-IUS 治疗 EP 宫腔镜术后患者疗效确切,可有效改善患者临床症状,防止子宫内膜过度增生,恢复血红蛋白水平,降低术后复发率。

参考文献

[1]陈雨柔,张蔚.子宫内膜息肉的宫腔镜手术及术后管理[J].实用妇产科杂志,2019,35(11):803-805.
[2]於军,李海洋,施晓,等.左炔诺孕酮宫内节育系统预防子宫内膜肉术后复发的疗效观察[J].中国预防医学杂志,2020,21(6):671-674.
[3]谢幸,苟文丽.妇产科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社.2013.275.
[4]何秀宣,李标,李沙沙.宫腔镜电切术联合左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫内膜息肉疗效及对雌激素受体和孕激素受体表达的影响[J].中国性科学,2020,29(10):106-110.

(上接第 28 页) (P 均 <0.05)。说明两种修复方案治疗效果相当,开放性前入路腹膜前无张力修补术能减轻手术应激损伤,缩短康复进程,且能降低并发症发生率,术后不易复发。综上所述,开放性前入路腹膜前无张力修补术治疗成人腹股沟疝患者,可缩短康复进程,减少术后并发症,且手术应激损伤程度低,安全可靠。

参考文献

[1]姚建锋,田利飞,张晓龙,等.基于单中心的不同手术组人员成人腹股沟疝修补术现状调查[J].临床外科杂志,2020,28(6):572-574.
[2]鞠雷,魏士博,尚海.腹腔镜经腹腔腹膜前疝修补术与 Lichtenstein 无张力疝修补术治疗腹股沟疝临床对照研究[J].临床军医杂志,2019,47(7):693-694.
[3]顾超.腹腔镜疝修补术与开放式无张力疝修补术治疗成人腹股沟疝的临床比较[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(A0):9.13.
[4]李建群,朱云根,彭莹,等.基层医院开放性前入路腹膜前间隙修补术治疗成人腹股沟疝患者的临床效果[J].医疗装备,2020,33(18):88-89.
[5]中华医学会外科学分会疝与腹壁外科学组,中国医师协会外科医师分会疝和腹壁外科医师委员会.成人腹股沟疝诊断和治疗指南(2018 年版)[J].中华消化外科杂志,2018,17(7):645-648.
[6]黄利民,陈胜全,杨全德,等.探讨腔镜下无张力疝修补术(TAPP)治疗腹股沟疝的临床疗效[J].中国保健营养,2021,31(9):115.

[5]闫真,涂金晶,白伶俐.屈螺酮炔雌醇片联合宫腔镜手术对子宫内息肉患者 PBAC 评分及子宫内膜厚度的影响[J].临床和实验医学杂志,2019,18(17):1888-1891.
[6]郎景和,冷金花,邓姗,等.左炔诺孕酮宫内缓释系统临床应用的中国专家共识[J].中华妇产科杂志,2019,54(12):815-816,825.
[7]黄杭珍,曹佳萍.孕激素联合宫腔镜手术治疗多发性子宫内息肉及术后复发分析[J].中国计划生育学杂志,2019,27(6):698-701.
[8]李燕,王娟,张仁琦.促性腺激素释放激素与地屈孕酮片预防子宫内息肉电切术后复发的临床对比研究[J].中国医药导报,2020,17(14):86-89.
[9]施琼.子宫内膜息肉冷刀切除术后放置左炔诺孕酮宫内节育系统与口服地屈孕酮预防子宫内息肉复发的效果[J].医疗装备,2021,34(17):142-143.
[10]高文凯,王瑞玲,张虹.宫腔镜下子宫内膜息肉切除术后口服避孕药与放置左炔诺孕酮宫内节育系统预防复发的效果分析[J].中国性科学,2020,29(5):99-101.
[11]刘红梅,曹映华,施健霖.子宫内膜息肉电切术后放置曼月乐环与口服地屈孕酮预防复发的对比研究[J].云南医药,2018,39(6):493-496.
[12]毛丽丽.左炔诺孕酮宫内节育系统联合宫腔镜手术治疗子宫内膜息肉对患者子宫内膜厚度及复发率的影响[J].临床医学,2019,39(10):61-62.
[13]石雪金,彭祥菊,张璐.地屈孕酮与左炔诺孕酮宫内节育系统辅助宫腔镜下子宫内膜息肉切除术治疗子宫内膜息肉的临床效果比较[J].中国现代药物应用,2021,15(14):145-147.
[14]王楨.不同孕激素对预防宫腔镜下子宫内膜息肉切除术后复发的临床观察[J].现代实用医学,2019,31(3):380-381.
[15]房晓曼,张慧英,刘国艳.左炔诺孕酮宫内节育系统预防宫腔镜电切术后子宫内膜息肉复发的效果研究[J].中国处方药,2019,17(4):69-70.
[16]韩晓洁,王颖.宫腔镜下子宫内膜息肉切除术后两种不同方法预防息肉复发的效果比较[J].中国妇产科临床杂志,2020,21(4):422-424.
[17]崔庆玲.左炔诺孕酮宫内缓释系统预防子宫内膜息肉宫腔镜电切术后复发临床观察[J].医药论坛杂志,2021,42(1):121-125.
[18]温美丽.子宫内膜息肉宫腔镜电切术后不同干预措施对预后的影响[J].基层医学论坛,2021,25(13):1838-1839.

(收稿日期: 2021-12-17)

[7]王燕惠,曾祥鑫,陈锦荣,等.单孔腹腔镜与传统开放手术疝囊高位结扎术治疗小儿腹股沟斜疝的对比分析[J].腹腔镜外科杂志,2020,25(7):512-515,519.
[8]高君.完全腹膜外腹腔镜疝修补术治疗成人腹股沟斜疝疗效分析[J].中国药业,2020,29(S2):2.
[9]王勇.腹腔镜疝修补术与开放式无张力疝修补术治疗成人腹股沟疝的临床比较[J].糖尿病天地,2021,18(11):188.
[10]李昌阳,钱涛.腹腔镜经腹腔腹膜前疝修补术与开放式无张力修补术治疗成人腹股沟疝的疗效研究[J].中国医疗器械信息,2019,25(24):90-91.
[11]任宏凯,张红柱,郭广香.腹腔镜经腹腹膜前疝修补术与开放性无张力疝修补术的临床效果比较[J].中国社区医师,2019,35(9):54-55.
[12]曹云,田君,彭应勇,等.探讨腹腔镜疝修补术与开放式无张力疝修补术治疗成人腹股沟疝的临床疗效[J].吉林医学,2019,41(2):405-406.
[13]段红亮,黄光宇.前入路腹膜前间隙无张力疝修补术对腹股沟疝患者血清基质金属蛋白酶、基质金属蛋白酶组织抑制剂的影晌[J].实用临床医药杂志,2018,22(23):36-39.
[14]陈亚柯,陈建民,王殿琛,等.腹腔镜经腹腹膜前疝修补术与前入路手术治疗充填式无张力修补术后复发疝的对比研究[J].中国临床实用医学,2019,10(5):55-57.
[15]黄火成,吴登东,刘秀媚.腹腔镜经腹膜前疝修补术与开放式无张力疝修补术治疗成人腹股沟疝的对比研究[J].现代诊断与治疗,2019,30(10):1708-1709.
[16]孙凯,张泽俊,张亚,等.腹腔镜经腹腹膜前疝修补术与开放式无张力疝修补术治疗成人腹股沟疝的临床疗效[J].中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2019,13(3):243-246.

(收稿日期: 2021-12-17)