个　案

DOI：10.13406/j.cnki.cyxb.001234

一例重度宫腔粘连案例报告

周　柳，袁　瑞

重庆医科大学附属第一医院妇产科，重庆　400016）

A case of severe intrauterine adhesions

Zhou Liu，Yuan Rui

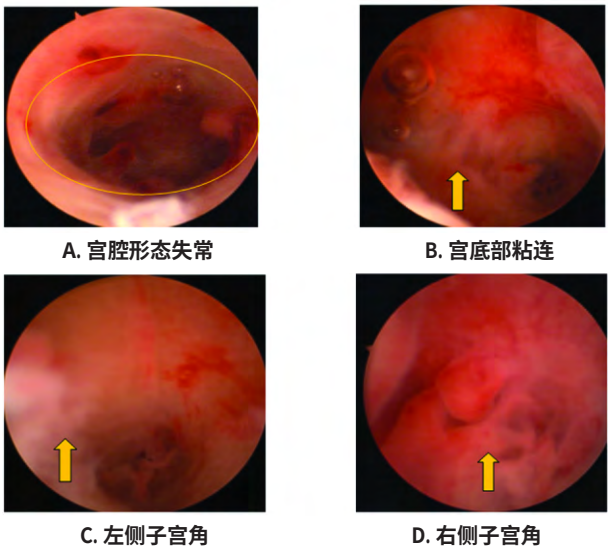
（Department of Gynecology and Obstetrics，The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University）

【中图分类号】R711　　【文献标志码】B　　【收稿日期】2016-10-30

患者，女，34 岁，月经初潮 13 岁，周期 7/29~31 d，G_5P_0，月经减少 2+年，闭经 2-月”。于 2016 年 5 月末至重庆医科大学附属第一医院妇科门诊就诊。患者近两年来月经量明显减少，约为以前正常月经量的 1/3，且经血偏黑，无痛经，月经周期为 5/29~31 d，2 个月前在当地医院稽留流产清宫后闭经。常规妇科检查见外阴已婚型，阴道通畅，宫颈光滑，子宫前位、常大、活动好，双侧附件未扪及异常。妇科超声示：子宫 5.0 cm×4.4 cm×3.7 cm，内膜线居中，全层厚 5 cm，局部有中断。宫腔镜检查见：宫腔形态失常，探测宫腔长 6.5 cm，宫底前后壁紧密粘连，双侧壁弧形粘连带形成，双侧输卵管开口未见，颈管未见明显异常，镜下诊断：宫腔粘连（图 1）。根据美国生育协会（American Foundry Society，AFS）评分为宫腔粘连 10 分（1-4-4）。

1　诊疗经过

综合评估病情后，择期行宫腔镜宫腔粘连电切术。予以雌孕激素序贯疗法（补佳乐：2 mg，bid×21 d+安宫黄体酮：2 mg，bid×10 d）对子宫内膜术前预处理，治疗 1 个周期后，患者月经量明显改善，但仍偏少。2016 年 6 月在重庆医科大学附属第一医院妇科行宫腔镜宫腔粘连电切术（transcervical resection of adhesions，TCRA）。术中见：子宫前倾位，正常大小，宫颈及宫腔狭窄，形态失常，宫颈扩张至 7 cm 阻力大，进入宫腔后感觉悬浮落空感，疑似穿孔，立即停止手术。静脉滴注缩宫素 20 U，术后严密观察生命体征平稳。嘱患者继续雌孕激素序贯疗法（补佳乐：2 mg，tid×21 d+安宫黄体酮：2 mg，bid×10 d）+中成药辅助治疗 3 个周期。在此期间，患者月经周期正常，且月经量逐渐增加，接近以前正常经量，月经颜色可。2016 年 9 月患者复查宫腔镜提示：宫腔形态稍失常，宫底见白色瘢痕样组织，左侧壁见少许瘢痕组织，稍遮挡左侧子宫角部，各壁内膜薄，平整，稍充血，双侧输卵管开口可见，颈管未见异常（图 2）。继续予以克龄蒙（1 mg，qd）序贯治疗，2 个疗程后复查 B 超：分泌期子宫内膜厚 7 mm。停用克龄蒙，继续予以中药调理气血，治疗期间月经规律，经量可，5 个疗程后 B 超测量分泌期子宫内膜厚 7.8 mm，建议备孕。



A. 宫腔形态失常　B. 宫底部粘连　C. 左侧子宫角　D. 右侧子宫角

双侧输卵管开口遮挡不可见，箭头所指处为粘连带

图 1　接受正规治疗前的宫腔镜检查情况

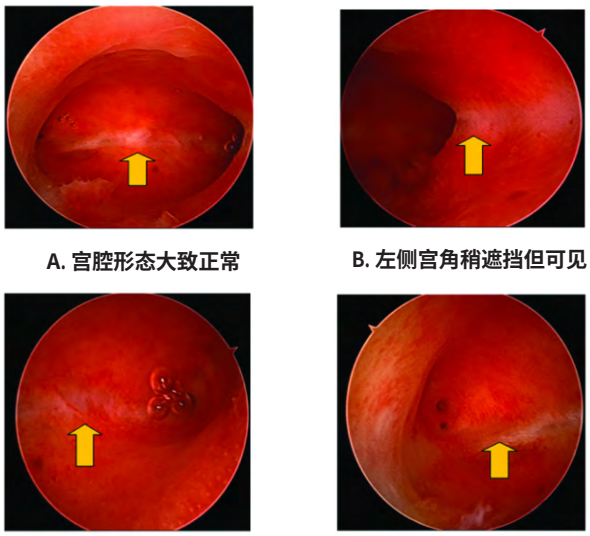
Fig.1　Hysteroscopy results before treatment

作者介绍：周　柳，Email：978559898@qq.com，研究方向：不孕不育症（宫腔粘连）。

通信作者：袁　瑞，Email：yrui96@126.com。

基金项目：国家自然科学基金面上资助项目（编号：81471417）。

优先出版：http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.r.20170426.1130.022.html（2017-04-26）



A. 宫腔形态大致正常　B. 左侧宫角稍遮挡但可见

C. 左侧子宫角　D. 右侧子宫角

输卵管开口均清晰可见。箭头所指处：白色瘢痕组织为药物治疗后修复组织

图 2　药物治疗后复查宫腔镜情况

Fig.2　Hysteroscopy results after drug therapy

2　讨　论

宫腔镜手术分离或切除宫腔粘连，可以恢复宫腔形态、改善月经、提高患者的妊娠率，已成为宫腔粘连患者最理想的手术方法。但是因为宫腔粘连术后复发率高，生殖预后仍不理想[1]。通过该例患者的治疗经过可以发现：①术前雌激素预处理：针对中重度宫腔粘连患者，可在 TCRA 术前进行短期的雌激素预处理。一方面可评估子宫内膜对雌激素的反应，促进残留内膜腺体、间质及血管的增生修复，有利于术中辨认正常子宫内膜和疤痕组织，避免损伤损失正常子宫内膜，进而最大限度保护正常子宫内膜；另外，有研究证明适量的雌激素可在一定程度上抑制内膜纤维化[2]。②术中监护：文献报道宫腔粘连 TCRA 术子宫穿孔发生率仍高达 5%[3]。患者有宫颈手术史、子宫屈曲过大、宫腔过小，医生经验不足、对设备不熟悉、缺乏解剖知识和技巧、扩宫力量过强、宫内视野不清、缺乏 B 超监护等都是子宫穿孔的高危因素[1,4]。该例患者系重度 IUA，宫腔内纤维疤痕组织致密，宫腔形态失常、狭窄内聚、弹性差，极易发生子宫穿孔，因此建议在条件许可的条件下，重度宫腔粘连患者选择腹部超声监护进行 TCRA术，减少子宫穿孔的发生。③TCRA 术后雌激素的应用：雌激素与雌激素主要受体亚型 ERα 有效结合对子宫内膜细胞增殖代谢至关重要。TCRA 术后加用雌激素可以加速内膜裸露区的上皮化、改善月经量、促进术后内膜的修复[2,6]。结合本例案例本研究组发现，在未进行宫腔粘连切除的情况下，雌激素有效地促进残留正常子宫内膜增生修复、覆盖以前粘连处的纤维疤痕组织，使月经量得到改善。④中药辅助治疗：在宫腔粘连的药物治疗过程中，加用具有活血化瘀效果的中成药具有一定意义，国内各大专家均对此持肯定态度。周璐等[7]通过对 50 例宫腔粘连患者术后行补肾活血周期疗法 3 个月经周期后发现，中药联合西药能改善粘连患者术后的子宫内膜厚度，增加子宫内膜血流，有利于月经恢复。在本病例中，通过活血中成药的辅助治疗，该患者的子宫内膜及月经量得到了一定程度的改善。

宫腔镜宫腔粘连手术，术后宫腔放置屏障物及防粘连剂，配以周期性女性激素治疗，术后定期行宫腔镜二探检查并分离新粘连等综合治疗措施是目前宫腔粘连的最佳治疗方式。

参 考 文 献

[1] 中华医学会妇产科学分会. 宫腔粘连临床诊疗中国专家共识[J]. 中华妇产科杂志，2015，50（2）：881-887.

[2] Römer T，Schmidt T，Foth D. Pre- and postoperative hormonal treatment in patients with hysteroscopic surgery[J]. Contrib Gynecol Obstet，2000，20：1-12.

[3] 夏恩兰，段　华，张　军，等. 宫腔镜电切术子宫穿孔 16 例分析[J]. 中华妇产科杂志，2003，38（6）：280-283.

[4] Deans R，Abbott J. Review of intrauterine adhesions[J]. J Minim Invasive Gynecol，2010，17（5）：555-569.

[5] Conforti A，Alviggi C，Mollo A，et al. The management of Asherman syndrome：a review of literature[J]. Reprod Biol Endocrinol，2013，11：118.

[6] 黄燕明，王　燕，郎　雁，等. 宫腔粘连综合治疗 218 例预后分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志，2015，29（1）：1025-1028.

[7] 周　璐，赵珊琼，常淑华，等. 补肾活血周期疗法联合西药治疗宫腔粘连术后患者 50 例临床研究[J]. 中医杂志，2015，56（6）：586-589.

责任编辑：方　济）