

宫腔镜电切术联合左炔诺孕酮宫内缓释系统的 临床疗效分析

林 苗,余怡红

(上饶市广信区人民医院妇产科,江西 上饶 334000)

摘要:目的 分析宫腔镜电切术(TCRP)联合左炔诺孕酮宫内缓释系统(LNG-IUS)治疗子宫内膜息肉(EP)的临床疗效。方法 选取2019年6月-2021年4月上饶市广信区人民医院收治的78例EP患者为研究对象,采用随机数字表法分为对照组与观察组,各39例。对照组给予TCRP治疗,观察组给予TCRP联合LNG-IUS治疗,比较两组子宫内膜厚度、生殖激素水平[血清卵泡刺激素(FSH)、雌二醇(E₂)、孕酮(P)]、经期视觉模拟评分(VAS)、血红蛋白水平、不良反应及复发情况。结果 两组治疗后子宫内膜厚度均有所减小,且观察组治疗后3个月及6个月的子宫内膜厚度小于对照组($P<0.05$);两组治疗后FSH、E₂、P水平变化比较,差异无统计学意义($P>0.05$);两组治疗后3个月经期VAS评分低于治疗前,血红蛋白水平高于治疗前,且观察组经期VAS评分低于对照组,血红蛋白水平高于对照组($P<0.05$);两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组复发率小于对照组($P<0.05$)。结论 TCRP联合LNG-IUS应用于EP治疗中,可有效减小患者子宫内膜厚度,改善其痛经症状,提升血红蛋白水平,且不影响患者的血清孕激素指标,安全性高,不易复发。

关键词:子宫内膜息肉;宫腔镜电切术;左炔诺孕酮宫内缓释系统;生殖激素

中图分类号:R713.4

文献标识码:A

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2022.22.027

文章编号:1006-1959(2022)22-0121-03

Analysis of Clinical Efficacy of Transcervical Resection Of Endometrial polyps Combined with Levonorgestrel Intrauterine Sustained Release System

LIN Miao,YU Yi-hong

(Department of Obstetrics and Gynecology, Shangrao Guangxin District People's Hospital, Shangrao 334000, Jiangxi, China)

Abstract: **Objective** To analyze the clinical efficacy of transcervical resection of endometrial polyps (TCRP) combined with levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in the treatment of endometrial polyps (EP). **Methods** A total of 78 EP patients admitted to Guangxin District People's Hospital of Shangrao City from June 2019 to April 2021 were selected as the research objects. They were divided into control group and observation group by random number table method, with 39 cases in each group. The control group was treated with TCRP, and the observation group was treated with TCRP combined with LNG-IUS. The endometrial thickness, reproductive hormone levels [serum follicle stimulating hormone (FSH), estradiol (E₂), progesterone (P)], menstrual visual analogue scale (VAS), hemoglobin level, adverse reactions and recurrence were compared between the two groups. **Results** The endometrial thickness of the two groups decreased after treatment, and the endometrial thickness of the observation group was smaller than that of the control group at 3 months and 6 months after treatment ($P<0.05$). There was no significant difference in the levels of FSH, E₂ and P between the two groups after treatment ($P>0.05$). The VAS score of the two groups at 3 months after treatment was lower than that before treatment, and the hemoglobin level was higher than that before treatment, while the VAS score of the observation group was lower than that of the control group, and the hemoglobin level was higher than that of the control group ($P<0.05$). There was no significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). The recurrence rate of the observation group was lower than that of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** TCRP combined with LNG-IUS can effectively reduce the endometrial thickness of patients, improve the symptoms of dysmenorrhea, increase the level of hemoglobin, and does not affect the serum progesterone indexes of patients, with high safety and less recurrence.

Key words: Endometrial polyps; Transcervical resection of endometrial polyps; Levonorgestrel-releasing intrauterine system; Reproductive hormones

子宫内膜息肉(endometrial polyps, EP)为妇科常见良性疾病,是由子宫内膜过度增生所致,可影响患者的生殖健康,是导致女性痛经、月经量过多及不孕等现象的重要危险因素^[1-2]。现如今,宫腔镜子宫内膜息肉电切除术(transcervical resection of polyp, TCRP)是治疗EP疾病的首选方案,但该病病灶根除困难,术后复发风险较高^[3]。因此,如何减少EP患者的术后复发情况,是当前妇科领域重点关注的课题之一。左炔诺孕酮宫内缓释系统(levonorgestrel-releasing intrauterine system, LNG-IUS)是临床常用的宫内节育装置,除去基础避孕功能外,该系统还具备一定的孕激素治疗作用,对子宫内膜增生具有积极抑制效果,将其与TCRP联合应

用,可有效降低患者的术后复发风险,改善患者预后^[4,5]。本研究结合我院78例EP患者临床资料,观察TCRP联合LNG-IUS治疗子宫内膜息肉的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2019年6月-2021年4月上饶市广信区人民医院收治的78例EP患者为研究对象,采用随机数字表法分为对照组与观察组,各39例。对照组年龄28~49岁,平均年龄(36.54±4.69)岁;病程1~11年,平均病程(5.83±3.17)年;单发病灶25例,多发病灶14例;子宫内膜息肉最大直径5~16 mm,平均直径(8.24±3.57)mm。观察组年龄27~50岁,平均年龄(36.68±4.72)岁;病程1~11年,平均病程(5.76±3.20)年;单发病灶26例,多发病灶13例;子宫内膜息肉最大直径5~16 mm,平均直径(8.41±3.62)mm。两组年龄、病程、病灶数量、子宫内膜息肉最大直径比较,差异无统计学意义($P>$

0.05),有可比性。本研究经医院医学伦理委员会批准,患者均知情且自愿参加并签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:经术后病理学检查确诊为EP;非绝经期女性;符合TCRP治疗指征。排除标准:合并严重心、肝、肾及凝血功能疾病者;手术禁忌证者;药物过敏者;近期接受激素治疗者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 行TCRP治疗:于月经干净3~7 d后实施,术前一晚于阴道放置0.4 mg米索前列醇(湖北葛店人福药业有限责任公司,国药准字H20073696,0.2 mg/片)软化宫颈,手术开始前行阴道冲洗,患者取膀胱截石位,静脉麻醉后,取扩宫棒扩张宫颈口,以生理盐水为膨宫介质,于宫腔镜下明确子宫内膜息肉的位置、大小、数量等信息,随后开展息肉电切术,切除范围至子宫内膜下3 mm浅肌层,彻底切除息肉基底,期间宫腔压力控制在80~100 mmHg,电切功率为70~80 W,完毕后采用负压吸引吸净宫腔,电凝止血,术后常规抗感染治疗。

1.3.2 观察组 行TCRP联合LNG-IUS治疗:TCRP治疗后,于首次月经干净4~7 d后,经宫腔放置LNG-IUS,放置前探宫腔深度<9 cm,所有过程均严格遵照操作指南进行,最后行腹部超声检查,确保放置位置无误。

1.4 观察指标 比较两组子宫内膜厚度、生殖激素水平[血清卵泡刺激素(FSH)、雌二醇(E₂)、孕酮(P)]、经期视觉模拟评分(VAS)^[6](0~10分,分数越高表示疼痛越严重)、血红蛋白水平、不良反应(阴道出血、乳腺胀痛、经期延长、体质量增加、闭经)及复发情

况。复发标准:经盆腔彩超检查发现子宫内膜异位囊肿,且抗炎治疗后无变化。

1.5 统计学方法 采用SPSS 21.0统计学软件进行数据处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较行 t 检验;计数资料以[n(%)]表示,组间比较行 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组子宫内膜厚度比较 两组治疗后子宫内膜厚度均有所减小,且观察组治疗后3个月及6个月的子宫内膜厚度小于对照组($P < 0.05$),见表1。

表1 两组子宫内膜厚度比较($\bar{x} \pm s$, mm)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后3个月	治疗后6个月
观察组	39	11.24±3.28	9.12±2.20*	7.35±2.14*
对照组	39	11.33±3.19	10.17±2.24*	8.73±2.61*
<i>t</i>		0.123	2.089	2.553
<i>P</i>		0.903	0.040	0.013

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$

2.2 两组生殖激素水平比较 两组治疗后FSH、E₂、P水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表2。

2.3 两组经期VAS评分及血红蛋白水平比较 两组治疗后3个月经期VAS评分低于治疗前,血红蛋白水平高于治疗前,且观察组经期VAS评分低于对照组,血红蛋白水平高于对照组($P < 0.05$),见表3。

2.4 两组不良反应发生情况比较 两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表4。

2.5 两组复发情况比较 观察组治疗后6个月复发率为2.56%(1/39),小于对照组的17.95%(7/39),差异有统计学意义($\chi^2 = 5.014$, $P = 0.025$)。

表2 两组生殖激素水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	FSH(mIU/ml)		E ₂ (pg/ml)		P(ng/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	39	4.63±2.50	4.68±2.46	63.39±11.83	64.08±11.92	0.59±0.37	0.68±0.39
对照组	39	4.70±2.54	4.79±2.51	63.21±11.90	84.11±11.87	0.62±0.42	0.69±0.41
<i>t</i>		0.123	0.195	0.067	0.011	0.335	0.110
<i>P</i>		0.903	0.846	0.947	0.991	0.739	0.912

表3 两组经期VAS评分及血红蛋白水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	经期VAS(分)		血红蛋白(g/L)	
		治疗前	治疗后3个月	治疗前	治疗后3个月
观察组	39	5.84±0.87	1.21±0.43*	68.25±6.31	91.24±7.21*
对照组	39	5.87±0.90	1.94±0.51*	68.37±6.42	86.54±7.03*
<i>t</i>		0.150	6.834	0.083	2.915
<i>P</i>		0.881	0.000	0.934	0.005

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$

表4 两组不良反应发生情况比较(*n*, %)

组别	<i>n</i>	阴道出血	乳腺胀痛	经期延长	体质量增加	发生率
观察组	39	1	1	0	0	5.13*
对照组	39	1	0	1	1	7.69

注:与对照组比较, $\chi^2 = 0.214$, $P = 0.644$

3 讨论

TCRP 是治疗子宫内膜息肉的首选微创方案,该术式可于宫腔镜引导下完成息肉切除操作,具有创伤小、疗效好、恢复快等应用优势,现已广泛应用于妇科领域^[7]。但有研究指出^[8],EP 的发生多与内膜生殖激素代谢失调、细胞因子水平等因素有关,TCRP 术后,若内环境未获得及时改善,其内膜仍可再生,导致 EP 复发。因此,改善患者宫腔内环境,是降低其术后复发风险的关键所在。左炔诺孕酮(Levonorgestrel,LNG)为临床常用孕激素药物,具有明显的抗雌激素活性,可诱导内膜腺体萎缩及间质蜕膜样改变,促使子宫内膜变薄,同时降低其活性,进而控制子宫内膜的增殖^[9]。LNG-IUS 是含高效价 LNG 药物的宫内节育系统,可持续向宫腔释放 LNG,借助其药效,抑制子宫内膜雌激素的合成,拮抗子宫内膜增生^[10]。且 LNG-IUS 可在促使子宫内膜萎缩的同时,增强子宫收缩力,减少子宫内膜厚度的同时,缓解内膜炎症,降低 EP 的发生风险^[11]。

本研究结果显示,观察组治疗后 3 个月及 6 个月的子宫内膜厚度小于对照组($P<0.05$),提示 TCRP 联合 LNG-IUS 可有效缩小患者子宫内膜厚度,其效果优于单一 TCRP 术治疗,与陈梅等^[12]研究结果一致。分析认为,LNG-IUS 可持续、稳定释放左炔诺孕酮,每日释放量为 20 μg ,其子宫内局部释放浓度远高于血液循环,可引发高效价孕激素状态,增强其子宫内膜增生抑制效果。有研究指出^[13],LNG 持续性的释放可导致部分激素被吸收入血液,引起血清生殖激素水平的升高,进而增加乳腺肿瘤等疾病的发生风险,不利于患者预后。而在本研究结果中,两组治疗后 FSH、 E_2 、P 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$),表明 LNG-IUS 对患者卵巢激素并无明显影响,其卵巢功能未受干扰,可维持体内正常激素水平,与既往研究相吻合^[14]。本研究发现,观察组治疗后经期 VAS 评分低于对照组,血红蛋白水平高于对照组($P<0.05$),证实 LNG-IUS 可在缓解患者的痛经症状的同时,提高其血红蛋白水平。分析认为,LNG-IUS 可刺激内膜系统合成调节蛋白,进而改变内膜微环境,降低炎症介质水平,以此增强子宫收缩力,减少月经量,在缓解痛经症状的同时,可改善月经过量引发的贫血状况。此外,两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),提示 LNG-IUS 的应用不会造成不良反应风险的增加,具有较高的安全性。观察组复发率小于对照组($P<0.05$),表明 LNG-IUS 可有效降低 TCRP 术后的复发风险,这与 LNG-IUS 对患者宫腔内环境的改善

作用存在直接关联,与既往研究^[15]结果一致。

综上所述,TCRP 联合 LNG-IUS 可有效减小患者子宫内膜厚度,改善其痛经症状,提升血红蛋白水平,且不影响患者的血清孕激素指标,安全性高,不易复发,值得临床应用。

参考文献:

- [1]陈秀琴,毕素娟,饶燕,等.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性激素和脂代谢影响[J].中国计划生育学杂志,2021,29(9):1849-1853.
- [2]王立敏,顾光华.宫腔镜下子宫内膜息肉切除术后应用左炔诺孕酮宫内节育系统预防息肉复发的效果[J].中国医药,2021,16(4):601-604.
- [3]王亚辉,林伟,王灵芝,等.左炔诺孕酮宫内缓释系统预防子宫内膜息肉术后复发的效果观察[J].人民军医,2021,64(1):76-78,81.
- [4]Bernard L,Kwon JS,Simpson AN,et al.The levonorgestrel intrauterine system for prevention of endometrial cancer in women with obesity: A cost-effectiveness study[J].Gynecol Oncol,2021,161(2):367-373.
- [5]李巧婵,庞土寿,柯秋霞.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观察[J].海南医学,2020,31(13):1702-1704.
- [6]杜洁贤,秦珊,张新景,等.GnRH-a 与 LNG-IUS 联合应用在宫腔镜下内突型子宫腺肌瘤病灶切除术中的价值[J].河北医科大学学报,2019,40(8):902-906.
- [7]梅春美,夏美艳,曹文雅,等.左炔诺孕酮宫内缓释系统对子宫内膜息肉电切术后 IGF-I 和 IGF-IR 表达的影响[J].中国医师杂志,2019,21(1):48-50,54.
- [8]马琳,周荣琴.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临床观察[J].中国医学工程,2018,26(5):35-38.
- [9]梁荣丽,罗宋,黄小静.TCRP 联合左炔诺孕酮缓释系统治疗子宫内膜息肉效果观察[J].海南医学,2018,29(8):1093-1096.
- [10]王玉,杨清,顾雪桥.左炔诺孕酮宫内缓释系统预防子宫内膜异位症术后复发的疗效[J].中国医科大学学报,2017,46(9):812-815,820.
- [11]李利玲.子宫内膜息肉术后放置左炔诺孕酮宫内缓释系统对预防复发的疗效[J].检验医学与临床,2017,14(12):1744-1746.
- [12]陈梅,马莉.宫腔镜子宫内膜息肉电切术联合左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫内膜息肉[J].长春中医药大学学报,2016,32(2):396-398.
- [13]张志杰.宫腔镜下子宫内膜息肉切除术后屈螺酮炔雌醇与左炔诺孕酮宫内缓释系统预防复发效果比较[J].现代仪器与医疗,2016,22(5):53-55.
- [14]艾冬梅.子宫内膜息肉切除术后辅助应用左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗后雌激素受体和孕激素受体的表达[J].中国妇幼保健,2016,31(7):1496-1498.
- [15]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.

收稿日期:2022-01-13;修回日期:2022-01-21

编辑/王萌