

宫腔镜与 B 超联合应用于难取宫内节育器

罗 勤, 杨梅丽

(浙江大学医学院附属妇产科医院, 浙江 杭州, 310016)

摘要:目的: 探讨宫腔镜与 B 超联合应用于困难取出宫内节育器(IUD)的临床意义。方法: 55 例住院取器困难者, 先采用宫腔镜、B 超联合检查, 对 IUD 准确定位、定形后, 在 B 超监护下经阴道取器或选择经腹途径取器。结果: 55 例中, 52 例经阴道取器成功, 3 例改为经腹取器。结论: 宫腔镜与 B 超联合应用, 不仅可精确地对 IUD 定位定形、正确选择取器途径和方法, 又可提高困难取器的安全性和成功率。

关键词: 宫内避孕器; 宫腔镜检查; 子宫 超声检查

中图分类号: R445.1; R169 **文献标识码:** A **文章编号:** 1008-9292(1999)040-171-03

宫内节育器(IUD)是我国育龄妇女最常用的避孕方法之一, 取器时常因各种原因造成取器困难或取器失败, 我们采用宫腔镜、B 超联合检查对 IUD 准确定位、定形, 并在 B 超监护下取出嵌顿、异位、变形或已断裂、残留的 IUD, 取得经验和良好效果, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 对象 1995 年 10 月~1997 年 10 月, 因门诊或外院取器失败、绝经后宫颈萎缩或 X 线、B 超检查提示 IUD 断裂、残留等而住院取器者共 55 例。年龄 <40 岁 16 例, 41~50 岁 16 例, 51~60 岁 17 例, >60 岁 6 例, 最大者 66 岁。其中已绝经 35 例, 绝经 <5 年 23 例, 5~10 年 4 例, >10 年 8 例, 最长已绝经 20 年。放置 IUD 时间, <10 年 13 例, 11~20 年 24 例, 21~30 年 16 例, >30 年 2 例, 最短者 32 天, 最长已 31 年。

1.2 取器困难情况 ①经 1~4 次常规方法取器失败 29 例, 其中探针不能进入宫腔 14 例, 宫腔内有金属感无法取出者 9 例, 宫腔内无节育器感觉 5 例, 取器失败原因不明 1 例; ②无自觉症状而 X 线透视或 B 超检查提示 IUD 断裂或残留 13 例, 其中曾有取器史 10 例, 最长时间间隔 9 年; ③有阴道流血、排液和腹痛等症状 10 例, 均为已绝经 2~10 年的妇女; ④因人工流产后宫腔粘连, 分离粘连并放置 IUD 后出现周期

性腹痛 2 例; ⑤宫腔内存在双 IUD 1 例, 由于带器妊娠, 人流术中未取出 IUD 而又再置入 IUD 所致。

2 步骤和方法

2.1 术前准备 取器时间选择在月经干净 3~7 天; 如有不规则阴道出血或经期延长, 用抗生素 3~5 天后取器; 绝经妇女取器时间不限。所有取器妇女术前 1 h 口服米索前列醇 400 μ g, 使宫颈软化, 宫口松弛。

2.2 方法 第一步, 患者取膀胱截石位, 膀胱适度充盈, B 超全面扫查盆腔, 了解子宫位置、大小、子宫壁厚度、宫腔线位置; IUD 的类型、在宫腔中的位置及与子宫壁、子宫颈内口、宫底的关系; 若为断裂、残留节育器, 了解断裂节育器的形状及残留节育器的长短。第二步, 常规消毒外阴、阴道及宫颈管, 探测宫腔, 若遇宫颈粘连者, 即在 B 超引导下分离粘连, 再扩张宫颈至 Hegar 8 号, 插入宫腔镜, 注入膨宫液(5% 葡萄糖注射液), 维持宫腔压力在 15~18 kPa, 观察宫腔形态, 有粘连者在 B 超介导下逐步分离粘连; 窥视 IUD 有否变形、扭曲、倒转、偏斜、下移、嵌顿或异位等。嵌顿者确定嵌顿的部位、深度, 断裂者查找断段和断端所在位置。第三步,

收稿日期: 1998-12-09 修回日期: 1999-04-20

作者简介: 罗 勤(1962-), 女, 主治医师, 主要从事计划生育临床工作。

在较确切地对 IUD定位、定形后取出宫腔镜,在 B超指导下用取环钩或长弯血管钳取出 IUD,较短的断裂、残留 IUD则用刮匙带出。第四步,取器后常规行诊断性刮宫,取内膜作病理检查。若确诊 IUD已异位出宫腔或大部分嵌入子宫肌壁,从宫腔内不能取出者,决定剖腹取器。

3 结果

3.1 B超及宫腔镜所见 B超和宫腔镜联合检查(即腹、阴联合检查)发现 IUD位置正常 10例,其中 1例 B超及 X线透视未见 IUD,但于宫腔镜下见塑料花环; IUD部分嵌顿 26例;断裂或残留 13例,其中 T型横臂残留 1例;宫腔内同时存在 2只 IUD 1例(一只 γ 型 IUD扭曲变形,其前方一只为塑料花环); γ 型扭曲折叠 1例; IUD下移于宫颈管内,而宫颈内口及部分宫腔粘连者 1例; B超提示 IUD嵌入肌层 3例,其中宫腔镜下仅见 0.2 cm 环体 1例(表 1)。

表 1 B超、宫腔镜见节育器类型及在宫内状态

类型	例数	IUD状态					
		位置正常	部分嵌顿**	断裂残留	扭曲变形	下移	异位***
金属单环	46	7	24	12	0	1	2
T型	5	1	2	1	0	0	1
γ 型	2	0	0	0	2	0	0
塑料花环	3	3	0	0	0	0	0

* 其中 1例宫腔内见 2只节育器,* * IUD嵌入子宫内肌层或浅肌层,* * * IUD大部分嵌入子宫肌层或子宫外异位

节育器形态或位置异常共 44例,占总数的 78.57% (44/56)。其中 IUD嵌顿 26例,占 46.42% (26/56)。26例 IUD嵌顿者中,已绝经者 19例,占 73.10% (19/26)

检查发现宫颈或宫腔粘连共 22例,其中已绝经妇女 17例,占 77.27% (17/22)。宫颈、宫腔粘连者中,IUD位置正常 10例,占 45.45% (10/22), IUD位置、形态异常 12例,占 45.50% (12/22)

3.2 取器结果 55例中,经腹、阴联合检查精确定位、定形后,经阴道取出 IUD 52例,其中 1例取出 2只 IUD

10例 IUD位置正常者,用取环钩顺利取

器 8例,用弯钳夹出塑料花环 2例。26例 IUD部分嵌顿者中,19例用环钩钩取有轻度阻力,取出的 IUD大多数变形,3例钩取时阻力大,在 B超指导下将环牵拉至宫颈外口,剪断拉丝取出;2例先用刮匙搔刮宫壁至金属感明显后再用环钩钩取,然后剪断拉丝取出;还有 2例 T型器用长弯血管钳夹拉出。13例 IUD断裂或残留者,仅 1例用环钩取出,11例需用长弯血管钳夹取,1例残留环体长仅 0.5 cm,用刮匙取出。所有断裂、残留 IUD,或剪断拉丝取出 IUD后,均再作 B超或宫腔镜复查,确保 IUD无残留或遗留。T型、 γ 型和塑料花环共 10例,其中 8例用长弯血管钳夹取拉出,2例环钩钩取(表 2)。

表 2 宫腔镜检查后 B超监护下经阴道取器

方法	例数	IUD形状				
		位置正常	部分嵌顿	断裂残留	扭曲变形	下移
环钩	29	8	19	1	1	0
长弯血管钳	15	3	2	9	1	1
环钩+弯钳	5	0	3	2	0	0
刮匙+环钩	2	0	2	0	0	0
刮匙	1	0	0	1	0	0

* 其中 1例取出 2只节育器

22例宫颈、宫腔粘连者在宫腔镜检查后,均在 B超监护下用宫腔探针、宫颈扩张器分离粘连,其中粘连严重致宫颈外口闭锁者,用更细小的外科探针逐步将粘连完全分离,无子宫壁损伤或穿孔。

经腹取器 3例,其中 B超提示节育器异位子宫后壁肌层中 2例(置器时间 1~2年),宫腔镜检查时其中 1例宫腔内仅见 0.2 cm 金属环体,环钩钩住后无法拉出,另 1例未见节育器,剖腹探查证实该 2例节育器均异位于子宫后壁肌层内,切开子宫浆膜肌层取出金属单环后缝合肌层。另 1例 7年前置器,因反复尿路刺激症状及肉眼血尿,先后在当地 4次取器失败,宫腔镜检查时宫腔内未见节育器, B超监测却认定宫颈内口处强回声,后经子宫碘油造影及膀胱造影诊断为“T型节育器膀胱内异位伴结石”,遂行膀胱切开取器,取出游离的约 4×3×2 cm³ T型结石, T型器包裹在其中,并发现子宫前壁峡部有陈旧性穿孔疤痕。

4 讨 论

4.1 B 超及宫腔镜联合检查有利于明确取器困难原因 本文通过腹、阴联合检查, 明确取器困难的原因有: ① IUD 嵌顿、扭曲、断裂残留、异位等, 占取器困难者 78.57%, 其中 IUD 嵌顿占 46.42%。② 绝经后取 IUD, 患者子宫颈已萎缩、坚硬、宫口狭小, 或宫颈、宫腔粘连。有报道^[1]绝经 2 年以内取器困难占 5% 左右, 而绝经 2 年以上者达 18%, 6 年以上取 IUD 困难者达 35% 左右。本文因宫颈、宫腔粘连造成取器困难者有 22 例, 其中绝经妇女占 77.27%, 另外, 绝经后子宫萎缩易使 IUD 嵌入肌层, 本文 IUD 嵌顿 26 例中, 绝经妇女占 73.10%。③ 其他原因: γ 型 IUD 和塑料花环形状特异不易钩取。

4.2 B 超与宫腔镜联合检查有利于精确定位, 选择正确取器途径和方法 B 超检查能清楚显示 IUD 与子宫的关系, 通过测量 IUD 与子宫底部和前、后壁浆膜层的距离, 可以确定 IUD 位置是否正常, 及有无嵌顿及嵌顿的深浅, 提示有无 IUD 断裂、残留及其形状、部位等, 但不足之处是单独 B 超检查难以肯定 IUD 在宫腔内的空间位置^[2], 尤其不能显示塑料花环, 还有浅肌层嵌顿及异位 IUD, 尚需在宫腔镜直视下帮助诊断。如本文 1 例宫腔内塑料花环, 经 B 超及 X 线透视均未显示, 通过宫腔镜检查才得以确诊。宫腔镜能直视 IUD 在宫腔内的形状, 嵌入内膜、肌层的部位和深度^[3]。对 IUD 全部埋入肌层或已异位于子宫体外者, 单纯宫腔镜检查不能确定 IUD 的具体位置, 应联合应用 B 超或 X 线、子宫碘油造影等检查帮助诊断。如 1 例外院 4 次取器失败, B 超提示存在 IUD, 但宫腔镜下未见 IUD, 经子宫碘油造影和膀胱造影确诊 IUD 异位于膀胱内。本文 52 例经阴道取器, 另 3 例正确地选择了剖腹取器, 均在 B 超和宫腔镜检查后决断, 因此 B 超和宫腔镜二者联合, 取长补短, 确能提高取器安全性和成功率。

4.3 可同时正确处理宫颈粘连和宫腔粘连 宫腔镜检查可发现宫颈或宫腔粘连, 但看不见

粘连范围和宫腔内情况, 同时作 B 超则可帮助看清粘连范围、有无积血, 可引导扩张宫颈管及分离宫腔粘连, 减少损伤子宫壁甚至子宫穿孔的危险, 弥补了单独宫腔镜检查的不足。本文 2 例曾有分离宫腔粘连放置 IUD 史, 我们检查时发现 1 例 IUD 位于宫颈管内, 而宫颈内口及宫腔仍有粘连, 说明可能当时手术并未将 IUD 置入宫腔, 另 1 例 IUD 被置于子宫肌层内。本文宫颈、宫腔粘连 22 例, 在宫腔镜检查及 B 超监护下完全分离粘连, 无一损伤。

4.4 B 超宫腔镜联合检查下取困难节育器的几点体会 我们认为: ① 充分扩张宫颈有利于取器操作。绝经后妇女的子宫萎缩、宫颈较坚硬, 应扩张宫颈至 8 号, 使取环钩或血管钳能顺利进出宫腔; ② 取器前口服米索前列醇, 促使宫颈软化, 更有利困难取器。本组病例均在术前 1 h 予口服米索前列醇 400 μ g, 术中感觉宫颈组织变软, 宫口容易扩张。③ 选择正确的取器方法。IUD 部分嵌顿、断裂或残留者, 必需在宫腔镜下定位, 然后在 B 超监护下分别用环钩取出完整或轻度嵌顿的金属节育器, 断裂或残留节育器则用长弯血管钳挟取, 较短小的残留节育器用刮匙取出; 对嵌顿较深的金属节育器可先用刮匙搔刮子宫壁, 使金属感明显后再以环钩钩出宫颈外口, 剪断拉丝取出; T 型、 γ 型或塑料花环可用血管钳挟取。

本文说明 B 超和宫腔镜联合应用, 远优越于单独应用 B 超或宫腔镜, 为取出困难节育器减少了盲目性增加了安全性和成功率, 值得临床应用推广。

参 考 文 献

- [1] 马晓欣, 王丹波, 刘宝英, 等. 置宫内节育器后子宫异常出血 196 例宫腔镜检查 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 1997, 13(6): 368.
- [2] 刘梦梅, 丁慧娟, 曹雪芬, 等. 应用综合方法取出嵌顿宫内节育器的临床分析 [J]. 中华妇产科杂志, 1993, 28(1): 44-46.
- [3] 何援利, 杨 品. 宫腔镜在计划生育中的临床作用 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 1997, 13(5): 272-273.