

# 超声下子宫内膜射频消融治疗围绝经期 功能失调性子宫出血患者的疗效

唐小鸳 彭佳 付湘君

围绝经期功能失调性子宫出血主要是因生殖调节轴功能失常,而非生殖系统器质性或者其他全身性疾病导致的子宫出血,是常见的一种无排卵性功能失调性子宫出血<sup>[1]</sup>。功能失调性子宫出血可发生于月经初潮至绝经间的任何年龄,其中50%患者发生于绝经前期,其临床表现主要为子宫不规则出血<sup>[2,3]</sup>。目前,临床上针对围绝经期功能失调性子宫出血治疗方法较多,其中以调整月经周期与性激素止血为最常用的方法,但其效果并不十分理想。本次研究旨在分析超声下子宫内膜射频消融治疗围绝经期功能失调性子宫出血患者临床疗效及其安全性评价,为临床提供一定指导价值。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择金华广福医院2014年4月至2015年10月期间收治的98例围绝经期功能失调性子宫出血患者,均符合《妇产科学》中功能失调性子宫出血的相关诊断标准<sup>[4]</sup>:①月经无周期性,并且月经不规则出血,或月经期长短不一、经量亦多少不一;②妇科及妇科超声检查无生殖系统器质性病变;③基础体温呈单相。排除:①对本次研究方案存在禁忌或者过敏体质者;②存在精神功能异常者;③合并肺、肾、肝、心等功能严重异常者;④妇科检查或者彩超盆腔检查发现生殖器官肿瘤或者畸形病变者;⑤就诊时妇科超声检查子宫内膜厚度大于7 mm。本次研究经医院伦理委员会批准,并与患者签订知情同意书。入选的患者年龄40~55岁,平均年龄(47.72±6.42)岁;病程5个月~4年,平均病程(2.79±0.67)年;阴道流血时间15~57 d,平均(34.28±8.32)d。依据随机数字表法将纳入患者分为观察组与对照

组,各49例。两组一般资料见表1,两组一般资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

表1 两组一般资料比较

组别	n	平均年龄/岁	平均病程/年	阴道流血时间/d
观察组	49	47.30±6.71	2.65±0.70	33.87±8.19
对照组	49	48.13±6.23	2.84±0.63	34.52±8.49

1.2 方法 对照组:于患者止血期口服去氧孕烯炔雌醇片(由荷兰 N.V. Organon生产,每片含去氧孕烯0.15 mg与炔雌醇30 μg),每8小时1片,血止后,每隔3天减少总量的1/3,直至减至维持每日口服1片,持续止血后20 d停药,停药后于患者撤退性出血第5天开始每日口服去氧孕烯炔雌醇片1片,连用21 d,连续应用3个出血周期为观察疗程。观察组采用超声下子宫内膜射频消融治疗,取膀胱截石位,B超经腹部探查子宫位置和大小,常规消毒、铺巾,探宫腔深度和宽度,B超引导刮匙样射频治疗探头置入宫底,开启射频开关,治疗频率为(550±10)KHz,自宫底向宫颈内口移动,刮凝速度为每4~6秒移动1 cm,缓慢匀速刮宫2~3周,术中及时清理坏死组织。术后采用去氧孕烯炔雌醇片治疗,用法用量同对照组。

1.3 观察指标 ①两组临床疗效。判定标准:治愈:患者月经周期、经期、经量恢复正常,且维持3个月经周期以上;好转:患者月经周期、经期、经量恢复正常,但不能维持3个月经周期;无效:患者月经周期、经期、经量无变化,且阴道流血无变化。总有效率=(治愈例数+好转例数)/总例数×100%。②两组患者子宫内膜厚度治疗前和治疗3个月后变化;③两组患者围绝经期症状改善情况,采用更年期综合征(Kupperman)评分进行评价,评分总分为50分,其中总分15~20分为轻度,总分20~35分为中度,总分>35分为重度;④两组患者血清卵泡生成激素

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2016.03.018

作者单位:321000 浙江金华,金华广福医院超声科(唐小鸳、付湘君),妇产科(彭佳)

(follicle-stimulating hormone, FSH)、黄体生成素(luteinizing hormone, LH)、雌二醇(estradiol, E2)水平变化。两组患者均于治疗前、后清晨空腹抽取肘静脉血5 ml, 装于不含抗凝剂的试管内, 室温下自然凝集20~30 min, 离心, 分离血清, 置于-20℃保存待测; ⑤两组肝肾功能、血尿常规、心电图及药物不良反应情况。

1.4 统计学方法 应用SPSS 22.0统计学软件处理。计数资料采用百分率表示, 采用 $\chi^2$ 检验; 计量资料用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示, 采用 $t$ 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组疗效比较见表2

表2 两组疗效比较

组别	<i>n</i>	治愈/例	好转/例	无效/例	总有效率/%
观察组	49	35	12	2	95.92*
对照组	49	26	13	10	79.59

注: \*与对照组比较,  $P<0.05$ 。

由表2可见, 观察组总有效率明显高于对照组( $\chi^2=6.08, P<0.05$ )。

### 2.2 两组子宫内膜厚度变化和Kupperman评分比较见表3

表3 两组子宫内膜厚度变化和Kupperman评分比较

组别	<i>n</i>	子宫内膜厚度/mm		Kupperman评分/分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	49	12.34 $\pm$ 2.51	5.78 $\pm$ 1.54**	25.08 $\pm$ 4.35	9.83 $\pm$ 2.13**
对照组	49	12.71 $\pm$ 2.60	7.92 $\pm$ 1.68#	25.46 $\pm$ 4.61	16.52 $\pm$ 3.36#

注: \*与对照组比较,  $P<0.05$ ; #: 与同组治疗前比较,  $P<0.05$ 。

由表3可见, 两组治疗前子宫内膜厚度、Kupperman评分比较, 差异无统计学意义( $t$ 分别=0.72、0.42,  $P$ 均 $>0.05$ ); 两组治疗后子宫内膜厚度均较治疗前明显降低, Kupperman评分亦明显降低( $t$ 分别=15.59、

10.83; 22.04、10.97,  $P$ 均 $<0.05$ ), 且观察组治疗后子宫内膜厚度和Kupperman评分均明显低于对照组( $t$ 分别=6.57、11.77,  $P$ 均 $<0.05$ )。

### 2.3 两组血清FSH、E2、LH水平比较见表4

表4 两组血清FSH、E2、LH水平比较

组别	FSH/IU/L		E2/pmol/L		LH/IU/L	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	10.95 $\pm$ 2.63	5.17 $\pm$ 1.46**	371.25 $\pm$ 28.93	193.27 $\pm$ 17.32**	8.34 $\pm$ 1.54	4.52 $\pm$ 1.05**
对照组	11.42 $\pm$ 2.81	8.32 $\pm$ 2.31#	378.31 $\pm$ 30.82	234.18 $\pm$ 21.03#	8.50 $\pm$ 1.61	6.42 $\pm$ 1.46#

注: \*与对照组比较,  $P<0.05$ ; #: 与同组治疗前比较,  $P<0.05$ 。

由表4可见, 两组治疗前血清FSH、E2、LH水平比较, 差异均无统计学意义( $t$ 分别=0.85、1.17、0.50,  $P$ 均 $>0.05$ ); 观察组和对照组治疗后血清FSH、E2、LH水平均较治疗前明显降低( $t$ 分别=13.45、36.95、14.35; 5.97、27.04、6.70,  $P$ 均 $<0.05$ ); 且观察组治疗后血清FSH、E2、LH水平低于对照组( $t$ 分别=8.07、10.51、7.39,  $P$ 均 $<0.05$ )。

2.4 不良反应 两组均未见严重不良反应。对照组出现2例患者轻微头痛, 3例消化功能不适; 观察组出现3例患者轻微头痛, 3例患者消化功能不适。经对症治疗症状均好转。两组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义( $\chi^2=0.10, P>0.05$ )。

## 3 讨论

功能失调性子宫出血是妇科常见病, 主要是因下丘脑-垂体-卵巢轴系统的神经内分泌紊乱所致<sup>[5]</sup>。围绝经功能失调性子宫出血主要是因卵巢功能不断衰退, 从而对垂体促性腺激素的反应低下, 进一步致使卵泡在发育过程中由于退化性变而不能排卵, 最终致使子宫内膜受单一雌激素作用而发生雌激素撤退性出血或雌激素突破性出血, 严重影响患者身心健康和生活质量<sup>[6-8]</sup>。故而临床上寻找一种更安全、有效的治疗方法尤为重要。超声下射频消融是一种新型的妇科治疗手段, 该方法原理主要是在于B超引导下, 射频电极进入宫腔, 产生生物高热效应, 从而使内膜基层及其下2~3 mm的肌层变性、

溶解、脱落以及坏死,使子宫内膜受到不可逆转的破坏,引起子宫性闭经达到治疗目的<sup>[9~11]</sup>。本次研究结果表明,超声下子宫内膜射频消融治疗围绝经期功能失调性子宫出血患者的总有效率明显高于对照组( $P<0.05$ )且未见严重不良反应,说明超声下子宫内膜射频消融治疗疗效显著,可明显改善围绝经期症状,且安全性良好。这与有关报道一致。张宁宁等<sup>[11]</sup>研究报道显示,宫腔镜子宫内膜射频消融术治疗围绝经期功能失调性子宫出血患者治愈率为98.5%,出血量少于电切组,手术时间和住院时间均短于电切组,是一种安全有效的治疗方法。孙力等<sup>[12]</sup>研究报道显示,B超引导下射频消融治疗围绝经期功能失调性子宫出血62例具有操作简单、微创、安全、治愈率高、经济等优点,值得研究。吴坚等<sup>[13]</sup>研究报道显示,47例顽固性围绝经期功能失调性子宫出血患者应用经射频消融治疗治愈率为85.11%,一次性治疗总有效率为97.88%。超声下射频消融治疗围绝经期功能失调性子宫出血的临床特点主要包括以下几方面:①治疗指征较宽,能够接受诊断性刮宫患者;②安全性系数大,对人体不会造成意外伤害,且疗效较好;③方法简单,能够使熟练诊刮和人流术妇产科医生较快地掌握,并且无需特殊宫腔膨胀与麻醉等处理;④费用低、住院时间短,术后不需要特殊药品。超声下射频消融治疗围绝经期功能失调性子宫出血需注意以下几方面:①手术时机最好选在月经干净后进行,针对子宫持续出血者,则可进行诊刮,然后于月经干净后3~7 d后进行治疗;②常规消融2~3遍,可将凝固脱落组织进行清除;③针对有盆腔炎症、宫颈炎症、阴道炎症及外阴炎症者,应采取积极治疗后手术。

围绝经期功血患者内膜持续在雌激素作用无孕激素对抗,致使出血时间延长,子宫内膜厚度不一致,临床上可通过子宫内膜形态预测子宫内膜病变。目前,临床上尚无有关超声下子宫内膜射频消融治疗围绝经期功能失调性子宫出血患者子宫内膜厚度的影响研究。本次研究通过初步研究结果表明,超声下子宫内膜射频消融治疗的患者治疗后子宫内膜厚度明显低于对照组( $P<0.05$ ),说明超声下子宫内膜射频消融治疗可明显降低子宫内膜厚度,但其具体机制还需后续进一步深入研究。本次研究结果还发现,超声下子宫内膜射频消融治疗的患者治疗后血清FSH、E2、LH水平明显低于对照组( $P<0.05$ ),说明超声下子宫内膜射频消融治疗可明显降

低血清FSH、E2、LH水平。血清激素水平失衡是子宫内膜发生病理改变的一个主要原因。女性进入围绝经期后,卵巢功能出现衰退,体内雌激素和孕激素浓度发生不同程度的波动,而激素水平失衡则会造成子宫内膜增生过长、子宫内膜增厚,进一步致使围绝经期功能失调性子宫出血,严重者会诱发子宫内膜恶性肿瘤。

综上所述,超声下子宫内膜射频消融治疗围绝经期功能失调性子宫出血患者临床疗效显著,可明显降低子宫内膜厚度,且可降低FSH、E2、LH水平,安全可靠,值得临床进一步研究推广。

#### 参考文献

- 1 宁华丽. 介入治疗围绝经期功血24例临床观察与分析[J]. 中国现代医生, 2013, 51(16):145-146.
- 2 王秀兰,董宪凤,董立华,等. 围绝经期功血的临床治疗分析[J]. 临床合理用药杂志, 2015, 9(22):87-88.
- 3 呼雅荣. 妈富隆治疗围绝经期功血的临床效果观察[J]. 中国计划生育学杂志, 2014, 22(3):182-184.
- 4 谢幸,苟文丽. 妇产科学[M]. 第8版. 北京:人民卫生出版社, 2013.364-367.
- 5 江见玲,陶莉莉,刘小琴. 曼月乐联合益气化瘀汤对围绝经期功血患者的影响[J]. 临床医学工程, 2015, 22(8):1056-1057.
- 6 李秀爱. 19例射频消融术治疗围绝经期功血的临床分析[J]. 中国中医药咨讯, 2011, 3(10):145-145.
- 7 郭芳琴. 妈富隆治疗围绝经期功血的临床效果分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2015, 25(18):132-134.
- 8 吴会玲,王力,巩李娜. 宫腔镜下子宫内膜电切术对围绝经期功血患者内分泌激素的影响[J]. 检验医学与临床, 2015, 23(5):661-662.
- 9 李玉洁,申素芳,段予新,等. 射频消融治疗围绝经期功血的临床研究[J]. 中国妇幼保健, 2007, 22(10):1319-1321.
- 10 夏秀英,万晓丽,罗晓,等. 射频消融术治疗良性子宫出血性疾病的临床应用[J]. 西部医学, 2014, 26(5):587-590.
- 11 张宁宁,赵成志,杨清. 宫腔镜子宫内膜射频消融术与内膜电切术治疗围绝经期功血疗效比较研究[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2015, 17(4):342-345.
- 12 孙力. B超引导下射频消融治疗围绝经期功血62例[J]. 医药论坛杂志, 2007, 28(14):50-51.
- 13 吴坚,龙文香,周春慧,等. 超声下射频消融治疗围绝经期功血47例临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(32):28-29.

(收稿日期 2016-03-26)

(本文编辑 蔡华波)