

# 子宫内膜异位症并不孕症患者应用宫腔镜联合腹腔镜手术治疗的临床疗效

袁冬梅

菏泽曹州医院妇产科, 山东 菏泽 274000

**【摘要】** 目的 分析子宫内膜异位症并不孕症患者采用联合手术疗法的效果。方法 从2021年3月至2022年3月的子宫内膜异位症并不孕症患者中随机抽取62例, 双盲法均分为A组(腹腔镜手术)和B组(腹腔镜联合宫腔镜手术), 对比两组手术效果。结果 B组治疗有效率93.55%、并发症发生率3.22%、2年内妊娠率93.55%优于A组的74.19%、19.35%、70.97% ( $P<0.05$ ); 术后B组hs-CRP ( $1.31\pm 0.74$ ) mg/L、PA ( $273.26\pm 21.24$ ) mg/L 优于A组的hs-CRP ( $2.45\pm 0.96$ ) mg/L、PA ( $237.25\pm 18.35$ ) mg/L ( $P<0.05$ )。结论 宫腔镜+腹腔镜手术治疗方案, 对于子宫内膜异位症并不孕症患者而言, 安全系数高, 效果理想, 术后改善妊娠和生活品质效果良好, 值得推广。

**【关键词】** 子宫内膜异位症并不孕症; 宫腔镜手术; 腹腔镜手术

当前社会不断进步, 经济水平不断提高, 人们的生活习惯不断发生变化, 比如膳食构成变化, 生活压力也不短增加, 各种观念, 比如性观念等也在不断发生变化, 基于此, 我国临床接诊子宫内膜异位症(Endometriosis, EMT)的患者数量也愈来愈高。EMT属于临床妇科常见性、高发性疾病, 主要是由于机体出现雌激素依赖性和自身免疫能力大幅度降低导致, 患者发病后会出现多种不良症状如痛经、下腹疼痛异常、月经不调等, 目前临床中尚没有统一EMT和不孕之间是否存在明确的因果关系。但是通过大量研究数据显示<sup>[1]</sup>, EMT发病后会导致输卵管周围出现黏连问题, 导致输卵管管腔被堵塞, 还会导致盆腔组织出现粘连, 使盆腔正常的解剖结构出现异常变化, 大大增加了不孕的概率。和传统开腹手术相比, 腹腔镜手术具有更多的优点如手术不会导致患者出现剧烈的痛苦感、不会对盆腔内环境造成过大的影响、在直视下缝合卵巢残端降低了对正常组织的损伤程度, 从而卵巢能够在较短的时间内恢复正常功能。随着微创技术的进一步完善, 宫腔镜手术的出现和广泛应用, 和腹腔镜手术联合使用, 大大提升了腹腔镜手术的安全性, 清除病灶更加彻底, 大大降低了复发的概率。本研究分析了EMT并不孕症患者采用联合手术疗法的效果, 阐述如下。

## 1 资料和方法

**1.1 临床资料** 从2021年3月至2022年3月的

子宫内膜异位症并不孕症患者中随机抽取62例, 双盲法均分为A组和B组, A组(31例)年龄21~38岁, 均值( $31.52\pm 3.24$ )岁, 体重52~85kg、均值( $62.58\pm 3.12$ )kg, 孕次1~4次、均值( $1.85\pm 0.52$ )次, 原发继发不孕比例(8:23); B组(31例)年龄22~39岁、均值( $31.68\pm 3.27$ )岁, 体重53~86kg、均值( $62.98\pm 3.23$ )kg, 孕次1~3次、均值( $1.62\pm 0.49$ )次, 原发继发不孕比例(9:22)。一般资料对比没有显著区别( $P>0.05$ ), 研究数据具有对比意义。

纳入标准: (1) 相关检查以及临床表现等符合EMT的临床诊断标准; (2) 资料齐全; (3) 患者知情同意且签署书面文件; (4) 伦理委员会批准; (5) 符合手术指征; (6) 患者及其家属依从性较高。

排除标准: (1) 精神障碍、认知功能障碍; (2) 患者治疗的依从性不高; (3) 意识不清者; (4) 合并严重感染者; (5) 合并凝血功能障碍者; (6) 心、肝、肾等脏器功能严重受损。

## 1.2 方法

**1.2.1 A组:** 腹腔镜手术。全麻, 操作孔位置: 脐轮、麦氏点; 完成人工气腹的建立; 分离异位病灶, 电灼止血。操作流程同B组。

**1.2.2 B组:** 于月经结束3~7d后进行手术, 需要术前3天进行肠道、阴道准备。术前需要进行全身麻醉以及气管插管工作, 通过腹腔镜检查患者的盆腔情况, 并根据检查结果对EMT进行临床分期。然后分离盆腔粘连, 解除粘连状态, 从而恢复患者盆腔的解剖结构。如果检查发现囊肿, 应剔除囊肿后重新构建卵巢结构。如果检查发现输卵管粘

连, 应先进行输卵管手术, 然后通过宫腔镜检查患者的子宫、输卵管状态, 发现子宫内膜增生、息肉后需要及时进行相应的诊刮手术治疗, 发现子宫腔存在异常情况后进行子宫中膈电切手术治疗, 然后在腹腔镜下进行输卵管美蓝通液术, 观察是否通畅, 最后使用生理盐水冲洗患者的盆腔和腹腔。手术完成后患者遵医嘱皮下注射3.75mg的诺雷德进行GnRH-a治疗, 治疗时间为28d注射1次, 需要持续3月。

1.3 观察指标

1.3.1 治疗有效率=(显效+有效)/总例数×100%。并发症发生率=(腹腔感染+异常出血)/总例数×100%<sup>[2]</sup>。显效为无临床症状、阳性体征、盆腔肿块; 有效为无阳性体征, 临床症状和盆腔肿块显

著改善; 无效为临床症状、阳性体征、盆腔肿块无变化。

1.3.2 高敏C反应蛋白(hs-CRP)、前白蛋白(PA)水平。

1.3.3 妊娠率=妊娠例数/总例数×100%。

1.4 统计学分析 SPSS20.0处理数据, ( $\bar{x} \pm s$ )与[n(%)]表示计量与计数资料, 分别用t值与 $\chi^2$ 检验,  $P < 0.05$ 代表数据差异具有统计学价值。

2 结果

2.1 对比治疗有效率、并发症发生率 B组治疗有效率、并发症发生率优于A组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表1。

表1 对比治疗有效率、并发症发生率 [n=31, n(%)]

分组	治疗有效率			并发症发生率		
	显效	有效	有效率	异常出血	腹腔感染	发生率
B组	21 (67.74)	8 (25.80)	29 (93.54)	1 (3.22)	0 (0.00)	1 (3.22)
A组	14 (45.16)	9 (29.03)	23 (74.19)	4 (12.90)	2 (6.45)	6 (19.35)
$\chi^2$			4.292			4.026
P			0.038			0.044

2.2 比较hs-CRP、PA水平 术前两组hs-CRP、PA水平对比没有显著差异( $P > 0.05$ ), 术后B组优于

A组, 两组差异明显, 具有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表2。

表2 对比 hs-CRP、PA 水平 ( $\bar{x} \pm s$ , mg/L)

分组	例数	hs-CRP		PA	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
B组	31	0.83 ± 0.17	1.31 ± 0.74	318.42 ± 45.38	273.26 ± 21.24
A组	31	0.81 ± 0.18	2.45 ± 0.96	319.16 ± 45.27	237.25 ± 18.35
t		0.449	5.236	0.064	7.142
P		0.654	<0.001	0.949	<0.001

2.3 对比妊娠率 B组妊娠率高于A组, 组间差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表3。

表3 对比妊娠率 [n=31, n(%)]

分组	术后6月	术后1年	术后2年	妊娠率
B组	11 (35.48)	10 (32.26)	8 (25.81)	29 (93.55)
A组	7 (22.58)	9 (29.03)	7 (22.58)	23 (74.19)
$\chi^2$				4.292
P				0.038

3 讨论

卵巢是发生EMT概率最高的部位, 异常增生的子宫内膜组织代谢和压迫正常的卵巢组织, 导致卵巢不能正常的发挥出自身的生理功能, 随着病灶不断地扩大, 使卵巢的解剖结构发生异常改变, 导致周围组织出现较为严重的粘连问题, 输卵管管腔被

堵塞, 导致卵巢不能正常进行排卵, 同时卵子也不能正常地运行<sup>[3]</sup>。目前临床治疗EMT并不孕症患者的主要目的是改善临床症状、最大程度地保留患者生育功能, 最常用的也是最有效的方式是手术, 通过手术将病灶彻底切除, 将粘连组织剥离, 恢复盆腔正常的解剖结构, 从而使患者能够正常怀孕<sup>[4]</sup>。

以往临床中所使用的开腹手术具有较多的缺陷

如:对病人的身体损害很大,需要大量的时间用于切开和缝合,患者在手术过程中大量流失血液,严重损伤盆腔正常的组织,术后患者需要较长时间才能康复,术后出现并发症(肠粘连、静脉血栓等)的概率较高,切口长且易感染,同时还会影响外观,因此目前临床基本已经不使用该手术方式<sup>[5]</sup>。腹腔镜手术是在患者的皮肤皱襞处选择小切口,术后瘢痕小,不会对外观造成较大的影响。术中手术器械通过穿刺孔置入,不用切开,出血量小,不需要花费切开、止血、缝合的时间,大大缩短了手术时长,患者在手术中出血量较小,不会导致机体的免疫力下降,因此术后较短时间内就能恢复,同时降低并发症出现的概率。近年来医学技术水平不断提升,宫腔镜手术也得到了大幅度完善,通过宫腔镜可以清晰地看到宫腔内的各种变化,手术医生也可以准确作出判断,而且对子宫组织损害较小,术后康复快。本次将宫腔镜手术用于EMT并不孕症患者的治疗中,通过宫腔镜有效对子宫内膜异位病灶进行检测,检测结果更加精准,有利于判断病变的位置、程度<sup>[6]</sup>。另外,宫腔镜主要是通过纤维光源内窥镜检查子宫腔内的情况,通过成像系统反映子宫腔内的变化,可看到子宫内部的不同部位,并产生放大效果,即可把病灶直观精确地展示出来。宫腔镜不仅可以判断病灶出现的位置大小及其程度,而且还可以精确看到病灶的组织状态。

B组治疗有效率93.55%、并发症发生率3.22%、2年内妊娠率93.55%优于A组的74.19%、19.35%、70.97% ( $P<0.05$ )。卵巢微环境对于卵子有重要影响,在切除异位子宫内膜病灶的过程中不可避免地会损伤卵巢,因此需要使用对卵巢正常功能影响较小的手术方式。腹腔镜手术的环境相对比较封闭,通常不会影响到盆腹腔脏器组织,大大降低了初选肠粘连等并发症的概率。手术对机体的刺激较小,诱发的炎症反应较轻微,同时对体液和细胞正常的免疫功能、氧化应激反应造成的影响较小,有利于盆腔保持稳定的内环境以及恢复卵巢的正常功能。腹腔镜联合宫腔镜手术中精细地剥离异位的子宫内膜病灶,采用双极电凝对残端止血,然后再利用吸收丝线采用内翻缝合卵巢残端,这样不仅能有效止血,还能恢复卵巢正常的解剖形状,从而降低对卵巢的损伤,使其保留正常的生理能力,从而大大提高了术后正常怀孕的概率<sup>[7]</sup>。

术后B组hs-CRP ( $1.31 \pm 0.74$ ) mg/L、PA ( $273.26 \pm 21.24$ ) mg/L优于A组的( $2.45 \pm 0.96$ ) mg/L、PA ( $237.25 \pm 18.35$ ) mg/L ( $P<0.05$ )。不管是何种手术都是对机体特定结构造成一定的损伤,虽然腹腔镜和宫腔镜联合手术大大降低了损伤程

度,但是不可避免地会导致机体出现一定的炎症反应。机体出现炎症反应、损伤等血清中的CRP浓度大幅度增加,该变化时间要比体温和外周血白细胞计数变化的时间早,而健康机体血清中CRP浓度较低。通过hs-CRP测定能检出人体内CRP的微弱改变,其结果不会随着年龄变化或者性别变化而发生变化,具有较高的准确性。作为非特异性宿主防御物质的PA,其主要作用是清除机体中有毒代谢物质,并会出现一定的消耗,因此一旦机体出现炎症反应,随着炎症的恶化,其水平降低<sup>[8]</sup>。因此可以使用hs-CRP、PA评价EMT并不孕患者的炎症反应严重程度。

综上所述,EMT并不孕症患者采用联合手术(宫腔镜+腹腔镜手术)的治疗方案,安全系数高,效果理想,术后改善妊娠和生活品质效果良好,值得推广。

## 参考文献

- [1] 吴莹. 宫腔镜联合腹腔镜手术治疗子宫内膜异位症并不孕症的临床疗效探析[J]. 中国实用医药, 2022, 17(4): 39-41.
- [2] 刘伟, 陈红, 樊篱. 观察开腹手术和腹腔镜手术在子宫内膜异位症并存不孕症患者治疗中的临床价值[J]. 中国医疗器械信息, 2021, 27(19): 109-110.
- [3] 邵晓燕. 腹腔镜手术分别联合中药、注射用醋酸曲普瑞林治疗子宫内膜异位症伴不孕症的疗效评价[J]. 医学理论与实践, 2021, 34(15): 2660-2662.
- [4] 连芳. 子宫内膜异位症不孕症患者宫腹腔镜手术治疗疗效的影响因素[J]. 现代诊断与治疗, 2021, 32(12): 1931-1932.
- [5] 田文秀, 王晶, 徐丹, 等. 宫腔镜联合腹腔镜治疗子宫内膜异位症合并不孕疗效及对术后妊娠的影响[J]. 中国计划生育学杂志, 2020, 28(9): 1467-1470+1474.
- [6] 赵晨阳, 李琼. 子宫内膜异位症伴不孕患者双镜术后妊娠的相关危险因素分析[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31(12): 1920-1922.
- [7] 尚晓红. 宫腔镜联合腹腔镜治疗子宫内膜异位症(EMT)合并不孕患者的临床效果及影响因素研究[J]. 中国医药指南, 2019, 17(33): 79-80.
- [8] 廖红霞. 子宫内膜异位症合并不孕患者采取宫-腹腔镜联合治疗的效果及对术后妊娠影响[J]. 中外医学研究, 2019, 17(31): 31-33.