



分析曼月乐宫内节育器对预防子宫内膜息肉复发的效果

黄小英 (隆回县南岳庙镇卫生院 湖南邵阳 422000)

摘要: **目的** 分析曼月乐宫内节育器对预防子宫内膜息肉复发的效果。**方法** 选取我院在2016年10月-2017年10月,所收治的62例实行子宫内膜息肉手术患者,采取随机数字法将患者均分为观察组和对照组。观察组手术后放置曼月乐宫内节育器,对照组经手术后常规治疗,观察两组术后复发情况。**结果** 观察组及对照组子宫内膜息肉复发率数据对比显示为:3.23%、22.58%,组间对比差异性显著, $P < 0.05$ 。手术前,两组患者子宫内膜厚度、月经量及时间进行比较,无统计学意义, $P > 0.05$ 。手术后,两组患者子宫内膜厚度、月经量及时间实行对比,统计学意义存在, $P < 0.05$ 。**结论** 术后放置曼月乐宫内节育器,预防子宫内膜息肉复发效果更佳,且安全性较高。

关键词: 曼月乐 宫内节育器 子宫内膜息肉 预防效果

中图分类号: R711.71 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 18-179-02

子宫内膜病症中,多见于子宫内膜息肉,这一病症的出现和内分泌失衡有关,如果没有及时诊治,容易引发子宫出血症状^[1]。临床方面多采取手术方式治疗,临床效果较好,但术后易于发生子宫内膜息肉复发情况。针对于此,我院以实行子宫内膜息肉手术患者作为研究对象,以术后放置曼月乐宫内节育器、术后常规治疗为基础,分析不同方式下对预防子宫内膜息肉复发情况的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院2016年10月-2017年10月,共收治62例实行子宫内膜息肉手术患者,按照随机数字法将62例患者,分为观察组(31例)和对照组(31例)。所有患者均接受子宫内膜息肉手术,签署知情同意书,排除放置宫内节育器禁忌症。观察组年龄区间30-42岁,中位年龄(36.5±3.4)岁;孕次区间0-4次,中位孕次(2.2±0.4)次;病程区间2-6年,中位病程(4.1±0.8)年。对照组年龄区间32-42岁,中位年龄(37.8±3.5)岁;孕次区间1-4次,中位孕次(2.5±0.5)次;病程区间1-6年,中位病程(3.5±0.7)年。经SPSS12.0统计学软件,对观察组和对照组临床数据进行分析,统计学意义不存在, $P > 0.05$,存在可比性。

1.2 治疗方法

两组患者经期后3-7d,实行宫腔镜检查。对于出血症状严重者,需结合患者实际状况,实行止血和抗炎处理。经宫腔镜检查操作要求,严格检查宫颈管和宫腔部位,以便充分了解患者子宫内膜息肉相关信息后,确定手术方式,如刮宫术、息肉摘除术。手术中,将刮出息肉、子宫内膜组织立即送至病理科室进行检查。

1.2.1 对照组术后,通过抗生素抗感染治疗。

1.2.2 观察组术后放置曼月乐宫内节育器,然后根据患者具体情况加强抗感染处理。

1.3 观察指标

手术后3个月、6个月、12个月,对患者月经量实行观察和记录。然后,实行阴道B超复查,观察患者子宫内膜息肉是否存在复发情况,并对患者手术前、后,子宫内膜厚度、月经量、时间实行观察。

1.4 统计学分析

本次研究的62例实行子宫内膜息肉手术患者,临床所有数据均经SPSS12.0软件处理,例数采取“n”表示,两组子宫内膜息肉复发情况的对比,使用“%”表示,经“ χ^2 ”检验;两组手术前、后子宫内膜厚度情况及月经量、时间的对比,使用“±”表示,经“t”检验;观察组和对照组的组间对比呈现为: $P < 0.05$,即可判定统计学意义显著。

2 结果

2.1 术后两组子宫内膜息肉复发情况的对比

术后,观察组和对照组子宫内膜息肉复发率实行对比,差异性显著, $P < 0.05$,如表1。

表1: 术后两组子宫内膜息肉复发情况的对比 [n=31 (%)]

组别	术后3个月	术后6个月	术后12个月	术后子宫内膜息肉复发率
观察组	1 (3.23)	0 (0)	0 (0)	1 (3.23)
对照组	2 (6.45)	2 (6.45)	3 (9.68)	7 (22.58)
χ^2	—	—	—	5.1667
P值	—	—	—	<0.05

2.2 手术前、后两组子宫内膜厚度情况的对比

手术前,观察组和对照组患者的子宫内膜厚度分别为(1.56±0.42)cm、(1.57±0.44)cm,组间比较,无统计学意义, $P > 0.05$, $t=0.0915$ 。

手术后12个月,观察组和对照组的子宫内膜厚度分别为(0.75±0.18)cm、(1.07±0.25)cm, $P < 0.05$, $t=5.7885$ 。

2.3 手术前、后两组月经量情况的对比

术后前,观察组月经量、时间分别为(178.5±55.5)ml、(8.6±2.1)d,对照组月经量、时间分别为(179.7±57.8)ml、(8.7±2.2)d,统计学意义不存在, $P > 0.05$, $t=0.0833$ 、 $t=0.1830$ 。

手术后12个月,观察组和对照组的月经量、时间分别为(32.4±14.5)ml、(2.7±1.1)d, (40.9±19.3)ml、(3.4±1.5)d,统计学意义存在, $P < 0.05$, $t=1.9604$ 、 $t=2.0952$ 。

3 讨论

子宫内膜息肉,为临床常见的病症,属于妇科良性病症范畴^[2]。临床上多采取手术方式治疗,将子宫内膜息肉摘除,这种治疗方式,术后易于引发子宫内膜息肉复发^[3]。子宫内膜息肉的形成,和阴道不规则出现、月经不调有关^[4]。而月经不调的出现,与子宫内膜息肉发病有直接联系,进而导致患者出现排卵障碍情况,引发持续性高雌激素血症。趋于这种状态下,患者子宫基底层内膜出现局限性增生状况,进而构成子宫内膜息肉^[5]。本次研究,在手术后为患者防止曼月乐宫内节育器,临床效果较好。曼月乐宫内节育器,外观为T形,纵形管中有52ml左炔诺孕酮,每日可直接释放左炔诺孕酮于患者的宫腔中^[6]。这时,患者子宫内膜萎缩会发生变化,有效的阻滞子宫内膜息肉的生长情况。与此同时,曼月乐宫内节育器每日能够均匀的释放适量的左炔诺孕酮,产生局部效应后不会对患者机体构成严重的影响。曼月乐宫内节育器药物作用时间较长,应用效果较为理想且不会构成患者较大

(下转第182页)



3 讨论

分娩过程中,产后出血属于严重并发症,也是产妇死亡的主要原因。产后出血发生率约占总分娩数的2%-3%,而前置胎盘则是导致产妇产后出血的重要原因^[4-6]。近年来,随着剖宫产率的增加,前置胎盘发生率明显增加,而凶险型前置胎盘比例也有所上升。凶险型前置胎盘主要是因存在既往剖宫产史,且存在子宫瘢痕,再次分娩时若出现前置胎盘,则构成凶险型前置胎盘的两大要素,增加了胎盘植入的发生概率,给产妇带来更大的分娩风险。凶险前置胎盘容易造成胎盘粘连及胎盘植入,这是引发产后出血的重要因素,需要给予恰当的治疗方式,减少出血^[7-8]。

传统的凶险型前置胎盘产后出血治疗时,一旦确认为凶险型前置胎盘,则通常需要选择行剖宫产术及时终止妊娠,但其难治性和子宫切除率高问题一直是治疗中难以解决的问题。传统方式通过子宫按摩、使用宫缩剂等并不能达到理想的加强宫缩效果,而治疗中的其他方式结合实际出血情况采取1种或多种治疗,具有一定的可行性。但采用传统方式治疗时,子宫切除率过高问题不仅严重影响妇女的身心健康,也会导致过早失去生育能力,通常难以被患者接受。保留子宫成为大多数患者强烈的期望,基于此,人们研究提出将介入技术与外科手术相融合,形成了动脉栓塞镶嵌式治疗方式,并且在临床实践中应用证实,具有较好的效果^[9]。

2002年,有研究学者提出联合应用外科手术与介入治疗,形成一种全新的治疗理念,即镶嵌手术的理念^[10]。并且随着介入疗法的广泛应用,逐渐在凶险型前置胎盘产后出血治疗中受到重视,选择行动脉栓塞术式有两种,分别是经皮双侧髂内动脉栓塞术和双子宫动脉栓塞术。采用动脉栓塞治疗,能够达到良好的止血效果。有研究发现,单独实施双侧子宫动脉结扎或单侧子宫动脉结扎,成功率仅在80%左右,而采取髂内动脉栓塞则成功率高达90%以上,并且具备操作简便、重复性强、创伤小、并发症发生率低等优势,具有较高的推广价值。

本次研究为探究介入治疗与外科手术治疗结合下的动脉栓塞镶嵌式治疗方案在进行凶险型前置胎盘产后出血过程中的临床效果,采取对照分析方式进行研究,与传统治疗方案

作比较。研究结果发现,观察组产后子宫切除率明显更低,这提示介入治疗思想的融合实现了女性保留生育能力的期望。对比两组术中出血量,动脉栓塞镶嵌式治疗因其创伤小,观察组明显更低。而对比两组并发症发生率,观察组明显低于对照组,说明该方式并发症发生率有所降低。但栓塞相关副反应及并发症仍然无法规避,患者可能会出现恶心呕吐、腹痛、血肿、感染等,通常无需采取特殊处理。但一旦患者出现异位栓塞,则可能是栓塞剂使用不当或导管插入不完全导致,异位栓塞可能引发非靶器官损伤,需要特别注意。

综上所述,动脉栓塞镶嵌式治疗方式应用于凶险型前置胎盘产后出血治疗中,具有创伤小、操作简单、重复性强的优势,并且能够降低子宫切除率和并发症发生率,但治疗费用相对较高,能够保留患者生育功能,是一种全新的治疗方式。

参考文献

- [1] 刘丽霞.凶险型前置胎盘产后出血诊治分析[J].中国煤炭工业医学杂志,2016,19(1):43-45.
- [2] 吴敏明,闫凤.凶险型前置胎盘产后出血诊治分析[J].中国卫生标准管理,2016,7(23):56-58.
- [3] 王利民,罗丹,侯倩男,等.动脉序贯介入镶嵌式治疗在防治凶险型前置胎盘产后出血中的应用[J].检验医学与临床,2016,13(A02):157-160.
- [4] 黄金瑞,陈琪瑛.52例凶险型前置胎盘合并胎盘植入的临床分析[J].右江医学,2015,43(4):467-470.
- [5] 王军,王心,尚丽新.凶险型前置胎盘临床特点及对妊娠结局影响的观察[J].人民军医,2015(8):919-921.
- [6] 周欣,张国英,孙丽洲,等.凶险型前置胎盘围术期综合手术治疗方法探讨[J].实用妇产科杂志,2013,29(7):516-518.
- [7] 侯磊,谢志红,贾慧慧.凶险型前置胎盘并发胎盘植入23例临床分析[J].临床军医杂志,2015,43(4):391-393.
- [8] 朱若莉,王英兰.腹主动脉球囊预防凶险型前置胎盘术中出血的临床护理研究[J].中国医学工程,2015(4):9-10.
- [9] 陶萍,张桂富.凶险型前置胎盘与普通型前置胎盘对孕妇的危害性分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2015(32):4866-4868.
- [10] 王利民,侯倩男,罗丹,等.动脉栓塞镶嵌式治疗凶险型前置胎盘产后出血的临床研究[J].西部医学,2016,28(8):1130-1134.

(上接第179页)

的心理压力和经济压力。本次研究结果显示,观察组术后子宫内息肉复发率3.23%,明显低于对照组术后子宫内息肉复发率22.58%,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。手术后12个月,观察组子宫内息肉厚度、月经量和时间,均优于对照组,差异性显著, $P<0.05$ 。由此可见,术后放置曼月乐宫内节育器,对预防子宫内息肉复发有着积极的影响,且不会对患者构成不良影响。

综上所述,术后使用曼月乐节育器,能够有效预防子宫内息肉复发,值得在临床广泛应用并推广。

参考文献

- [1] 黄俊.曼月乐预防子宫内息肉复发的临床应用研究[J].当代医学,2017,23(4):74-75.

代医学,2017,23(4):74-75.

- [2] 孙博,杨冬萍.电切术后曼月乐与妈富隆预防子宫内息肉复发的效果比较[J].中外医疗,2016,35(27):137-139.
- [3] 李建霞,孙彩芹.宫腔镜电切术联合左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫内息肉肉临床疗效分析[J].现代妇产科进展,2016,25(7):529-531.
- [4] 杨学敏,严海燕.宫腔镜电切术后放置曼月乐预防子宫内息肉复发的疗效观察[J].吉林医学,2016,37(7):1674-1675.
- [5] 高静玲.研究护理参与对于宫腔镜下子宫内息肉切除术后放置曼月乐的临床意义[J].中国现代药物应用,2016,10(2):215-216.
- [6] 许燕丽,陈婉秋,邹丽兰.曼月乐宫内节育器对预防子宫内息肉复发的效果分析[J].标记免疫分析与临床,2015,22(3):195-198.

(上接第180页)

在生长发育过程中起着不容忽视的积极作用。

综上所述,抚触作为对新生儿一项综合的不添加额外药物或治疗的手段,使新生儿得到最自然的活动,已被越来越多的人接受和推广^[5]。

参考文献

- [1] 傅晓慧.抚触对新生儿生长发育的临床观察[J].职业与健康,2004,29(12):22-23.

- [2] 黄永清,黄小睿.婴儿抚触对促进婴儿生长发育的作用[J].中国妇幼保健,2000,15(9):568-569.
- [3] 孙秀华,张辉.智能发育干预对新生儿神经行为能力的影响[J].中国行为医学科学,2002,11(4):419-420.
- [4] 周东兰.婴儿抚触对新生儿神经行为能力影响的研究[J].中国妇幼保健,2002,17(1):19-21.
- [5] 赵少飞,谢丽群,胡海宾,等.新生儿游泳、抚触在产科临床应用的探讨[J].中华围产医学杂志,2003,6(4):218-220.