·经验交流·

宫内节育器嵌顿临床特点及诊疗方式

杨 华，彭 萍，刘欣燕，金 力，陈蔚琳，李春颖，滕莉荣

中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院妇产科，北京 100730

通信作者：彭 萍 电话：010-69156204，E-mail：pengping2164@sina.com

【关键词】宫内节育器；嵌顿；诊疗
【中图分类号】R715 【文献标志码】A 【文章编号】1674-9081(2019)04-0364-03
DOI：10.3969/j.issn.1674-9081.2019.04.010 开放科学(资源服务)标识码(OSID)：

宫内节育器（intrauterine device，IUD）是一种放置于子宫腔内、可人工安装及摘取并通过机械刺激或缓释避孕药来抑制女性受孕的避孕工具。因其长效且可逆，是我国妇女普遍采用的避孕措施[1]。但放置IUD后可能出现出血、腹痛、腰痛、带器异位妊娠、IUD脱落/嵌顿等各种并发症[2]，其中以IUD嵌顿最为严重[3-4]。IUD嵌顿是指由于多种原因导致IUD部分或完全嵌入子宫肌层甚至子宫外，从而导致避孕失败、出血、疼痛、脏器及组织损伤或盆腹腔炎症。而在取出嵌顿的IUD时，如手术方式选择不当将会增加对子宫或盆腹腔其他脏器的损伤。本文回顾性分析41例IUD嵌顿患者的特点及治疗方式，以期为临床诊疗提供借鉴。

1 资料与方法

1.1 研究对象

回顾性选取2014年1月至2018年12月在北京协和医院住院治疗且术后明确诊断IUD嵌顿的患者，包括术前超声提示/未提示IUD嵌顿、盲取失败等而术后明确诊断者。

1.2 观察指标

记录患者年龄、孕产次、月经情况、临床表现、IUD类型、IUD放置时间、嵌顿位置、手术方式等。

1.3 统计学处理

采用SPSS 20.0软件进行统计分析。计数资料采用频数、百分比表示，符合正态分布的计量资料采用均数±标准差表示。

2 结果

2.1 基本资料

共41例符合纳入标准的患者入选本研究，平均年龄（45.2±13.2）岁（23~74岁），其中未绝经患者占53.7%（22/41），绝经1年之内者占7.3%（3/41），绝经1年以上者占39.0%（16/41）。孕次和产次分别为（2.44±1.2）次和（1.29±0.9）次，带IUD年限（16.3±11.4）年（2~39年），带IUD年限>10年者占61%（25/41）。临床表现上，不规则出血患者5例（12.2%），下腹痛患者10例（24.4%），合并子宫肌瘤患者5例（12.2%）。41例患者中9例（22%）为哺乳期放置IUD，7例（17.1%）为人工流产术后同时放置IUD。IUD类型包括“O”形19例（46.3%），“T”形3例（7.3%），“V”形17例（41.5%），吉妮环2例（4.9%）。

2.2 诊断和治疗方式

41例患者中，术前根据超声影像学诊断IUD嵌顿的患者35例（85.4%，35/41），提示IUD嵌顿于子宫肌层或宫外盆腹腔脏器内；术后诊断6例（14.6%，6/41），均为“O”形IUD且带器时限均为20年以上。腹腔镜辅助下宫腔镜治疗患者均术前诊断IUD嵌顿（100%，12/12），而单纯宫腔镜治疗患者中有6例（20.7%，6/29）术前未明确诊断IUD嵌顿。

超声监视下直接取出IUD者2例（4.9%，2/41）；宫腔镜检查下确定IUD位置后，用取环枪/钩直接取

利益冲突：无

出或电刀适度切开粘连带、遮挡内膜及肌层组织后取出的患者 27 例（65.8%，27/41）；“V”形 IUD 嵌顿或 IUD 嵌顿至深肌层行腹腔镜辅助下宫腔镜取出的患者 10 例（24.4%，10/41）；另 2 例 IUD 嵌顿于盆腔内脏器（膀胱和直肠各 1 例）的患者，分别选用腹腔镜辅助下膀胱镜和腹腔镜辅助下结肠镜将 IUD 成功取出。

2.3 嵌顿部位及类型

根据嵌顿部位，嵌顿于子宫内膜及浅肌层者（图 1A）29 例（70.7%，29/41），仅 8 例存在临床症状；嵌顿于深肌层（图 1B）甚至穿透浆膜层者 10 例（24.4%，10/41），其中“V”形 IUD 6 例；嵌顿于子宫外者 2 例，均为“V”形 IUD（图 1C）。根据患者月经情况，绝经后患者 19 例（46.3%，19/41），其中“O”形 IUD 16 例；未绝经患者 22 例（53.7%，22/41），其中仅 1 例出现经量减少，1 例出现经量增多，而月经周期均无改变。根据 IUD 放置年限，≤10 年 17 例（41.5%，17/41），其中“V”形 IUD 13 例；11～40 年 24 例（58.5%，24/41），其中“O”形 IUD 18 例。

3 讨论

本研究显示，5 例（12.2%，5/41）患者临床表现为不规则出血，10 例（24.4%，10/41）表现为下腹痛。而在内膜及浅肌层嵌顿的患者中，72.4%（21/29）无任何临床表现，提示内膜及浅肌层嵌顿者往往无临床症状。发生在深肌层及宫外嵌顿者多为“V”形 IUD，与其他研究结果一致[5-6]。其原因可能是“V”形 IUD 的双臂弹性较大，双臂释放时可能出现张力过大而嵌入子宫肌层内。因此，在子宫较柔软的哺乳期或人工流产手术后，并不推荐使用“V”形 IUD。

随着微创技术的发展，宫腔镜成为诊断和治疗 IUD 嵌顿的理想手术方式[5]。本研究也发现，宫腔镜可成功取出嵌顿于子宫内膜及浅肌层的 IUD。但对嵌顿于深肌层或宫外者则应在腹腔镜辅助下联合宫腔镜、膀胱镜或结肠镜进行取出，以弥补宫腔镜、膀胱镜及结肠镜有限的可视程度而造成的临近器官及组织损伤。因此，在腹腔镜辅助下，可成功取出嵌顿于子宫外的 IUD。此结果为医者术前制定最佳手术策略提供了指导，从而可安全有效地取出 IUD。

本研究中 10 例深肌层 IUD 嵌顿患者采用了腹腔镜辅助下宫腔镜而成功取出；另外 2 例嵌顿于宫外的患者，分别先行膀胱镜及结肠镜检查，发现 IUD 嵌顿于膀胱壁及直肠壁上，再选用腹腔镜辅助下膀胱镜和腹腔镜辅助下结肠镜将 IUD 成功取出，同时避免了肠穿孔、膀胱破裂的副损伤。因此，在选择手术方式时，应根据术前评估的 IUD 嵌顿部位，怀疑存在膀胱或肠管损伤者建议先行膀胱镜和结肠镜检查。子宫内膜及浅肌层者首选宫腔镜，若嵌顿于深肌层或子宫外则首选腹腔镜辅助下联合各种内镜的手术方式。既往有研究表明，腹腔镜取出宫外 IUD 的成功率为 70%～100%[6-7]，与本研究结果一致，显示出腹腔镜辅助的必要性以及二次手术的可能性。

本研究结果还显示，绝经后的 IUD 嵌顿以“O”形为主，与杨娇阳等[8]和孙君香等[9]的研究结果一致。分析其原因，可能与金属圆环可塑性差，绝经后妇女子宫萎缩而肌层顺应性下降，引起子宫与 IUD 不对称，进而容易发生嵌顿有关。因此，绝经后的妇女应尽早取出 IUD，尽量避免因子宫逐渐萎缩而导致的绝经后 IUD 嵌顿的发生。

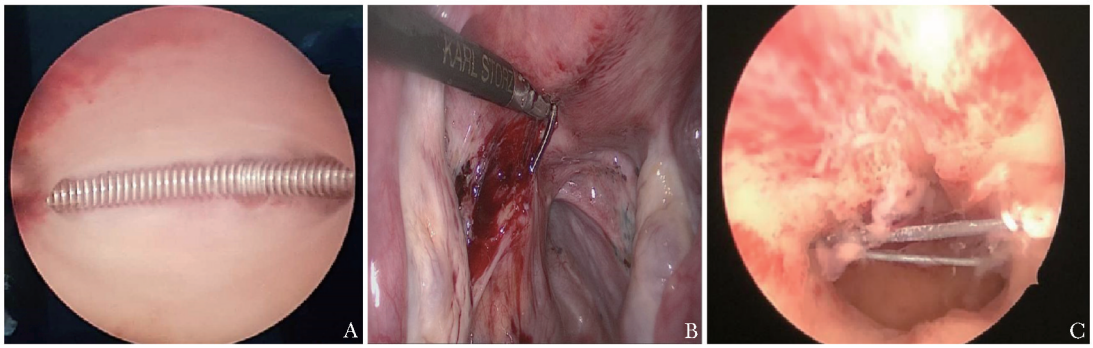

图 1 宫内节育器嵌顿示意图

A. 宫内节育器嵌顿至浅肌层；B. 宫内节育器嵌顿至深肌层；C. “V”形宫内节育器嵌顿

本文尚存在一定的局限性，例如作为描述性研究患者例数过少，今后应进一步增加患者例数。

综上所述，“V”形 IUD 最易发生嵌顿，不推荐用于子宫较柔软的哺乳期或人工流产手术后，而绝经后妇女的 IUD 嵌顿类型多为“O”形，建议绝经后尽早取出，对于嵌顿于深肌层或子宫外的 IUD 者宜采用腹腔镜辅助的手术方式取出。

参 考 文 献

[1] 李卓. 宫内节育环异位、嵌顿 168 例报告［J］. 世界最新医学信息文摘，2015，28：99-100.

[2] 孙旭艳. 放置宫内节育器的常见并发症与防治分析［J］. 心理医生，2018，11：35-36.

[3] 韩咏梅，王翠梅，王风华，等. 宫内节育器的临床研究进展［J］. 实用医药杂志，2013，8：1001-1003.

[4] 邹燕. 宫内节育器应用现状与研究进展［J］. 中国实用妇科与产科杂志，2013，10：795-797.

[5] 罗春，周丹. 经宫腔镜检查宫内节育器嵌顿 56 例相关因素分析［J］. 中国前沿，2019，2：231-232.

[6] 李雪莹，王秋毅，刘冬，等. 微创手术在宫内节育器嵌顿或异位的临床应用［J］. 中国计划生育学杂志，2017，25：870-871.

[7] Mosley FR，Shai N，Kurer MA. Elective Surgical Removal of Migrated Intrauterine Contraceptive Devices Form Within the Peritooneal Cavity：A Comparison Between Opern and Laparoscopie Removal［J］. JSLS，2012，2：236-241.

[8] 杨娇阳，程红旗. 60 例放置宫内节育器后嵌顿的诊疗分析［J］. 中国计划生育学杂志，2015，6：404-406.

[9] 孙君香，刘睿，曲燕妮. 绝经后 160 例取环临床分析及体会［J］. 实用妇科内分泌电子杂志，2018，25：63-65.

（收稿日期：2019-03-29）

·读者·作者·编者·

本刊 2017—2018 年发表文章中国知网被引排名 Top10

文章的被引频次很大程度上反映了其学术质量和学术影响力。现列出本刊 2017—2018 年所发表文章的被引频次排行 Top10，希望广大读者对这些高影响力文章有所了解和借鉴。数据来自中国知网-中国学术文献网络出版总库（http：//epub. cnki. net），统计时间为 2019 年 7 月 3 日。

1. 中国医师协会检验医师分会感染性疾病检验医学专家委员会. 中国成人艰难梭菌感染诊断和治疗专家共识. 2017（3）：131-138.［指南与共识］被引频次：27

2. 金征宇. 前景与挑战：当医学影像遇见人工智能. 2018（1）：2-4.［述评］被引频次：16

3. 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 抗肿瘤坏死因子 α 单克隆抗体治疗炎症性肠病专家共识（2017）. 2018（5）：239-243.［指南与共识］被引频次：16

4. 国家麻醉专业质量控制中心，中华医学会麻醉学分会. 围手术期患者低体温防治专家共识（2017）. 2017（6）：352-358.［指南与共识］被引频次：14

5. 夏黎明，沈坚，张荣国，等. 深度学习技术在医学影像领域的应用. 2018（1）：10-14.［专家论坛］被引频次：11

6. 中华医学会外科学分会胰腺外科学组，中国研究型医院学会胰腺病专业委员会. 胰腺术后外科常见并发症诊治及预防的专家共识（2017）. 2017（3）：139-146.［指南与共识］被引频次：10

7. 朱鸣雷，黄宇光，刘晓红，等. 老年患者围手术期管理北京协和医院专家共识. 2018（1）：36-41.［指南与共识］被引频次：9

8. 肖波，周罗. 癫痫最新临床诊疗指南：机遇与挑战并存. 2017（3）：122-126.［观点］被引频次：9

9. 中华医学会外科学分会胰腺外科学组，中国研究型医院学会胰腺病专业委员会. 胰腺术后外科常见并发症诊治及预防的专家共识（2017）推荐. 2017（3）：146.［指南与共识］被引频次：8

10. 张小江，张辉，杨启文，等. 世界卫生组织关注的临床重要细菌耐药变迁：北京协和医院 10 年数据分析. 2018（1）：48-53.［论著］被引频次：7