

节育环异位至膀胱形成结石 3 例报告并文献复习

邹慈¹ 于德新¹ 谢栋栋¹ 王毅¹ 张涛¹
丁德茂¹ 陈磊¹ 闵捷¹ 张志强¹

【摘要】 目的:分析宫内节育环异位至膀胱并形成结石的机制,探讨其诊断、治疗及预防措施。**方法:**回顾性分析 3 例节育环异位至膀胱并形成结石患者的临床资料;诊断主要依据病史、B 超、骨盆平片、CT、MRI 及膀胱镜检查。**结果:**3 例均成功碎石取环。术后恢复良好,随访 3~6 个月未出现尿漏等并发症。**结论:**本病重在预防;内镜为其首选治疗方法。

【关键词】 节育环异位;膀胱异物;膀胱结石

【中图分类号】 R694.4 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1001-1420(2013)08-0624-03

节育环(IUD)因经济、安全、有效成为应用最广泛的可逆性节育方式之一,目前使用的女性患者达 1 亿^[1]。但 IUD 也有相应的并发症,如痛经、经量过多、盆腔感染、带环妊娠、子宫破裂、异位至邻近器官,异位至膀胱形成结石是其罕见并发症。我院收治 3 例 IUD 异位至膀胱形成结石患者,现结合相关文献报告如下。

1 病例报告

例 1 32 岁,因尿频、血尿、排尿困难 3 年,在地方医院以尿路感染诊治 3 年未愈。5 年前曾在当地医院放置 IUD。入院后盆腔检查可及一活动性包块突向阴道前壁,骨盆平片提示 T 形 IUD 合并膀胱结石形成。阴道超声证实 IUD 位于膀胱与子宫之间。膀胱镜检查明确 IUD 部分位于膀胱,合并 3 cm 结石形成。气压弹道碎石后异物钳取出 IUD。术后 5 天康复出院,无尿瘘。

例 2 42 岁,上环 15 年,间歇性肉眼血尿 1 年余伴明显尿痛 1 个月。B 超示 IUD 外移(部分嵌顿,部分移至膀胱内),宫颈囊肿。CT 示子宫 IUD 外移,部分位于子宫肌壁,部分位于膀胱内;膀胱结石形成,直径约 5 cm。全麻下行膀胱镜下钬激光碎石+膀胱切开异位 IUD 取出术。膀胱镜检查见膀胱后壁有一枚直径约 5 cm 结石悬吊于膀胱壁上,钬激光击碎结石后见结石底部金属 O 形 IUD 1 枚,约 1/3 部分位于膀胱,钬激光于环中间部位击断,异物钳试拔除 IUD 失败,考虑 IUD 嵌顿较紧,遂行宫腔镜检查辅助拔环。宫腔镜进境约 8 cm 未见 IUD。遂行膀胱切开取环术。切开膀胱后血管钳顺利拔除 IUD,拔除后未见出血及膀胱子宫漏。保留导尿 1 周后拔除尿管康复出院。

例 3 34 岁,上环 14 年,性生活后血尿伴尿频 3 年。检查尿常规示 BLD+++。B 超示膀胱后壁与子宫前壁见环状强回声(不随体位变动而移动),局部突向膀胱(图 1)。CT 示膀胱左后壁与子

宫之间圆形金属影,考虑为异位 IUD(图 2)。全麻下行腹腔镜探查,发现左前壁与膀胱后壁形成瘢痕挛缩,紧密粘连,未见 IUD。宫腔镜检查子宫前位未见 IUD。膀胱镜检查见 IUD,取环失败。切开膀胱,见膀胱左后壁 IUD 侵入伴环周结石形成,遂行膀胱部分切除术,完整取出 IUD,连续缝合膀胱切口。保留导尿 10 天,恢复良好。

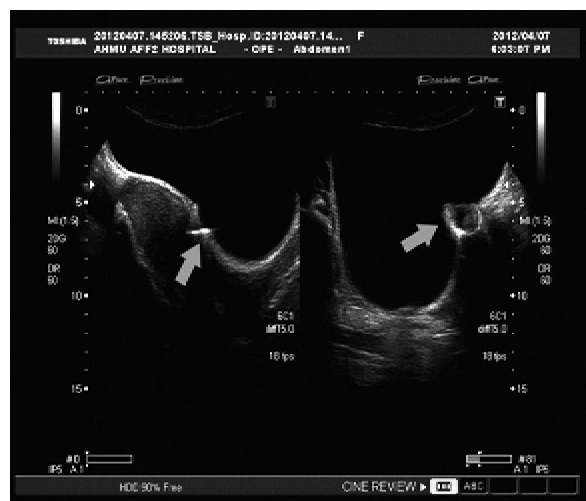


图 1 腹部 B 超所见(箭头所示为 IUD)



图 2 腹部 CT 平扫所见(箭头所示为 IUD)

¹安徽医科大学第二附属医院泌尿外科(合肥,230601)
通信作者:于德新,E-mail:yudx.uro@aliyun.com

2 讨论

2.1 IUD 异位至膀胱的机制

Harrison 等^[2]报道置入 IUD 后子宫穿孔发生率为 1.6/1 000,其中 85% 患者诊断时尚未造成严重并发症,但 15% 患者出现了内脏穿孔的严重并发症,如造成膀胱、小肠、阑尾,结肠或直肠的部分或完全穿孔。子宫穿孔率与医师临床经验密切相关,根据大规模研究表明,置环数小于 10 例的医师发生子宫穿孔率远远高于置环数超过 10 人的医师^[2]。置环时疼痛出血表明这是一种有创操作,因其导致子宫某种程度的损伤,从而使节育环先包埋于肌层,继而异位至子宫外。此外还可能与子宫大小、位置、子宫先天因素、置环时间等因素有关^[3],极度后倾或后曲的子宫发生穿孔的概率也高^[4]。产后早期(分娩后 12 周内)置环及置环期间妊娠已成为公认的发生穿孔的危险因素^[5]。产后雌激素水平下降所致的子宫复旧不全、子宫壁变薄增加了穿孔的风险^[6]。普遍认为放线菌是子宫穿孔的促发因素,在 IUD 留置时放线菌感染通常较为严重^[7]。子宫穿孔是逐步发生的,子宫内膜炎及节育环诱导相关酶的释放具有加速穿孔发生的作用。还有一些生理因素如自发的子宫收缩、不自主的膀胱收缩以及膀胱蠕动也是加速 IUD 异位的原因。Yassine 等^[8]认为大部分膀胱穿孔发生于置环当时,表现为疼痛、出血或牵引线脱落。膀胱异物作为成石的基质,可以在较短的时间内形成膀胱结石,异位至膀胱的 IUD 约有一半合并结石形成,结石大小 1~8 cm^[9,10],而感染可作为一种独立的成石因素。

2.2 IUD 异位至膀胱的诊断

膀胱内异位 IUD 常表现为慢性腰痛或骨盆疼痛,反复尿路感染或持续下尿路症状,如血尿、排尿困难、尿频或耻骨上疼痛。本文 3 例患者均表现为下尿路症状,与 IUD 异位造成局部慢性炎症及结石慢性刺激相关。所以,El-Hefnawy 等^[11]认为虽然尿路感染在女性中常见,但出现反复感染或治疗无效的任何尿路刺激症状时,应高度警惕泌尿系异物的存在,尤其是有腹盆腔手术史或有 IUD 置入史者。B 超是首选检查方法,经阴道超声能清晰了解 IUD 的位置;当发现 IUD 尾丝脱落或 IUD 不在宫腔内时,因所有 IUD 均为不透光性,骨盆平片为首选检查方法,能了解 IUD 是否在体内,也能了解是否向膀胱内异位及是否合并结石形成。CT 可用于寻找 IUD。3D 及 MRI 能清晰了解 IUD 的位置,可为手术方案的选择提供重要参考价值。膀胱镜能明确异位合并结石形成。本文 3 例通过 B 超、KUB、CT 及膀胱镜确诊。

2.3 IUD 异位至膀胱的治疗

任何异位的 IUD 均应取出。文献报道其治疗

方法不甚一致,但主要是依据 IUD 的位置及形状,尽可能做到创伤小、能完整取石取环、减少并发症的发生。文献报道的方法主要有膀胱镜、腹腔镜及开放手术。多数学者优先考虑行内窥镜治疗,既能成功取出 IUD 及结石,又无明显并发症^[12,13]。也有学者采用腹腔镜,适合于膀胱部分穿孔,尤其是 IUD 大部分位于腹腔内者,尽管有粘连存在,可通过腹腔镜轻柔的牵拉取出 IUD,创伤小,避免了开放手术的并发症。有部分学者主张行开放手术,认为适合于膀胱局部黏膜炎症明显者、术前不能明确 IUD 异位情况者、膀胱镜及腹腔镜取环失败者、合并膀胱阴道瘘者。本文 1 例通过膀胱镜成功取石取环,2 例因膀胱镜取环失败中转开放手术。作者认为,术前明确 IUD 异位情况对手术方式的选择极其重要,对 IUD 小部分位于膀胱者建议行开放手术。IUD 异位引起异物反应,纤维结缔组织包裹,去除难度大,留置时间长,环易断裂,所以,当内镜取环有难度时,不可强行操作,以免加重膀胱壁损伤至穿孔、IUD 断裂、膀胱子宫阴道瘘的形成。

2.4 IUD 异位的预防

IUD 子宫穿孔或异位主要发生于置入时及产后 6 个月内。置环的医务人员的临床经验与并发症发生率密切相关,故建议 IUD 由经验丰富的医师在患者分娩半年后置入。为避免并发症的发生,在置入前需通过体检及超声检查了解子宫位置及子宫厚度,是否有炎症疾病,置入后立即行超声检查并定期复查。随访不规律或缺失也是并发症的重要来源之一。定期规律随访极其重要。对于出现一些异常情况,如下尿路症状、腹痛、带环妊娠时,应及时检查治疗,避免严重并发症的发生。

【参考文献】

- 1 Oruc S, Vatansever H S, Karaer O, et al. Changes in distribution patterns of integrins in endometrium in copper T380 intrauterine device users[J]. *Acta Histochem*, 2005, 107(2):95-103.
- 2 Harrison-Woolrych M, Ashton J, Coulter D. Uterine perforation on intrauterine device insertion: is the incidence higher than previously reported[J]? *Contraception*, 2003, 67(1):53-56.
- 3 Tuncay Y A, Turcay E, Guzin K, et al. Transuterine migration as a complication of intrauterine contraceptive devices; six cases reports[J]. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2004, 9(3):194-200.
- 4 Barber M, Chalifour D S, Anderson M R. Uterine perforation and migration of an intrauterine contraceptive device in a 24-year-old patient seeking care for abdominal pain[J]. *J Chiropr Med*, 2011, 10(2):126-129.
- 5 Brar R, Doddi S, Ramasamy A, et al. A forgotten migrated intrauterine contraceptive device is not always

- innocent; a case report[J]. Case Rep Med, 2010, pii: 740642.
- 6 Hosxcan M B, Kosar A, Gumustas U, et al. Intravesical migration of intrauterine device resulting in pregnancy[J]. Int J Urol, 2006, 13(3):301-302.
- 7 Phupong V, Sueblinvong T, Prusksananonda K, et al. Uterine perforation with Lippes loop intrauterine device-associated actinomycosis: a case report and review of the literature[J]. Contraception, 2000, 61(5):347-350.
- 8 Nouria Y, Rakrouki S, Gargouri M, et al. Intravesical migration of an intrauterine contraceptive device complicated by bladder stone: a report of six cases[J]. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 2007, 18(5):575-578.
- 9 Atakan rH, Kaplan M, Ertrk E. Intravesical migration of intrauterine device resulting in stone formation[J]. Urology, 2002, 60(5):911.
- 10 Grimaldi L, De Giorgio F, Andreotta P, et al. Medico-legal aspects of an unusual uterine perforation with multiload-Cu 375R[J]. Am J Forensic Med Pathol, 2005, 26(4):365-366.
- 11 El-Hefnawy A S, El-Nahas A R, Osman Y, et al. Urinary complication of migrated intrauterine contraceptive device[J]. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 2008, 19(2):241-245.
- 12 Ko P C, Lin Y H, Lo T S. Intrauterine contraceptive device migration to the lower urinary tract: report of 2 cases[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2011, 18(5):668-670.
- 13 Nouria Y, Rakrouki S, Gargouri M, et al. Intravesical migration of an intrauterine contraceptive device complicated by bladder stone: a report of six cases[J]. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 2007, 18(5):575-578.
- 14 Chuang Y T, Yang W J, Lee R K, et al. Laparoscopic removal of a migrated intrauterine contraceptive device with bladder penetration[J]. Taiwan J Obstet Gynecol, 2010, 49(4):518-520.

(收稿日期:2012-09-23)

丁卡因胶浆单用与坦索罗辛不同剂量联用 治疗早泄的疗效比较

程斌¹ 谢作刚² 邵丰¹ 刘耀¹

【摘要】 目的:比较丁卡因胶浆单用与坦索罗辛不同剂量联用治疗早泄的疗效。方法:将 126 例确诊为早泄的患者随机分成三组,A 组使用丁卡因胶浆外用,B 组使用丁卡因胶浆同时每次性生活前 4~6 小时服用盐酸坦索罗辛 0.2 mg,C 组使用丁卡因胶浆同时每晚服用盐酸坦索罗辛 0.2 mg。观察三组患者治疗前及治疗 8 周及停药 4 周后的平均阴道内射精潜伏期(IELT)评分、性交满意度评分等。结果:三组患者 IELT 评分、性交满意度评分治疗前与治疗 8 周后比较,差异均有统计学意义($P<0.01$);而治疗 8 周后三组间两两比较,差异均有统计学意义($P<0.01$),停药 4 周后两评分明显下降,接近治疗前水平。结论:丁卡因胶浆与坦索罗辛联用可以提高早泄的疗效,且可按需使用。

【关键词】 早泄;丁卡因胶浆;坦索罗辛

【中图分类号】 R698 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1001-1420(2013)08-0626-03

早泄(Premature ejaculation, PE)是最常见的男性性功能障碍之一。未区分 PE 主诉和综合征的流行病学研究显示,PE 患病率为 20%~30%,而原发性 PE 患病率为 2%~5%^[1]。PE 的治疗方法较多,且各种治疗仍处于研究探讨阶段,其中药物治疗更易被患者接受^[2]。药物包括 5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)和三环抗抑郁药(TCA)、局部麻醉剂、肾上腺素能阻滞剂、5 型磷酸二酯酶(PED-5)抑制剂等。为探讨并评价表面麻醉剂丁

卡因胶浆和高选择肾上腺素能阻滞剂盐酸坦索罗辛不同剂量联用治疗 PE 的临床疗效,我们从 2010 年 10 月~2012 年 12 月采用随机分组对照的方法观察了丁卡因胶浆单用与坦索罗辛联用治疗 PE 的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 入选标准和一般资料

根据国际性医学会(ISSM)制定了《国际性性学会 2010 年版早泄诊治指南》^[3],我们的入选标准是:①绝大多数(90%)情况下阴道内射精潜伏期(intravaginal ejaculatory latency time, IELT)≤1 min 或阴茎在阴道内抽动少于 10 次即发生射精。

¹温州市中西医结合医院,温州市儿童医院泌尿外科(浙江温州,325000)

²温州市儿童医院男科

通信作者:程斌, E-mail: cb5522@163.com