

肛周子宫内膜异位症 15 例临床分析

刘洪, 何洪波, 伍静, 杨春梅

(四川大学华西医院中西医结合科, 四川成都 610041)

[关键词] 肛周; 子宫内膜异位症; 临床

[中图分类号] R711.71 [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706 (2012) 03-0129-02

子宫内膜异位症 (endometriosis, EMT) 是指具有生长功能的子宫内膜异位于子宫腔内膜以外的部位, 形成内膜异位病灶、结节或异位囊肿。EMT 为妇科常见病, 多发生于 30~40 岁的育龄妇女, 据国内报道, 其发病率甚至高达 10%^[1]。临床表现多为痛经、慢性盆腔疼痛和不孕等, 严重影响女性的健康和生活质量。子宫内膜异位症最多发生在卵巢, 其次为宫骶韧带或者其它盆腔器官, 但也可发生于盆腔脏器以外的组织或器官, 如腹壁切口、会阴、小肠等处。回顾性分析四川大学华西医院中西医结合科近 5 a 来收治的 15 例肛周子宫内膜异位症患者的临床资料, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

四川大学华西医院中西医结合科痔瘘组于 2005 年 1 月至 2010 年 1 月共收治的肛周子宫内膜异位症患者 15 例, 年龄 23~47 岁, 中位年龄 32 岁。该 15 名患者术前均行相关检查, 排除其他部位子宫内膜异位症。

1.2 临床症状与体征

15 例患者均有不同程度肛周胀痛不适, 并与月经周期相关。术前检查发现肛周包块直径 2.0~5.5 cm, 平均约 4.0 cm。探查发现已侵及肛门外括约肌浅部 11 例, 侵及肛门外括约肌深部 3 例, 侵及肛管内括约肌 1 例。

1.3 治疗方法

考虑病变可能侵及肛门括约肌, 为减少切除括约肌范围, 尽量保护肛: 口服高效孕酮 10 mg, 每天 1 次, 1 月为 1 周期。15 例患者均行手术治疗, 手术切缘距病灶外 0.5 cm 以上, 完整切除肛周肿

块及其侵及的括约肌, 对于包块未侵及肛门外括约肌深部的患者直接行外括约肌浅部部分切除修补术; 对于包块侵及肛门外括约肌深部的患者, 行断端固定, 必要时行修补术。术后均给予巴曲亭 2 U 静脉滴注, 2 次/d, 3 d 后均无出血, 停用巴曲亭止血^[2], 并给予 3 周期的预防性假孕疗法治疗 (方法同术前)。

1.4 随访

15 例患者术后均进行随访, 随访内容为肛周情况及患者临床症状, 随访时间 6 个月~5 a。

2 结果

肛周包块直径 >5 cm 的 6 例患者, 术前予以 3 个周期的假孕治疗后, 直径均减少到 3 cm 以下。所有 15 例患者术后随访均未发现复发, 其中 1 例包块侵及肛门外括约肌深部的患者, 因两侧断端距离较大, 术后出现轻微肛门控便能力下降, 于术后 3 月予以修补后好转。15 名患者术后病理检查证实为子宫内膜异位症。

3 讨论

3.1 肛周子宫内膜异位症的诊断

目前尚缺乏统一的国际标准。但典型的肛周子宫内膜异位症诊断并不困难: (1) 有经阴道分娩、月经期间或行刮宫手术期间肛周手术或肛裂病史; (2) 肛周局部有一结节或包块; (3) 包块有与月经相关的周期性胀痛, 经期增大, 经后变小; (4) 排除肛瘘、肛周皮脂腺囊肿等其他肛周疾病, 最后可通过局部组织活检以明确诊断。本研究 15 例患者均存在上述典型的临床表现, 专科检查均可扪及

[作者简介] 刘洪 (1980~), 男, 四川资阳市人, 医学硕士, 主治医师, 主要从事中西医结合临床工作。

肛周不同大小的肿块,术后病检证实为子宫内膜异位症。因此,对典型病例结合病史、症状和专科查体并不难做出诊断,关键是在临床判断时要考虑到此类疾病的可能。

3.2 肛周子宫内膜异位症的治疗

治疗以手术治疗为首选。于低位骶管麻醉下,术中彻底清除病灶周围的肌肉及结缔组织,病灶应整块切除,切缘应在病灶外 0.5 cm 以上,以防残留病灶复发。术中应仔细操作,止血纱布块不宜反复使用,避免脱落的子宫内膜组织遗留在伤口内造成种植;尽量避免病灶破裂,对于病灶破溃者应使用无菌生理盐水反复冲洗,必要时可清创。手术的关键在于彻底清除病灶,并且注意对括约肌断端的修补和固定,避免术后肛门狭窄或失禁。同时,手术操作过程中要尽量避免损伤直肠阴道膈。

手术时机的选择,以在月经干净后 2~5 d 进行为宜。一般在下次月经来潮时伤口已基本愈合,对于部分月经周期较短的患者,可于术后给予假孕疗法推迟月经时间,减少经血对手术伤口的污染,方便围手术期管理,以利于伤口愈合,并减少再次发生子宫内膜种植的可能。术前应进行常规肠道准备;术中应注意充分止血,仔细操作;术后予以少渣饮食 3~4 d,之后恢复正常饮食,并予以口服缓泻剂通便,预防大便干结对修补的括约肌造成影响。一般术后 14~18 d,局部伤口愈合良好后,即可拆除局部缝线。手术应尽量早期、彻底,一旦病变累计肛门外括约肌深部,会大大增加手术难度,切除括约肌过多、固定断端位置不当还可能引起肛门狭窄或者失禁,影响排便功能,术前应进行充分的检查及评估。

药物治疗作为一项辅助手段仍有其重要意义。促性腺激素释放激素(GnRH)类似物是目前最受

推崇的子宫内膜异位症治疗药物,其主要作用是对垂体促性腺激素分泌的抑制。其他如孕三烯酮(内美通)、米非司酮都可使病变得控制。但药物治疗单独应用效果不佳,仅适用于病灶范围大、手术难以操作者,通过药物治疗使病灶缩小,以利于手术一次性完整切除病灶。

手术和药物的联合应用是目前较为提倡的治疗方法。如术前病灶过大、界限不清,可先用药物使病灶缩小,以利于手术操作。手术后可给予药物推迟月经或进行假孕疗法以利于伤口恢复和围手术期管理。对于病灶较大、手术操作困难或疑有病灶残留者也可于术后给予药物巩固。但对于术后药物辅助的疗效,目前仍有争论,有学者认为,对于手术切除不彻底的患者,即使术后使用 3~6 个月的药物辅助治疗,仍有较高的复发率^[1]。

肛周子宫内膜异位症,其发生率正逐渐增加,做好经阴道分娩、月经期间或行刮宫手术期间肛周伤口及裂口的保护,是降低其发生率的关键。而一旦考虑到肛周子宫内膜异位症的诊断,则应尽快安排手术治疗,以避免其进一步侵袭肛周括约肌,特别是外括约肌深部,导致术后复发率增高以及对括约肌功能造成影响。

[参考文献]

- [1] 张惜阴. 实用妇产科学[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社,2003:6 761-6 688.
- [2] 何洪波,刘洪,杨春梅,等. 巴曲亭在痔科术后出血中的应用[J]. 浙江临床医学,2011,13(2):181-182.
- [3] 杨洁,王平. 会阴子宫内膜异位症23例临床分析[J]. 四川大学学报(医学版),2008,39(1):159-160.

(2012-01-10 收稿)