

宫腔镜联合 B 超在宫内节育器取出困难时应用分析

唐桂娥

[摘要] **目的:**探讨宫腔镜联合 B 超在宫内节育器(IUD)取出困难时的应用价值。**方法:**对 125 例常规取 IUD 困难患者,采用宫腔镜联合 B 超检查,准确定位后经阴道或经腹取 IUD。**结果:**宫腔镜联合 B 超检查发现位置正常 49 例,部分嵌顿 41 例,断裂残留 28 例,扭曲变形 6 例,腹腔内 1 例。除腹腔内 1 例经腹取出外,其余 124 例全部经阴道一次成功取出。**结论:**宫腔镜联合 B 超能够正确指导取器方法,提高成功率和安全性。

[关键词] 宫内节育器;宫腔镜;B 超

[中国图书资料分类法分类号] R 169.41 **[文献标识码]** A

Use of hysteroscopy combined with B ultrasonics when difficult intrauterine devices removal

TANG Gui-e

(Department of Obstetrics and Gynecology, The Third Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Suzhou Anhui 234000, China)

[Abstract] **Objective:** To explore the value of hysteroscopy combined with B ultrasonics for patients with difficult intrauterine devices (IUD) removal. **Methods:** One hundred and twenty-five cases with difficult IUD removal by traditional methods were performed hysteroscopy and B ultrasonics to verify the position of IUD. After precised location, the IUD were taken out through vagina or abdominal cavity successfully. **Results:** The hysteroscopy and B ultrasonics showed that 49 IUD were in normal position, 41 IUD were partly incarcerated, 28 IUD were fragment and residual, 6 IUD were distorted and 1 IUD was in abdominal cavity. One IUD was taken out through abdominal cavity and the other 124 IUD were taken out through vagina. **Conclusions:** It is effective and safe to take out IUD with the aid of hysteroscopy and B ultrasonics.

[Key words] intrauterine devices; hysteroscopy; B ultrasonics

宫内节育器(IUD)是一种安全、有效、简便的避孕方法。但常因 IUD 尾丝迷失、断裂残留、嵌顿及子宫因素等导致取出困难。常规取器成功率低且容易造成子宫感染、穿孔等并发症。2003 年 9 月~2007 年 5 月,我们采用宫腔镜联合 B 超对 125 例常规取出 IUD 困难者定位、诊断和处理,效果满意,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 125 例为外院取器失败和本

院门诊取器困难者,年龄 25~68 岁;IUD 放置 1~30 年。绝经前 75 例,绝经后 50 例。所有患者均经常规取器 1~3 次失败。125 例中,有 40 例下腹痛或不适,同时伴有阴道不规则出血;10 例腰骶部酸坠不适;2 例阴道排液;40 例经量过多;1 例闭经;1 例尿频;余 31 例症状不明显。术前均经宫腔镜和超声联合检查确诊。

1.2 手术器械 宫腔镜采用沈大内镜有限公司及德国 WOLF 公司生产的连续灌流诊断镜(外鞘直径 3~5 mm)、治疗镜和电切镜(外鞘直径 7~9 mm)。超声仪采用美国 Logiq-400 型,探头频率 3.5 MHz

1.3 方法 检查及取器时间为月经干净后 3~7 天;绝经后妇女于术前口服尼尔雌醇 2 mg,每周 1 次,共 2 次。术前置海藻棒或球囊导尿管扩张宫

[收稿日期] 2007-11-27

[作者单位] 蚌埠医学院第三附属医院 妇产科,安徽 宿州 234000

[作者简介] 唐桂娥(1962-),女,副主任医师。

出内固定,取出后患者均自觉心理舒畅。

[参考文献]

[1] 张铁良,于建华. 跟骨关节内骨折[J]. 中华骨科杂志,2000,20(2):117-120.

[2] 王学谦,姜恩权,候筱魁等主译. 创伤骨科学[M]. 第3版. 天津:天津科技翻译出版社,2007:2 343-2 360.

[3] Kerr PS, Prothero DL, Atkins RM. Assessing outcome of calcaneal fracture: araional scoring system[J]. J Injury, 1996, 27(1):35-38.

[4] 张殿英,姜保国,付中国,等. 跟骨解剖板治疗累及跟距关节的粉碎性跟骨骨折的临床研究[J]. 中华创伤骨科杂志,2003,5

(3):197-202.

[5] 陈世荣,黄朝梁,邓忠良,等. 切开复位内固定治疗跟骨关节内骨折[J]. 中华创伤杂志,2004,20(5):310.

[6] 荣国威,王承武. 骨折[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:1 229.

[7] 王满宜. 足与踝骨折的几个问题[J]. 中华创伤骨科杂志,2006,8(5):401-403.

[8] 贺卫东,刘志超,方华宴,等. 跟骨骨折切开复位内固定皮缘坏死分析及对策[J]. 实用骨科杂志,2007,13(1):50-51.

[9] 朱仕文,杨明辉,武 勇. 跟骨关节内骨折的诊断和治疗[J]. 中华创伤骨科杂志,2006,8(5):472-474.

颈,用5%的葡萄糖液作灌流液,对反复取器造成的恐惧及合并嵌顿粘连者,采用丙泊酚、芬太尼静脉复合麻醉。B超了解检测子宫位置、大小、宫腔线位置、IUD的类型和位置与子宫壁、子宫颈内口、子宫底的关系。如断裂,要了解残留长度及形状。宫腔镜检查:观察清楚IUD类型,在宫腔的位置及状况;有无嵌顿及嵌顿深度;有无宫腔畸形、粘连及假道形成;宫颈有无占位,如子宫息肉、子宫肌瘤等。对形状完整的IUD,直接用环钩取出,嵌顿于宫底或侧壁者,以针状电极切开后取出,宫腔粘连明显者以针状电极划开后取出,对于断裂游离的残环,将蟹抓钳在宫腔镜直视下夹住,缓慢牵拉取出。取器完成后,再用宫腔镜观察宫内情况,排除片段残留,了解宫腔内膜损伤情况,指导术后治疗。

2 结果

2.1 检查结果 B超联合宫腔镜检查提示,IUD位置正常49例,部分嵌顿41例,断裂残留28例,扭曲变形6例,移位腹腔内1例(见表1)。IUD形态或位置异常76例(60.8%);部分嵌顿42例(33.6%),其中已绝经者有31例。

表1 IUD类型及其在宫腔内状态。

类型	n	位置正常	部分嵌顿	断裂残留	扭曲变形	异位
金属单环	45	10	20	11	4	0
T形环	55	25	13	17	0	0
Y形环	25	14	9	0	2	1

2.2 取出情况 125例中,经B超发现宫内有IUD或其残段120例,其中宫腔镜检查时可见到IUD或残段119例。宫腔镜检查取出105例,宫腔镜手术取出19例。其中完全嵌顿于子宫壁肌层4例,经宫腔镜手术取出,腹腔镜手术取出1例。

2.3 随访 术后1个月门诊复查,以后门诊随访。IUD取出后原有的月经过多、腹痛或不适、阴道排液、闭经、尿频等症状均消失。6例失访。

3 讨论

IUD取出困难的原因多为IUD嵌顿、扭曲、断裂残留、异位、型号选择不当、取器操作不当、取器时间把握不当、节育器老化等^[1]。常规取器盲目性较大,而单纯宫腔镜下取器无法了解嵌顿于肌壁节育器的情况,尤其无法了解其与子宫浆膜面的关系。宫腔镜联合B超能够很好解决这一难题,避免盲目取器造成的宫腔反复操作,降低或避免困难取器造成的感染^[2],降低穿孔的可能性,增加困难取器的

成功率和安全性。

因子宫粘连、子宫颈狭窄、子宫萎缩在外院取器失败者,经宫颈预处理和(或)术时扩张宫颈,是手术成功的关键。生育期妇女术前可放置海藻棒、球囊导管等扩张宫颈。绝经期妇女可口服尼尔雌醇2mg,每周1次,共2周。由于绝经期及绝经后妇女卵巢功能衰退,出现雌激素水平低下,子宫、宫颈萎缩,子宫坚硬,子宫口狭小或宫颈宫腔粘连,探针通过困难。本组绝经后妇女术前口服雌激素,改善宫颈萎缩状态^[3],从而提高取器的成功率。对于断裂嵌顿的IUD,在B超监护下,同时膀胱充盈保持膀胱和子宫腔内同时有液体充盈,可形成良好的双项透声窗,B超可清晰显示宫腔的形态和IUD的位置,及IUD与宫颈和前后壁浆膜层的距离,明确有无断裂、残留及其形状、嵌顿及程度,指导电极切割的深度,从而正确引导手术者准确定位,寻找取出IUD,防止穿孔。取出后应行B超检查是否还有残留,本组病例中T形环断裂较多,半边横臂嵌顿于宫壁,在B超引导下插入异物钳顺利取出。

对于绝经期妇女和没有经阴道分娩经历的妇女,大都经过了数次不等的检查及取器经历,精神高度紧张,很难完全配合医生完成手术,尤其子宫颈坚硬、子宫颈宫腔粘连者,在扩宫过程中,比较痛苦。此类患者在行手术时应用丙泊酚、芬太尼复合静脉麻醉,操作简单,起效快,苏醒快,不抑制呼吸,对需时较短的门诊手术具有推广价值。

子宫萎缩在绝经之前已经开始,先呈较快的速度,之后缓慢下降并趋于稳定^[4],有些患者绝经过渡期较长,未绝经前就已伴有生殖器明显萎缩,将取器时间提至生殖器官明显萎缩之前是预防取器困难的一种方法。张红霞等^[5]认为,将取器时间定为月经不规则至停经半年内更有利于降低取器困难率。另生育期妇女上环时,应详细告知节育器的使用年限,如TCr-IUD建议使用5~10年^[4]。很多妇女超期使用是造成取器困难的原因之一。

[参考文献]

- [1] 郭华峰,邹芳,郭宝枝,等.宫腔镜联合超声检查在宫内节育器取出困难时的应用[J].中国实用妇科与产科杂志,2006,22(5):377-378.
- [2] 夏恩兰主编.妇科内窥镜学[M].北京:人民卫生出版社,2001:175-176.
- [3] Thanas JA, Leyland N, Durand N, et al. The use of oral misoprostol as a cervical ripening agent in operative hysteroscopy. A double-blind, placebo-controlled trial[J]. Am J Obstet Gynecol, 2003, 188(1):297-298.
- [4] 曹泽毅主编.中华妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,1999:165-2382.
- [5] 张红霞,冯力民,王稚晖,等.围绝经期及绝经后IUD取出困难的原因分析[J].实用妇产科杂志,2003,19(3):182-183.