

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.08.021

深部浸润型子宫内膜异位症的临床病理特征分析

唐文娟

湖南省妇幼保健院妇产科,湖南长沙 410005

摘要:目的 分析深部浸润型子宫内膜异位症(DIE)患者的临床病理特征。方法 回顾性纳入 2019 年 1 月至 2020 年 6 月该院收治的 300 例子宫内膜异位症患者,均进行腹腔镜手术治疗,观察 DIE 的发生率,比较 DIE 患者与非 DIE 患者临床病理特征的差异。结果 300 例子宫内膜异位症患者中 DIE 的发生率为 39.00% (117/300),主要累及宫骶韧带(50 例)、阴道直肠隔(19 例)、直肠(4 例)、2 个及以上器官(44 例);117 例 DIE 患者共 202 个病灶,主要分布于宫骶韧带(109 个)、阴道直肠隔(51 个)、直肠(17 个)、阴道壁(9 个)、输尿管(8 个)、膀胱(6 个)、子宫直肠陷凹的(2 个);DIE 患者的痛经、肛门坠胀、性交痛及经期腹泻发生率明显高于非 DIE 患者($P < 0.05$),子宫固定不活动、宫骶韧带触痛结节、后穹隆触痛结节及阴道壁蓝色结节的检出率明显高于非 DIE 患者($P < 0.05$),合并子宫腺肌瘤比例、子宫直肠陷凹封闭发生率明显高于非 DIE 患者($P < 0.05$)。结论 DIE 在子宫内膜异位症中的发生率较高;疼痛、子宫活动度差及触痛结节提示 DIE 的可能性较大。

关键词:子宫内膜异位症; 浸润型; 临床症状; 病理特征

中图分类号:R711.71

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)08-1107-03

子宫内膜异位症是指子宫内膜组织(腺体和间质)在子宫腔被覆内膜及子宫以外的部位出现、生长、浸润,反复出血,继而引发疼痛、不孕及结节或包块等。子宫内膜异位症是生育年龄妇女的多发病、常见病。痛经、慢性盆腔痛、性交痛、肛门坠痛等是其主要症状^[1]。当子宫内膜异位症病灶浸润到腹膜下的深度 ≥ 5 mm 或者侵犯肠道、输尿管及膀胱这些重要脏器时,定义为深部浸润型子宫内膜异位症(DIE)^[2]。目前关于 DIE 的病因机制还不够清楚,手术是其临床治疗的首选手段^[3];DIE 的病变范围、浸润深度与临床疼痛症状密切相关^[4],对患者的生活质量及预后产生了严重的影响。因此,分析 DIE 患者的临床病理特征,对指导临床治疗方案的制订具有重要意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性纳入 2019 年 1 月至 2020 年 6 月本院收治的 300 例子宫内膜异位症患者。患者年龄 16~65 岁,平均(38.25 \pm 6.44)岁;病程 2~35 个月,平均(24.36 \pm 5.10)个月;所有患者均进行了阴道超声检查,实施腹腔镜手术治疗,均经过病理组织学检查诊断为子宫内膜异位症。

1.2 方法 收集所有患者的临床病理资料,临床病理资料主要包括临床症状、双合诊及三合诊检查情况、病灶异位分布情况、病灶器官累及情况、病灶解剖特点等。采用视觉模拟评分法评估患者的疼痛程度,无痛:0 分,轻度疼痛:1~3 分,中度疼痛:4~6 分,重度疼痛:7~10 分。按照 2015 年《子宫内膜异位症的诊治指南》及《子宫内膜异位症长期管理中国专家共识》中的标准:病灶浸润到腹膜下的深度 ≥ 5 mm,包括位于宫骶韧带、子宫直肠陷凹、阴道穹隆、阴道直肠

隔、直肠或者结肠壁的内异症病灶,也可以侵犯至膀胱壁和输尿管,诊断为 DIE。记录 DIE 的发生率,比较 DIE 患者与非 DIE 患者临床病理特征的差异。

1.3 统计学处理 采用 SPSS22.0 统计软件对数据进行分析。正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 DIE 的发生率 300 例子宫内膜异位症患者中,发生 DIE 117 例,发生率为 39.00%;117 例中 54 例(46.15%)为术前诊断,63 例(53.85%)为术中诊断。

2.2 DIE 患者病灶异位分布、器官累及情况的比较 117 例 DIE 患者共 202 个病灶,每例患者病灶 1~4 个,平均(2.1 \pm 0.8)个,53 例(45.30%)DIE 患者存在 2 个及以上病灶。病灶异位分布情况:左侧宫骶韧带 58 个(28.71%),右侧宫骶韧带 51 个(25.25%),阴道直肠隔 51 个(25.25%),直肠 17 个(8.42%),阴道壁 9 个(4.46%),膀胱 6 个(2.97%),左侧输尿管 5 个(2.48%),右侧输尿管 3 个(1.49%),子宫直肠陷凹 2 个(0.99%)。117 例 DIE 患者的病灶器官累及情况:累及宫骶韧带 50 例(42.74%),累及阴道直肠隔 19 例(16.24%),累及直肠 4 例(3.42%),累及 2 个及以上器官 44 例(37.61%)。

2.3 DIE 患者与非 DIE 患者临床症状的比较 DIE 患者与非 DIE 患者的痛经、肛门坠胀、性交痛及经期腹泻发生率比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);DIE 患者与非 DIE 患者的疼痛程度、慢性盆腔痛及尿

尿频急发生率比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 DIE 患者与非 DIE 患者临床症状的比较[n(%)]

组别	n	痛经			疼痛程度			
		无痛经	原发性痛经	继发性痛经	无疼痛	轻度疼痛	中度疼痛	重度疼痛
DIE 患者	117	28(23.93)	26(22.22)	63(53.85)	28(23.93)	16(13.68)	24(20.51)	49(41.88)
非 DIE 患者	183	72(39.34)	40(21.86)	71(38.80)	72(39.34)	16(8.74)	41(22.40)	54(29.51)
χ^2		7.258			0.421			
P		0.029			0.830			

组别	n	慢性盆腔痛	肛门坠胀	性交痛	经期腹泻	尿频尿急
DIE 患者	117	35(29.91)	51(43.59)	46(39.32)	38(32.49)	10(8.55)
非 DIE 患者	183	49(26.78)	51(27.87)	34(18.58)	29(15.85)	11(6.01)
χ^2		0.355	8.204	9.324	10.117	0.526
P		0.917	0.016	0.003	<0.001	0.737

2.4 DIE 患者与非 DIE 患者双合诊及三合诊检查情况的比较 DIE 患者与非 DIE 患者子宫固定不活动、宫骶韧带触痛结节、后穹隆触痛结节及阴道壁蓝色结节的检出率比较,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

2.5 DIE 患者与非 DIE 患者病灶解剖特点的比较 DIE 患者与非 DIE 患者合并子宫腺肌瘤比例、子宫直肠陷凹封闭发生率的比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);DIE 患者与非 DIE 患者合并卵巢型子宫内膜异位症囊肿比例的比较,差异无统计学意义($P>$

0.05)。见表 3。

表 2 DIE 患者与非 DIE 患者双合诊及三合诊检查情况的比较[n(%)]

组别	n	子宫固定不活动	宫骶韧带触痛结节	后穹隆触痛结节	阴道壁蓝色结节
		DIE 患者	117	25(21.37)	31(26.50)
非 DIE 患者	183	12(6.56)	11(6.01)	9(4.92)	0(0.00)
χ^2		12.153	10.426	11.190	9.047
P		<0.001	<0.001	<0.001	0.006

表 3 DIE 患者与非 DIE 患者病灶解剖特点的比较[n(%)]

组别	n	合并子宫腺肌瘤	合并卵巢型子宫内膜异位症囊肿			子宫直肠陷凹封闭		
			左侧	右侧	双侧	无	半封闭	全封闭
		DIE 患者	117	47(40.17)	22(18.80)	21(17.95)	42(35.90)	20(17.09)
非 DIE 患者	183	47(25.68)	49(26.78)	39(21.31)	56(30.60)	143(78.14)	5(2.73)	35(19.13)
χ^2		8.842	0.826			23.751		
P		0.013	0.470			<0.001		

3 讨 论

目前,关于 DIE 的发病机制有 2 种学说:经血倒流学说与生化学说^[5]。目前大多数学者都认为 DIE 是妇女经期经血倒流,使子宫内膜腺上皮和间质细胞种植于盆腔腹膜,有着不同特质的内膜细胞逆流至盆腔中,黏附种植于腹膜表面,在周围异常的激素水平、炎症因子及免疫机制的共同作用下,新生血管形成,病灶向腹膜深部浸润生长,并刺激深部的纤维结缔组织或平滑肌组织增生共同形成结节,在子宫、输尿管、阴道、直肠等部位形成 DIE 病灶^[6-7]。这也可以解释 DIE 病灶分布在子宫直肠陷凹的原因。DIE 患者合并子宫腺肌瘤比例、子宫直肠陷凹封闭发生率明显高于非 DIE 患者($P<0.05$),提示在 DIE 患者的手术过程中,应当注意对封闭的子宫直肠陷凹与盆腔粘连进行分离,利于 DIE 病灶的彻底切除,利于预后。

目前,病理组织学检查是诊断 DIE 的“金标准”。术前进行影像学检查、妇科检查,结合临床症状,可以对 DIE 进行诊断^[8],本研究中 300 例子官内膜异位症

患者中 DIE 的发生率为 39.00%(117/300),其中 54 例(46.15%)DIE 患者在术前被诊断,术前诊断率并不高。有研究显示,妇科检查结合临床症状能够对 DIE 进行初步诊断,DIE 患者的疼痛程度、疼痛性质与疾病的发生存在一定关系^[9]。本研究结果中,DIE 患者的痛经、肛门坠胀、性交痛及经期腹泻发生率明显高于非 DIE 患者,分析原因是 DIE 病灶中神经分布较多^[10]。双合诊及三合诊检查发现,DIE 患者子宫固定不活动、宫骶韧带触痛结节、后穹隆触痛结节及阴道壁蓝色结节的检出率明显高于非 DIE 患者($P<0.05$),分析原因,DIE 病灶向后浸润引起宫骶韧带增粗、缩短,导致子宫与直肠的间隙变浅或消失,两者紧密粘连且凸向直肠形成结节^[11];而且 DIE 病灶能够向阴道顶端进行浸润,导致阴道壁形成蓝色结节^[12]。因此,当子宫内膜异位症患者出现以上症状及妇科检查结果时,应当警惕 DIE 发生的可能性。

综上所述,DIE 在子宫内膜异位症中的发生率较高;疼痛、子宫活动度差及触痛结节提示 DIE 的可能

性较大。

参考文献

[1] 黎星森,江秀秀. 青春期子宫内膜异位症的发病特点研究进展[J]. 国际妇产科学杂志, 2018, 45(4): 317-321.
 [2] 吴寒舒,张蔚. 深部浸润型子宫内膜异位症的诊治研究进展[J]. 中国性科学, 2019, 28(9): 64-68.
 [3] 郑玉梅,彭超,陆叶,等. 深部浸润型子宫内膜异位症在盆腔子宫内膜异位症中的发生率及其临床病理特征分析[J]. 中华妇产科杂志, 2020, 55(6): 384-389.
 [4] 董静,王金会. 深部浸润型子宫内膜异位症的临床症状和妇科检查价值评估研究[J]. 中国性科学, 2018, 27(2): 41-44.
 [5] 颜林淋. 经阴道超声诊断深部浸润型子宫内膜异位症的应用价值[J]. 中国现代药物应用, 2019, 13(7): 58-60.
 [6] 孔伟,熊光武,徐惠成. 深部浸润型子宫内膜异位症的综合治疗:17 例临床经验[J]. 中国微创外科杂志, 2018, 18(11): 76-79.
 [7] 张媛媛,于瑾,何真. 超声诊断深部浸润型子宫内膜异位症累及盆腔组织[J]. 中国保健营养, 2020, 30(5): 317-

318.

[8] 李勇爰,谷守欣,强金伟,等. 磁敏感加权成像对深部浸润型子宫内膜异位症的诊断价值[J]. 中国医学计算机成像杂志, 2018, 24(6): 521-526.
 [9] 李末娟,熊丹,黄懿,等. 女性生殖道畸形伴盆腔深部浸润型子宫内膜异位症 23 例临床分析[J]. 中国微创外科杂志, 2018, 18(11): 35-38.
 [10] 谢招娣. 子宫内膜异位症异位内膜神经纤维分布与患者疼痛的关系[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(32): 3616-3617.
 [11] GIUSTI S, FORASASSI F, BASTIANI L, et al. Anatomical localization of deep infiltrating endometriosis: 3D MRI reconstructio[J]. Abdom Imaging, 2012, 37(6): 1110-1121.
 [12] 凌人男,黄嵘. 高分辨 MRI 和经阴道超声检查对后盆部深部子宫内膜异位的诊断价值[J]. 医学影像学杂志, 2019, 29(11): 1989-1993.

(收稿日期:2020-09-04 修回日期:2021-01-21)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.08.022

维生素 A、D 及体液免疫与儿童反复呼吸道感染的相关性研究

李 静, 李小英, 桂明珠[△]

上海市宝山区罗店医院儿科, 上海 201908

摘要:目的 研究维生素 A、D 及体液免疫与儿童反复呼吸道感染的相关性,旨在降低儿童反复呼吸道感染率。**方法** 采用随机抽样便利法选取 2018 年 9 月至 2019 年 12 月该院收治的呼吸道感染儿童 418 例并调查纳入儿童相关资料,利用多因素 Logistic 回归模型及多元线性相关分析等方法总结儿童反复呼吸道感染相关因素,并对线性相关分析最显著的因素给予回归法确定最终回归方程,采用决定系数(R^2)评定方程回归效果。**结果** 儿童反复呼吸道感染 98 例,感染率 23.44%。反复呼吸道感染患儿在不同年龄、饮食起居、生活环境、抗菌药物使用、维生素 A 水平、维生素 D 水平和体液免疫水平构成比的比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。多因素 Logistic 回归模型显示年龄、饮食起居、生活环境、抗菌药物使用、维生素 A、维生素 D 和体液免疫均是导致儿童反复呼吸道感染的相关危险因素。线性相关分析显示儿童反复呼吸道感染与年龄、饮食起居、生活环境、抗菌药物使用因素存在一定相关性($r = 0.230, 0.209, 0.218, 0.254, P < 0.05$),与维生素 A、维生素 D 水平和体液免疫相关性更明显($r = 0.419, 0.445, 0.482, P < 0.001$);相关系数 $r = 0.589, R^2 = 0.347$,校正决定系数 0.259,回归模型 $F = 3.925, P = 0.000$,说明儿童反复呼吸道感染与维生素 A、D 水平和体液免疫存在线性回归关系。**结论** 儿童呼吸道感染危险因素复杂多样,但与维生素 A、D 水平低下及体液免疫功能下降关系最为密切;在防范常规危险因素基础上,加强对儿童维生素 A、D 水平及体液免疫的关注尤为重要,必要时补充维生素 A、D,提高免疫力,有利于降低儿童反复呼吸道感染发生率。

关键词:反复呼吸道感染; 维生素 A; 维生素 D; 体液免疫; 儿童

中图法分类号:R725.6

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)08-1109-04

反复呼吸道感染好发于 2~6 岁儿童,具有易反复、病程长、迁延不愈等特征,通常被视为影响儿童身心健康和生长发育的常见疾病^[1]。尤其近年来随着生活环境变化和饮食结构调整,儿童反复呼吸道感染发生率呈现有增无减的态势,因此加强儿童反复呼吸

道感染研究有利于为临床早期防控和治疗提供更多参考依据^[2]。查阅 3 年来相关文献资料显示有关儿童反复呼吸道感染的研究多侧重于临床治疗方案的效果比较,然而随着现代医学发展及感染防控理念的转变与更新,强化感染危险因素分析、降低其危险程

[△] 通信作者, E-mail: 83848845@qq.com.