

· 临床研究 ·

宫颈子宫内膜异位症 23 例临床分析

吴 瑾, 贾 英, 唐良茜

(重庆医科大学附属第一医院妇产科 400016)

摘要:目的 分析宫颈子宫内膜异位症的发病原因、临床表现及诊疗方法以指导临床工作。方法 回顾性分析重庆医科大学附属第一医院妇产科宫颈门诊 2008 年 12 月至 2009 年 10 月间阴道镜下活检、病理诊断为宫颈子宫内膜异位症的 23 例患者的临床资料。结果 23 例宫颈子宫内膜异位症患者中除 1 例外,其余均有宫颈治疗病史;22 例患者阴道镜诊断与病理学诊断结果相符;超频电刀电熨和局部病灶切除术治疗宫颈子宫内膜异位症的有效率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 各种医源性损伤可能诱发宫颈子宫内膜异位症,利用阴道镜进行定点活检有助于发现和诊断该病。

关键词:子宫内膜异位症;宫颈;诊断;治疗结果

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.18.015

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2012)18-1830-02

Clinical analysis of 23 cases with cervical endometriosis

Wu Jin, Jia Ying, Tang Liangdan

(The First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China)

Abstract: Objective To analyze the etiology, clinic characteristics and treatments of cervical endometriosis. **Methods** 23 cases of cervical endometriosis conformed by colposcopy biopsy were enrolled in a retrospective analysis. **Results** 22 cases of the 23 patients had cervical treatment history. By colposcopy, 22 cases had superficial and purple-blue lesions, 1 case had cystic lesion; through high frequency electrosurgery treatment, the lesions of 19 cases disappeared, and there was no significant difference between superficial electrocauterization and loop electrosurgical excision of local lesions ($P>0.05$). **Conclusion** Procedures traumatizing the cervix increase the likelihood of development of cervical endometriosis. It can help to discover and diagnose them doing biopsy through colposcopy.

Key words: endometriosis; cervix uteri; diagnosis; treatment outcome

宫颈子宫内膜异位症是盆腔子宫内膜异位症的一种,其发病率低,但近几年,临床医师在临床工作中发现宫颈子宫内膜异位症的患者明显增多。通过对本院发现的 23 例该病患者的回顾性分析,讨论关于宫颈子宫内膜异位症的发病原因,以及诊断、治疗和预防的方法,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析重庆医科大学附属第一医院 2008 年 10 月至 2009 年 10 月期间阴道镜下活检发现的宫颈子宫内膜异位症患者 23 例,年龄 28~47 岁,平均 37.14 岁;其中出现月经前后少许阴道出血者 17 例(73.91%),性交出血者 7 例(30.43%),不规则阴道出血者 2 例(8.70%),无症状者 1 例(4.35%)。除 1 例外,22 例患者均有宫颈物理治疗史。

1.2 方法

1.2.1 诊断方法 23 例患者均行光学电子阴道镜检查(Wallon 公司)。22 例患者表现为暗红色结节和(或)斑块,质软,触血;1 例表现为囊肿样结构,呈浅紫蓝色,此例患者否认既往有任何形式的宫颈物理治疗病史。行阴道镜下定点活检,23 例病理学诊断均为子宫内膜异位症。

1.2.2 治疗及随访 用超频电刀(Wallon 公司)给予电熨(18 例)或局部病灶切除术(5 例),术后去氧孕烯炔雌醇每日 1 片,连服 42 d。术后 2 个月及 4~6 个月定期复查,随访率 100%。术后 2 个月行光学电子阴道镜检查以了解宫颈病灶消散及愈合情况,4~6 个月复查妇科情况,了解宫颈病灶有无复发。对术后患者阴道不规则出血情况的有无进行评估,以评判其疗效,以病灶消失为有效。

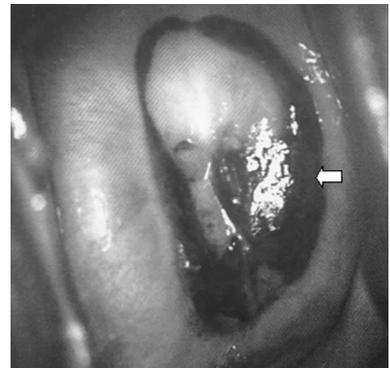
1.3 统计学处理 Fisher 确切概率法进行统计学处理,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 诱因分析 22 例患者(95.7%)均有分娩史或流产史,宫

颈治疗后出现相应症状,为继发型宫颈子宫内膜异位症;1 例患者(4.3%)无宫颈治疗的病史,无分娩史及流产史,为原发性宫颈子宫内膜异位症,患者有性交出血及腰骶胀痛,但其发病原因不明。

2.2 阴道镜诊断与病理学诊断结果的比较 宫颈子宫内膜异位症在阴道镜图像中表现为暗红色或紫蓝色结节、斑块等,与宫颈治疗后形成的上皮缺损、血管增生、皮下出血等有形态学上的区别,见图 1。在此 23 例患者中,除 1 例外,22 例患者阴道镜拟诊均为宫颈子宫内膜异位症,与病理诊断相符 95.7% (22/23)。



箭头:膜异位病灶。

图 1 阴道镜下宫颈子宫内膜异位灶图像($\times 8$)

2.3 疗效分析 超频电刀电熨和局部病灶切除术治疗宫颈子宫内膜异位症的有效率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。术后 2 个月随访,继发型宫颈子宫内膜异位症患者中 19 例病灶消失,3 例病灶部分消失。术后 4~6 个月随访,22 例症状缓解或消失,仅 1 例宫颈子宫内膜异位症患者治疗

无效。

表 1 超频电刀电熨和局部病灶切除术治疗宫颈子宫内膜异位症的有效率比较

术式	有效(n)	无效(n)	合计(n)	有效率(%)
超频电刀电熨	15	3	18	83.33
局部病灶切除术	4	1	5	80.00
合计	19	4	23	82.61

3 讨 论

3.1 宫颈子宫内膜异位症的发病机制 宫颈子宫内膜异位症发病率很低,国外报道子宫颈部位子宫内膜异位症发生率为 0.11%~2.40%^[1];国内陈蔚琳等^[2]报道了协和医院 1993 年 1 月至 2007 年 12 月间宫颈子宫内膜异位症病例共 19 例。宫颈子宫内膜异位症大多数是在手术病理标本中无意发现的^[3]。而近年来,在临床上发现该病有增多的趋势,分析其可能的原因有:(1)阴道镜引导下的定点活检,提高了对宫颈子宫内膜异位症的诊断能力;(2)近几年临床上对于宫颈疾病的过多有创治疗可能是该病发病率增高的重要原因。

目前,宫颈子宫内膜异位症的发病机制还尚未明确。郎景和^[4]认为宫颈子宫内膜异位症的形成过程中内膜细胞必须完成黏附—侵袭—形成的三部曲。文献报道 75%~95%的宫颈子宫内膜异位症患者有宫颈损伤史^[5]。本文 23 例患者中,除 1 例外,其余均有宫颈物理治疗病史。电熨、激光、微波等宫颈物理治疗均会造成宫颈阴道部表面的较大面积医源性损伤,有利于子宫内膜细胞在宫颈表面发生附着、种植,甚至进一步发展为宫颈子宫内膜异位灶。因此,宫颈物理治疗是引起宫颈子宫内膜异位症的重要诱因。但对于没有宫颈治疗病史的病例,它的发病机制可能更为复杂,与有医源性损伤史的病例不同,不能单纯用种植学说进行解释。原发型宫颈子宫内膜异位症仅为盆腔子宫内膜异位症的一部分,它的发病原因可能与血管生长因子的基因多态性^[6]、肿瘤相关因子表达异常等因素有关^[7],具体机制还需进一步研究。

3.2 宫颈子宫内膜异位症的类型 宫颈子宫内膜异位症可根据患者有无宫颈治疗病史分为原发型和继发型,在本研究中 23 例患者中原发型少见,继发型多见。原发型病灶表现较深,呈囊性,内有巧克力样液体,可合并有痛经症状,常与盆腔子宫内膜异位症合并存在;继发型病灶表浅,呈扁平斑块状,无痛经症状,多表现为月经前后少量阴道流血、性交出血等。

3.3 宫颈子宫内膜异位症的诊断 宫颈子宫内膜异位症患者多为生育期妇女,主要表现为月经前阴道流血、不规则阴道流血、性交出血等^[8-10],Mendoza 等^[11]报道 1 例患者曾因宫颈子宫内膜异位症引起阴道大出血。在行妇科窥器检查时,可发现宫颈表面明显的暗红色或紫蓝色斑块或囊肿,进一步行阴道镜检查,阴道镜可从形态学上鉴别宫颈子宫内膜异位症与其他宫颈病变,如宫颈纳氏囊肿伴出血,宫颈毛细血管瘤等。阴道镜引导下的定点活检可以提高病检的准确率。然而组织病理学检查仍是诊断宫颈子宫内膜异位症的金标准。在镜下,宫颈组织中可见子宫内膜腺体、内膜间质或含铁血黄素细胞,作为宫颈子宫内膜异位症的诊断依据。

3.4 宫颈子宫内膜异位症的治疗 宫颈子宫内膜异位症在目前临床上没有统一的治疗规范,有学者认为宫颈子宫内膜异位症的治疗方式应根据病变的类型、患者的年龄和生育要求来定。对于无症状或围绝经期患者可采取期待治疗^[8-12],而 Ata

等^[8]认为对于有子宫出血症状的宫颈子宫内膜异位症患者,给予治疗是必要的,他们对 1 例患者行浅表电熨治疗,随访 3 年病灶无复发。本文 23 例患者均给予超频电刀电熨或宫颈局部病灶切除术,其中 22 例即继发型患者疗效明显,术后 19 例病灶全部消失,另 3 例部分病灶消失,性交出血的症状缓解,可见对于表浅的继发型患者局部破坏性治疗是有效的;而 1 例原发型患者疗效不明显,术后 2 月病灶未消失,给予孕三烯酮治疗,复查治疗效果不佳。对于病灶很深的原发型患者如无生育要求可行全子宫切除术以切除病灶,而对于有生育要求的可行病灶局部切除术,国外有关于此类型病例通过超频电刀环形电切的方法治疗成功的报道^[13]。而原发型宫颈子宫内膜异位症可能病灶来源很深,局部破坏甚至局部切除仍无法清除所有的有活性异位子宫内膜病灶。有学者建议,在进行病灶破坏性治疗及治疗后伤口未愈的 3 个月内,避免月经来潮,从而减少复发^[8]。

3.5 宫颈子宫内膜异位症的预防 部分宫颈子宫内膜异位症的发生与宫颈既往治疗有关,因此,为预防宫颈子宫内膜异位症的发生须严格掌握宫颈治疗的时间,一般选择在月经干净 3~7 d 内进行。但对于月经时间过长或者月经周期较短患者,行宫颈治疗后,病灶脱痂期,患者月经来潮,有活性的子宫内膜易于种植在宫颈创面,形成病灶。因此,作者认为预防宫颈子宫内膜异位症的发生,首先应严格掌握宫颈治疗的指征,避免不必要的宫颈医源性损伤,其次,对于需要物理治疗的患者,宫颈治疗时机的选择最好在月经干净到月经第 10 天左右,如患者月经周期缩短明显,术后应给予延长月经周期的治疗,减少宫颈子宫内膜异位症发生的可能。

参考文献:

- [1] Veiga-Ferreira MM, Leiman G, Dunbar F, et al. Cervical endometriosis: facilitated diagnosis by fine needle aspiration cytologic testing[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 1987, 157 (4 Pt 1): 849-856.
- [2] 陈蔚琳, 金力, 郎景和. 宫颈子宫内膜异位症 19 例临床病理分析[J]. *中国妇产科临床杂志*, 2009, 10(5): 330-332.
- [3] Baker PM, Clement PB, Bell DA, et al. Superficial endometriosis of uterine cervix: a report of 20 cases of a process that may be confused with endocervical glandular dysplasia or adenocarcinoma in situ[J]. *Int J Gynecol Pathol*, 1999, 18: 198-205.
- [4] 郎景和. 子宫内膜异位症的研究与设想[J]. *中华妇产科杂志*, 2003, 38(8): 478-480.
- [5] 罗红艳, 孙素芳. 宫颈子宫内膜异位 30 例临床分析[J]. *浙江实用医学*, 2005, 10(4): 337-341.
- [6] Attar R, Agachan B, Kuran SB, et al. Genetic variants of vascular endothelial growth factor and risk for the development of endometriosis[J]. *In Vivo*, 2010, 24(3): 297-301.
- [7] 李颖; 陆惠娟. 原发性宫颈子宫内膜异位症 21 例并文献复习[J]. *上海医学*, 2009, 32(12): 1123-1124.
- [8] Doshi J, Doshi S, Sanusi FA, et al. Persistent post-coital bleeding due to cervical endometriosis [J]. *J Obstet Gynaecol*, 2004, 24(4): 468-469.
- [9] Ata B, Ates U, Usta T, et al. Cervical endometriosis, a case presenting with intractable spotting [J]. *Med Gen Med*, 2005, 7(2): 64.

表 2 两组产妇用药前后血压和心率变化

组别	n	心率(次/分)		收缩压(mm Hg)		舒张压(mm Hg)	
		用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后
观察组	52	77±9	78±7	120±33	118±31	78±16	77±23
对照组	48	76±8	77±9	121±32	123±33	75±26	79±27

2.2 两组患者用药前后心率、血压比较 两组患者用药前后心率、血压比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 2。

3 讨 论

子宫收缩乏力是产后出血最常见的原因,占产后出血的 90%,积极防治子宫收缩乏力性出血是降低产妇死亡的关键^[1]。

传统方法用缩宫素促进子宫收缩,防止产后出血,肌内注射缩宫素吸收快,3~5 min 即出现作用,但作用不持久,半衰期为 10 min;缩宫素个体差异大,其敏感性与体内雌激素和孕激素水平有密切关系^[7]。因此,国际上开始使用米索前列醇替代缩宫素等药物用于促进子宫收缩,预防产后出血。目前已经有多个多中心双盲实验研究对米索前列醇的作用进行了研究,取得了理想的效果^[4,8]。米索前列醇系前列腺素 E1 的衍生物,口服 2.5 min 后即可引起子宫收缩,半衰期为 1.5 h^[3],作用持续时间较长,可维持子宫处于较长时间的收缩状态,能较好地预防产妇产后 2 h 内出血的难题^[2]。

本组资料表明,口服米索前列醇可明显缩短第三产程,减少产后 2 h 出血量,产后出血发生率明显减少,与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。本组资料还表明,米索前列醇使用前后产妇心率、血压无明显变化,差异无统计学意义($P>0.05$)。米索前列醇可适用于合并高血压产妇产后出血的预防,这与国内外的研究结果一致^[9-10]。

可见,在第三产程早期给予米索前列醇口服,可更长久地维持子宫收缩,减少产后出血量。由于子宫收缩增强,第三产程时间缩短,胎盘剥离排出加快,由胎盘因素引起的产后出血也会有所减少。口服米索前列醇有效地解决了产后 2 h 出血问题,具有防治产后出血效果显著、不引起血压升高的优点,并且价格低廉、不良反应少、值得临床推广。

参考文献:

[1] Rajan PV, Wing DA. Postpartum hemorrhage: evidence-based medical interventions for prevention and treatment [J]. Clin Obstet Gynecol, 2010, 53(1): 165-181.
 [2] Sheldon WR, Blum J, Durocher J, et al. Misoprostol for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage

[J]. Expert Opin Investig Drugs, 2012, 21(2): 235-250.
 [3] Prata N, Passano P, Rowen T, et al. Where there are (few) skilled birth attendants [J]. J Health Popul Nutr 2011, 29(2): 81-91.
 [4] Winikoff B, Dabash R, Durocher J, et al. Barrera G et al: treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women not exposed to oxytocin during Labour; a double-blind, randomised, non-inferiority trial [J]. Lancet, 2010, 375(9710): 210-216.
 [5] Chaudhuri P, Biswas J, Mandal A. Sublingual misoprostol versus intramuscular oxytocin for prevention of postpartum hemorrhage in low-risk women [J]. Int J Gynaecol Obstet, 2012, 116(2): 138-142.
 [6] Ha MR, Alsahly N. Rectal versus oral misoprostol for active management of third stage of labor; a randomized controlled trial [J]. Arch Gynecol Obstet, 2011, 283(5): 935-939.
 [7] Harara R, Hanafy S, Zidan MS, et al. Intraumbilical injection of three different uterotonics in the management of retained placenta [J]. J Obstet Gynaecol Res, 2011, 37(9): 1203-1207.
 [8] Widmer M, Blum J, Hofmeyr GJ, et al. Misoprostol as an adjunct to standard uterotonics for treatment of post-partum haemorrhage; a multicentre, double-blind randomised trial [J]. Lancet, 2010, 375(9728): 1808-1813.
 [9] Hofmeyr GJ, Fawole B, Mugerwa K, et al. Administration of 400 µg of misoprostol to augment routine active management of the third stage of labor [J]. Int J Gynaecol Obstet, 2011, 112(2): 98-102.
 [10] Lin CJ, Chien SC, Chen CP; The use of misoprostol in termination of second-trimester pregnancy [J]. Taiwan J Obstet Gynecol, 2011, 50(3): 275-282.

(收稿日期:2012-03-02 修回日期:2012-04-22)

(上接第 1831 页)

[10] Selo-Ojeme D, Freeman-Wang T, Khan NH. Post-coital bleeding: a rare and unusual presentation of cervical endometriosis [J]. Arch Gynecol Obstet, 2006, 273(6): 370-373.
 [11] Mendoza GO, Castañón FJ, Hernández M, et al. Deep cervical endometriosis causing profuse vaginal bleeding. Case report and literature review [J]. Ginecol Obstet Mex, 2009, 77(11): 518-522.

[12] Phadnis SV, Doshi JS, Ogunnaike O, et al. Cervical endometriosis: a diagnostic and management dilemma [J]. Arch Gynecol Obstet, 2005, 272(4): 289-293.
 [13] Iwase A, Goto M, Kurotsuchi S, et al. Successful management of a massive hemorrhage due to rupture of cystic cervical endometriosis by a loop electrosurgical excision procedure [J]. Fertil Steril, 2008, 89(4): e13-15.

(收稿日期:2011-10-09 修回日期:2011-11-22)