

我国5000万不孕不育者需宫腔镜诊疗



关联阅读全文
 扫一扫

夏恩兰 宫腔微创技术这十年



夏恩兰 教授

移植外科、微创外科、修复外科以及肿瘤的分子生物学治疗，是21世纪外科发展的四大方向。从1869年Pantaleoni通过最初的宫腔镜发现子宫内膜息肉至今，宫腔微创技术已走过初步探索阶段并进入了快速发展时期。

首都医科大学附属复兴医院宫腔镜中心夏恩兰教授介绍，我国有5000万不孕不育患者、7000万异常子宫出血患者要通过宫腔镜进行诊疗。与此同时，我国三孩政策的放开，“十四五”规划对妇幼健康事业的关注以及内镜相关技术设备的逐步发展和普及，也为宫腔微创技术的蓬勃发展奠定了基础。

在诊疗模式上，临床按照患者疾病的严重程度、有无基础疾病以及医院诊疗设备和人员条件等，可以分成诊室宫腔镜、门诊宫腔镜以及住院宫腔镜三个层次，分别承担即查即治、日间手术和麻醉手术。

在器械的微型化上，宫腔镜外鞘、内鞘、光学视管径线的缩小，微型一体镜、微型一次性宫腔镜及多种一次性器械的临床使用，使不扩张宫颈或稍微扩张即可诊治成为可能、即查即治成为现实。

在动力多样化方面，近十年

医师报讯（融媒体记者 王璐）据世界卫生组织对中国女性的调查，截至2017年，中国育龄女性中有41%患有不同程度的妇科疾病，已婚女性患病率更是高达70%。在第30届北京·国际腹腔镜及微创手术学术研讨会上，专家们就宫腔镜新技术的临床应用，为妇产科学诊疗带来的突破性发展进行了介绍。

来，机械能再次被大家所关注，与高频电、射频共同应用于临床。夏教授介绍，冷刀手术具备不损伤子宫内膜、减少术后宫腔粘连，能完成宫腔内有利的回抓操作以及层次清晰的分离操作等优势，便于推拨分碎切除2型黏膜下肌瘤，完整保留假包膜。夏恩兰教授表示，在其所在的宫腔镜中心，5~6 cm的2型黏膜下肌瘤、甚至4 cm以下的3型壁间肌瘤也有希望通过宫腔镜实现切除。

在手术方式上，有切片法、分碎法以及旋切粉碎吸引法共同为临床不同患者提供针对性的诊疗方案。

成像系统方面，相比于原来的光镜设备，电子镜更加清晰，且没有弧度、周边影像扩大等问题。超高清4K让图像更为真实。

刘玉环 经阴道内镜具三大优势



刘玉环 教授

宫腔镜在人类历史长河中已有100多年的发展史，近30年来在我国发展速度很快。阴道内镜技术是在不放窥器、不固定宫颈及不扩张宫颈的前提下，使用宫腔镜检查或治疗阴道、宫颈或者宫腔病变的一种微创操作。“其临床优势概括起来有三点：微创性、直观性、独到性。”首都医科大学附属复兴医院刘玉环教授介绍。

直观性 以往的宫腔镜检查即便是放置窥镜，也不能保证可以完全看到阴道内、宫颈以及穹窿的病变。通过阴道内镜技术，便可以更好地把阴道和宫颈外口等部位加以明确，同时进行定点活检或部分冷刀手术。

独到性 该技术的应用扩大了宫腔镜的使用人群，包括幼女、未婚、绝经后的人群等，其能不破坏正常生殖道结构的基础上，实现即诊即治的目的。

冯力民 人文关怀是门诊宫腔镜手术最好的“麻醉”



冯力民 教授

“要想宫腔镜检查和治疗能安全有效地在门诊进行，首先就要求宫腔镜外径纤细，其次是临床医生技术娴熟、对并发症能有预判能力。”首都医科大学附属北京天坛医院妇产科冯力民教授在解读《阴道内镜技术中国专家推荐意见》时说道。随着近年来设备的进步、技术的发展、理念的深化及诊疗模式的创新，临床越来越需要建立相关标准，来实现更个体化、规范化的诊疗操作。

除要求光学视管外径2.9~4.5 mm，最大不超过5 mm，焦距30°带有液体持续灌流通道的硬

阴道内镜技术特点	适应证
无阴道窥镜的限制、遮挡，使镜体有更大的活动范围	无性生活史者、幼女阴道异物，绝经后女性阴道狭窄或粘连，子宫极度前屈或后屈的患者
较传统宫腔镜，无需置入窥器	肥胖、双下肢外展活动障碍、阴道狭窄、宫颈显露困难、宫腔过大、宫腔窄道
通过阴道内液体充盈、镜体放大作用，去除了阴道窥器潜在的遮挡作用	阴道肿瘤、阴道感染、阴道畸形、阴道内异物得到及早、准确、有效的诊治
无扩宫环节，减少术前操作对宫颈管内环境的影响	有利于宫颈管内病变的早期识别

镜等硬性设备要求外，应由熟练掌握宫腔镜技术的高年资医生实施门诊阴道内镜，同时需配置至少一名专职宫腔镜手术护理人员，且一般建议独立实施宫腔镜检查至少500台，并在上级医生带教下完成至少100台阴道内镜手术后方可独立施术。

阴道内镜的手术适应证、禁忌证以及排除、准入标准跟所有宫腔镜检查一致。“但我们要

加强对禁忌证的排查，尤其是内科合并症患者。”冯教授表示，“由于门诊没有麻醉师在场，一定要充分了解其用于宫腔疾病、宫颈管疾病等疾病中的优劣势，这不仅提高了检查成功率，还拓宽了宫腔镜检查的适应证。”在门诊宫腔镜手术中，人文关怀对患者来说是最好的麻醉，术者应通过适当交流来缓解患者的紧张情绪。

马彩虹 宫腔镜技术助推生殖医学进展



马彩虹 教授

在辅助生殖过程中，反复种植失败对于临床是个不小的挑战，目前临床将<40岁，3次胚胎移植周期且累计移植至少4枚优质胚胎未能临床妊娠者归于此类。造成种植失败的原因有很多，包括母体因素和胚胎因素，宫腔镜对母体因素中的解剖、内膜因素发挥良好作用。

在2022年北医三院第二十四届生殖内分泌及辅助生育技术学习班上，北京大学第三医院生殖医学中心副主任马彩虹教授介绍，临床在对反复种植失败的患者进行宫腔镜检查后发现，宫腔异常的发生率达到26%~51%。其中2018年一项Meta分析，纳入4143例辅助生殖失败的患者的宫腔镜检查结果进行分析，结果发现，有861例显示阳性结果。其中常见病变主要包括子宫内膜息肉，宫腔粘连和子宫内膜炎。

慢性子宫内膜炎患者在临床上经常没有什么症状，或仅有轻微盆腔不适、子宫出血、白带

增加等表现，但其会影响胚胎着床，甚至可能导致流产发生。尽管目前临床用内膜活检组织病理学检查，但是由于具体检验方法存在不足，易导致漏诊。

“宫腔镜能直接观察宫腔内炎性环境，且能对可疑的部位进行活检。”马教授介绍。慢性子宫内膜炎在宫腔镜下的典型表现包括子宫内膜间质水肿，可见散在<1 mm的微小息肉，有时可见局部的点状或弥漫性的内膜充血。马教授提醒，目前宫腔镜是否能直接诊断慢性疾病方面还存在争议，尚需更多证据予以完善，但宫腔镜无疑是助力疾病诊疗的手段之一。

“另一个比较常见的疾病是子宫内膜息肉。”马教授介绍，“在不孕女性的宫腔镜检查中息肉的发生率高达32%~35%，在复发性流产患者中患病率为15%~50%。”其导致不孕的机制包括3个方面：（1）机械梗阻，宫颈管输卵管开口处的息肉会干扰精子移动和受精，宫腔占位影响胚胎着床；（2）化学刺激，其产生的细胞因子，会造成局部炎症；（3）息肉部位内膜异常，导致对孕激素的敏感性下降以及蜕膜化障碍等。“宫腔镜的检查与治疗对子宫内膜息肉非常有效，可明确诊断，同时用

剪刀或刨削系统去除子宫内膜息肉，其中单发息肉推荐剪刀，多发息肉推荐刨削系统。

宫腔粘连可能是导致不孕症或反复流产的原因之一，临床治疗主要是为了尽可能地恢复宫腔容积和形态，其包括完全、准确地分离粘连、防止分离后再粘连，促进被损子宫内膜的修复。“对于这类人群，宫腔镜下的操作会有所帮助，同时应尽量避免新损伤，可酌情选择电针、刨削或剪刀。”马教授介绍，在分离粘连后，要将纤维基底组织去掉，否则可能导致再次粘连，针对这种情况，可采用刨削系统将其分离。