

# 腹部超声辅助吉妮环对减少经产妇带器妊娠的价值探讨

胡玉珍 沈燕红 王海英

宫内节育器是我国育龄妇女的主要避孕措施,安全而且可逆<sup>[1]</sup>。宫内节育器主要依靠刺激子宫黏膜,阻止受精卵着床来达到避孕目的,活性环通过释放铜离子干扰宫内精子顶体酶作用和破坏精子结构等来高效避孕<sup>[2]</sup>,但采用宫内节育器避孕仍有一定可能避孕失败,有相关报道已婚经产妇带器妊娠率为3.21%~9.25%<sup>[3,4]</sup>。本次研究旨在探讨腹部超声辅助下放置吉妮环,对降低带器妊娠的价值,现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2009年6月至2012年6月间嘉兴市秀洲区妇幼保健院就诊的需放置节育环的545例妇女,年龄20~45岁,平均年龄(30.02±5.82)岁;均为已婚经产妇,怀孕次数1~3次,生育次数1~2次,就诊放置节育环时均无明显的妇科疾病症状和确诊的妇科疾病;既往无放环史。随机分成研究组和对照组。两组的一般资料比较见表1。两组比较,差异均无统计学意义( $P$ 均>0.05)。

表1 两组的一般资料比较

组别	<i>n</i>	年龄/岁	怀孕次数/次	生育次数/次	剖宫产率/例%	失访和取环/例%
研究组	293	30.32±5.41	2.28±0.42	1.34±0.19	71(24.23)	16(5.46)
对照组	252	29.68±7.12	2.06±0.51	1.36±0.23	69(27.38)	18(7.14)

1.2 放环方法 选择经产妇月经干净后2~7 d放置节育环。人流妇女超声明确干净后即可放置。研究组采用腹部超声引导法:在腹部超声引导下,将吉妮环放置器穿过子宫颈并抵达子宫底部,继续向前轻柔推进放置器10 mm,结合手感以及超声测量(吉妮环小结距离子宫内膜层5 mm左右),确保吉妮环小结植入子宫肌层。保持放置器位置,直至将尾丝从插槽上松开后,慢慢抽出放置器套管,轻轻牵拉尾丝以确定吉妮环已固定,于宫颈管外5 mm处剪断尾丝。超声测量吉妮环距离宫底距离。应在10 mm左右。对照组采用常规方法,凭探测器长度标识和手感操作,步骤同腹部超声引导法。

1.3 观察指标 术后第1年每3个月复查1次,第2年起,每12个月复查1次。共随访48个月。复查超声测量节育环到宫底黏膜的距离,询问月经是否变化,

记录带器妊娠事件。采用国际普遍使用的月经失血图对月经量进行评估。节育器的上缘到宫底浆膜层的距离正常范围10~20 mm,超过20 mm即视为移位<sup>[5]</sup>。比较两组的经产妇的宫内节育环移位率、与宫底距离、月经量变化率、带器妊娠率等。

1.4 统计学方法 采用SPSS 16.0统计软件对数据进行处理。计量资料采用均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示。计量资料比较采用独立样本 $t$ 检验和秩和检验;计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验。设 $P<0.05$  差异有统计学意义。

## 2 结果

两组妇女共失访28例,因故取环6例。其中研究组失访15例,取环1例;对照组失访13例,取环5例。两组患者带器妊娠率等随访资料比较见表2。

由表2可见,研究组患者的超声引导吉妮环放置后的宫内节育环移位率、月经量变化率、带器妊娠率等均低于对照组,差异均有统计学意义( $\chi^2$ 分别=22.08、23.29、7.77,  $P$ 均<0.05)。研究组患者宫内环

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2016.05.032

作者单位:314031 浙江嘉兴,嘉兴市秀洲区妇幼保健院妇产科(胡玉珍、沈燕红),超声科(王海英)

表2 两组患者随访资料比较

组别	宫内节育环移位率 / 例(%)	与宫底距离 /mm	月经量变化率 / 例(%)	带器妊娠率 / 例(%)
研究组	6(2.05)*	10.32 ± 4.89*	9(3.07)*	3(1.02)*
对照组	32(12.70)	14.63 ± 7.11	38(15.08)	14(5.56)

注:\*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

与宫底距离低于对照组,差异有统计学意义( $t=2.67$ ,  $P<0.05$ )。

### 3 讨论

宫内节育环在我国的育龄妇女中广泛应用,有超过1亿的妇女正使用宫内节育环避孕<sup>[4]</sup>。如此庞大的用户群,即使有很低的并发症发生率,也足以造成很大的影响。而带器妊娠是宫内节育环较严重的并发症之一,所以如何降低带器妊娠的发生率,是迫切需要解决的一个问题。

有学者研究表明,带器妊娠的妇女,宫内节育环移位的发生率高达62.71%~89.04%<sup>[4-7]</sup>,所以引起带器妊娠的主要原因被认为是宫内节育环的移位,故降低宫内节育环的移位率也成为降低带器妊娠率的关键。针对宫内节育环的移位因素分析,主要有放置不到位、子宫畸形或者宽大、宫口松弛、子宫粘连、年轻女性性生活频繁和子宫排异能力强等因素<sup>[3-8]</sup>。对于子宫宽大和宫口松弛的妇女,采用宫内固定式宫内节育环可减少移位发生<sup>[9]</sup>;对于性生活频繁、子宫壁厚、运动排异能力强的女性,采用固定式宫内节育环因其有固定结固定,所以也相对不易移位<sup>[10]</sup>。本次研究结果显示,超声引导吉妮环放置后的宫内节育环移位率、月经量变化率、带器妊娠率等均低于常规放置,差异均有统计学意义( $P$ 均 $<0.05$ )。宫内环与宫底距离也低于常规放置,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),由此可见从月经变化率来看,采用超声引导放置宫内节育环吉妮环增加了患者耐受度和减少了月经异常引起的宫内节育环移位;从宫底距离的保持上分析,采用超声引导放置吉妮环保持较小的距离,与吉妮环用固定结固定有关,所以总的移位率也明显降低。

有研究指出,宫内节育环放置不当,子宫粘连后导致宫体以及宫颈狭长,使宫内节育环不易放至宫底;或者工作人员为避免子宫穿孔而未能将宫内

节育环放入宫底等因素,导致宫内节育环移位率增加<sup>[6,7]</sup>。放置节育环单靠手法感觉操作,个体差异太大,经常放不到位,术后第一次复查,移位率较高。在超声的监视下放置吉妮环,可以清楚看到放置器的位置,确保置入宫底,以及精确植入子宫肌层的深度。所以因植入不深、放置不到位等因素引起的移位减少明显。而该方法可以由两人操作,因个人因素引起的放置不当大大减少。当然,超声辅助下吉妮环放置方法也有其缺点。首先,需要双人操作也是其缺点之一,在基层医院人手紧缺,该方法占用人力资源较多;其次,吉妮环价格较一般宫内节育环昂贵;最后,吉妮环植入子宫肌层,需要相对较高的熟练度和技巧,早期放置容易出现放置不到位甚至子宫穿孔等情况。

综上所述,超声辅助下放置吉妮环的方法,可通过妥善放置固定,降低宫内节育环的移位率和月经变化率等因素降低带器妊娠率,而且操作简单可见、易规范,人为因素少。

### 参考文献

- 1 李桂. 基层宫内节育器避孕失败的高危因素调查[J]. 中国计划生育杂志, 2014, 22(1):29-32.
- 2 纪燕,李耀中. 新型固定式宫内节育器与支架型宫内节育器临床比较[J]. 中国卫生产业, 2012(29):118-119.
- 3 王金玲,陈霞,邹桂英,等. 已婚经产妇带器宫内妊娠347例临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2011, 26(29):4540-4541.
- 4 杨朝. 已婚经产妇带器宫内妊娠59例临床分析[J]. 中外医学研究, 2012, 10(9):109-110.
- 5 苏珊珊,蒋昌和. 超声在带器妊娠诊断中的临床价值[J]. 河北医药, 2012, 34(20):3095-3096.
- 6 鲁萍. 301例带宫内节育器妊娠临床分析[J]. 安徽预防医学杂志, 2011, 17(2):149-150.
- 7 潘伟. 带宫内节育器妊娠440例临床分析[J]. 浙江临床医学, 2013, 15(9):1336-1337.
- 8 韦日葵. 带器妊娠的临床特征分析 [J]. 中国医学创新, 2012, 9(13):137-138.
- 9 韩六香,张鲜萍. 频繁脱环妇女放置吉妮环100例临床观察[J]. 现代诊断与治疗, 2014, 25(10):2366.
- 10 李筠,梁波,杨文生,等. 放置吉妮环十年临床效果分析[J]. 中国医药导报, 2010, 7(24):30-31.

(收稿日期 2016-05-02)

(本文编辑 蔡华波)