

绝经后宫内节育器取出技术指南



扫一扫下载指南原文

中华医学会儿科学分会

通信作者:李坚,首都医科大学附属北京妇产医院计划生育科 100026, Email:

lijian02@hotmail.com

【摘要】 宫内节育器(又称宫内节育器具)是1种高效、长效、可逆、安全、简便的避孕方法,占我国育龄期妇女常用避孕方法的第1位。当妇女绝经后,不再具有生育能力,故不再需要继续避孕,应将宫内节育器取出。由于妇女自最后一次月经至生命终止为一段生理和病理变化的特殊时期,宫内节育器取出手术与绝经前相比,其手术难度和风险增加。为规范手术操作,减少并发症发生,降低手术风险,针对绝经后的特点以及围手术期技术管理,中华医学会儿科学分会制定了《绝经后宫内节育器取出技术指南》。

DOI:10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2019.10.001

宫内节育器(intrauterine device),又称宫内节育器具(intrauterine contraception),是我国育龄期妇女使用最多的避孕方法,特点是高效、长效、可逆、安全、简便、经济。女性自最后一次月经之后至生命终止的一段时期,是绝经后的特殊时期。妇女绝经后,不再具有生育能力,故不再需要避孕,因此,应在月经停止后6~12个月内将宫内节育器取出。与绝经前相比,由于生理和病理的变化,绝经后宫内节育器取出手术难度增大,风险明显增加。为规范绝经后宫内节育器取出手术操作,减少并发症发生,降低风险,在中华医学会儿科学分会《临床诊疗指南与技术操作规范:计划生育学分册》(2017修订版)^[1]基础上,针对绝经后的特点以及围手术期技术管理,制定本指南。

一、绝经后宫内节育器取出的高危因素

1. 生理因素:妇女绝经后,卵巢功能衰退,体内雌、孕激素水平下降,阴道、子宫颈、子宫体逐渐萎缩。(1)阴道萎缩甚至粘连或者子宫颈萎缩变小,会导致暴露子宫颈困难、甚至无法牵拉子宫颈。(2)子宫颈萎缩引起子宫颈组织变硬、弹性变差,容受性下降,子宫颈管逐渐狭窄甚至粘连,可能导致扩张子宫颈困难,探查宫腔难度加大,甚至无法进入宫腔。(3)子宫萎缩引起宫腔缩小,肌壁变薄,可能导致宫内节育器嵌顿或原有的嵌顿程度加重,甚至完全异位到子宫体外;取出手术中发生子宫穿孔的概率增加。(4)绝经后的生理变化可导致妇女合并内科、外科疾病的机会增多,对手术的耐受性降低。

受到诸多因素的干扰影响,易造成绝经后宫内节育器取出困难,操作时间延长;还可能导致受术者发生心脑血管综合征的概率增加。因此,绝经后宫内节育器取出手术属于计划生育高危手术范畴。对于宫内节育器取出困难的受术者,需在麻醉下,借助超声引导或妇科内镜直视下完成手术,有时甚至需要再次或多次手术。个别受术者因情况复杂而最终无法取出宫内节育器。

2. 宫内节育器因素:(1)宫内节育器老化。宫内节育器通常可在子宫内放置数年甚至更长时间。随着放置时间延长,宫内节育器所具有的活性材料金属铜(铜丝、铜套、铜块等)可能在体液的作用下逐渐出现部分或全部溶解、脱落,支架部分的金属、塑料可发生老化、钙化甚至断裂,金属与辅助材料之间、尾丝与宫内节育器之间可能发生断裂、脱节、尾丝脱落等。这些变化可能导致宫内节育器取出的难度增加。(2)宫内节育器嵌顿。放置于体内的宫内节育器可能因为各种原因嵌入子宫的肌层,造成宫内节育器取出困难。常见的原因主要有:①子宫形态存在个体差异,所放置的宫内节育器型号或形状不适宜。②瘢痕子宫。③宫腔粘连,宫内节育器局部大量纤维束覆盖、包裹,形成类似嵌顿的状态。④宫内节育器断裂、散开等。妇女绝经后发生嵌顿的可能性增加。

二、施术机构和人员的要求

绝经后宫内节育器取出手术需在二级及以上的医疗机构、或具备相应资质和条件的计划生育技

术服务机构进行。施术单位必须具有开展抢救及开腹手术的技术能力,包括具备输血的条件。

施术医师需取得妇产科或计划生育技术服务专业执业医师证书,且具有主治医师及以上技术职称、经过麻醉技术培训并考试合格,具备丰富的计划生育手术临床经验。

如需在麻醉下取出宫内节育器,麻醉医师需持有麻醉专业执业医师证书、担任麻醉住院医师 3 年以上,并能独立实施全身麻醉、具备独立处置围手术期麻醉管理和术中、术后突发的麻醉意外初步抢救的技能。

护理人员需取得护士执业证书、具备熟练的护理技能,并能够配合施术医师的手术操作。熟悉抢救药品的使用,并能配合麻醉医师进行抢救。

三、适应证

绝经后要求取出宫内节育器且无手术禁忌证者;闭经 6 个月以上者应建议其取出。

四、禁忌证

1. 全身状况不良无法耐受手术。
2. 各种疾病的急性阶段,需待治愈或病情稳定后再手术。
3. 生殖器官炎症,需要治疗后再行手术。
4. 长期服用某类药物,如抗凝药、溶栓药、激素等可增加手术风险,需评估后更换治疗用药或停药至安全状态,方可手术。

五、手术时机的选择

1. 无手术禁忌证者,择时手术。
2. 术前禁止性生活 2 周以上,1 周内无宫腔操作史。
3. 伴有的内科、外科疾病稳定,或有相应的控制处理方案。
4. 伴有生殖器官感染者,应在治愈后手术;严重感染者,可在积极控制感染的同时行取出手术。
5. 绝经后出血者,建议宫内节育器取出的同时行分段诊刮,刮出物送病理检查。术前、术后可预防性应用抗生素。
6. 阴道宫颈颈萎缩明显者,应先行子宫颈准备后再实施手术。

六、术前准备

(一)知情同意

术前需向受术者充分说明手术的难度、风险及转归,并签署手术知情同意书。

(二)询问病史

1. 月经和生育史:包括末次停经时间、孕产史

及妊娠终止方式,绝经后有无异常阴道流血等。

2. 宫内节育器放置情况:包括放置时间、放置时机(如产后、人工流产后、月经后等)、使用年限、类型、放置前后有无子宫颈和宫腔手术史等。

3. 既往史:包括妇产科疾病诊治史(尤其是涉及子宫或子宫颈的手术史),内科外科疾病史(如心脑血管疾病、肝肾疾病、糖尿病等代谢性疾病、哮喘、青光眼等),了解疾病的目前状况、治疗及转归等。

4. 过敏史。

(三)系统体格检查

1. 大体检查。测量血压、脉搏、呼吸,心肺听诊等。

2. 妇科检查。外阴阴道状态;明确子宫颈大小、质地,特别注意尾丝的存在状况;子宫位置、倾屈度、大小、形态、质地和活动度等。对生殖道状况进行评估,包括阴道、子宫颈、子宫体的萎缩程度、弹性等。

3. 专科检查。依据病史进行相应的查体。

(四)辅助检查

1. 实验室检查:(1)基本检查。血常规、尿常规,血型、血糖、HBsAg、梅毒及 HIV 抗体,阴道分泌物常规检查。

- (2)根据病史和查体,针对性检查。出凝血时间、肝肾功能、乙肝五项、丙肝病毒抗体等。伴有反复发作的阴道炎史,原则上需同时筛查支原体和衣原体。

2. 心电图检查。术前常规进行心电图检查。

3. 超声检查:了解子宫状态以及宫内节育器种类、形状、宫内位置和状态,判断是否存在宫内节育器嵌顿、异位、散开等情况。

4. 放射影像学检查:(1)盆腔 X 线平片。术前常规进行放射影像学检查,了解宫内节育器种类、形状及活性材料金属部分的完整性。

- (2)盆腔 CT 检查。如可疑宫内节育器异位、嵌顿或残留,应行 CT 检查进一步了解宫内节育器与宫腔、子宫肌壁及周边器官的位置关系。结合超声检查确定残留的形状、材质等。

- (3)住院手术者需胸部正侧位片,或提供近期的检查结果。

(五)综合评价手术风险和制定预案

根据病史、绝经时间、体格检查和辅助检查,充分评估宫内节育器手术的难度及风险,制定手术方案和应急预案,创造条件降低风险。必要时进行术前麻醉评估或请相关科室会诊,制定麻醉意外抢救

等相关的处理预案。绝经时间超过 1 年的受术者、需要全身麻醉的受术者,建议住院实施手术;伴有宫内节育器取出手术失败或断裂、嵌顿、残留等并发症者,应择期住院实施手术。在术前应充分向受术者及有关人员介绍手术的相关情况,包括合并症或并发症等高危因素,说明手术难度、存在的风险、手术方案、可能的转归及处理预案等。

如果绝经时间较长,且无明显临床症状,生殖道明显萎缩,经评估认定宫内节育器取出困难,手术风险极高,原则上可以不取出宫内节育器,但必须告知服务对象保持随访,并纳入手术风险告知中。

(六) 子宫颈准备

具有以下情况之一的受术者需行子宫颈准备,改善子宫颈条件,以利于手术操作。

1. 绝经 1 年以上伴有子宫颈弹性不佳。
 2. 生殖道明显萎缩。
 3. 子宫颈手术瘢痕。
 4. 估计手术困难:嵌顿、残留、既往宫内节育器取出失败者。
 5. 拟行宫腔镜下宫内节育器取出者。
- 常用的子宫颈准备方法参考如下。
1. 雌激素类药物。适用于无雌激素使用禁忌证、子宫颈细胞学检查正常者。(1)戊酸雌二醇:术前使用,每日 1 次,每次 1 mg,口服,连续使用 7 d。(2)尼尔雌醇:术前 7 d 使用,4 mg 顿服。
 2. 前列腺素类。适用于无前列腺素应用禁忌证者。方法:术前 30 min 阴道后穹隆放置卡前列甲酯 1 mg 或术前 3 h 米索前列醇 0.4 mg 阴道置药。
 3. 机械扩张。术前 1 d,将子宫颈扩张棒或球囊尿管放置于子宫颈管内,机械性扩张子宫颈。

七、宫内节育器取出手术操作步骤

1. 手术必须在手术室进行。施术者应穿手术衣裤,戴帽子、口罩,常规刷手后戴无菌手套。
2. 受术者取膀胱截石位,常规消毒外阴及阴道。
3. 常规铺消毒巾、套腿套,铺垫治疗巾、孔巾。
4. 进行妇科检查,核查子宫大小、位置、倾屈度及附件情况后,换无菌手套。
5. 用窥器暴露阴道和子宫颈,拭净阴道内的分泌物,消毒子宫颈及阴道穹隆部。
6. 以子宫颈钳钳夹子宫颈前唇或后唇。拭净分泌物后,消毒子宫颈管。
7. 在超声引导下,用探针沿子宫腔走向探测宫

腔深度。有剖宫产史、子宫颈管异常或手术史者,应探查子宫颈管长度。

8. 根据子宫颈口的松紧状态酌情扩张子宫颈。

9. 无尾丝宫内节育器的取出:

(1)探针探查宫腔深度,并探查宫内节育器在宫腔内的位置。

(2)根据子宫颈口状况、手术方式和宫内节育器的种类,扩张子宫颈。

(3)使用取器钩或取器钳钩住宫内节育器的下缘(或钳住宫内节育器的任何部位)轻轻拉出,如遇困难,须进一步扩张子宫颈,切勿强拉,以免损伤宫壁。

(4)将操作过程中携带出的子宫内膜酌情送病理检查。

(5)闭合式宫内节育器(环形、宫形等)部分嵌顿于子宫肌壁内,可缓慢牵拉金属环丝,见环结后再将其剪断牵拉出,以免部分残留及损伤肌壁。

(6)如宫内节育器嵌顿、断裂、残留,可在超声引导下使用取器钳取出,也可在宫腔镜下取出。

(7)宫内节育器异位于子宫腔外者,应在腹腔镜下或开腹手术取出。

10. 有尾丝宫内节育器的取出:

(1)可酌情扩张子宫颈。

(2)在近子宫颈外口处钳住尾丝,轻轻向外牵拉取出宫内节育器。

(3)如尾丝断裂,按无尾丝宫内节育器取出的方法取出。

(4)T 形节育器横臂或纵臂嵌顿在子宫颈管造成取出困难时,可酌情扩张子宫颈,用取器钳钳夹住 T 形节育器纵臂先略上推,然后旋转同时牵拉取出。

取出的宫内节育器均应与下腹 X 线平片比对。取出呈拉丝状或断裂的宫内节育器时,应核对宫内节育器是否完整,无法明确的病例,可在术后复查时行超声检查或放射影像学检查。取出的宫内节育器应示以受术者并告知。

八、麻醉镇痛

根据受术者基本状况和手术难易程度的评估等具体情况,选择手术的镇痛或麻醉方式,或根据麻醉医师的建议拟定相关的麻醉和镇痛方案及抢救预案。

门诊采用麻醉镇痛下行取出手术时,具体可参照《计划生育技术服务项目评审基本标准(二)》(国人口发[2007]18 号)“应用麻醉镇痛技术实施负压

吸宫术技术规范”^[2]的相关部分执行。

九、手术注意事项

(一)术前

再次核实主要病史,包括合并症或并发症处理情况、手术有关的辅助检查结果和拟定的手术内容。核查明确子宫的位置、倾屈度、大小、形态、尾丝等情况。

(二)术中

由于绝经后子宫肌层弹性下降,肌壁变薄,特别是术前应用雌激素行子宫颈预处理时,子宫体变软,发生子宫损伤的风险增大。因此,建议在超声监视下进行手术,操作手法要轻柔、耐心,避免暴力。

1. 使用探针试探宫腔和探触宫内节育器位置时需轻巧。遇到子宫颈口扩张困难或粘连,应在超声引导下,使用子宫颈扩张器自最小号开始扩张子宫颈口。

2. 使用取器钩勾取宫内节育器时,应注意探触宫内节育器感,避免盲目勾取,以免造成子宫肌壁损伤;如果探针尚未探及宫内节育器,禁止使用取器钩试取。当取器钩进入子宫颈口困难时,应避免强行使用取器钩试取,以防止取器钩退出宫腔时受阻,或在强行退出子宫颈口时造成子宫肌壁损伤。

3. 术毕前必须仔细核查宫内节育器的完整性,包括金属铜的部分、尾丝和塑料支架等,并将取出的宫内节育器示于受术者。遇有取出困难,出现宫内节育器变形(拉丝等)、断裂、嵌顿、对合不完整(包括金属铜部分)等,必须进行影像学检查,以除外残留的可能。如有少量残留,应告知受术者,知情选择进一步的处理方案,进行必要的随访。

4. 如取出困难,应及时停止手术,避免多人多次反复操作。应与受术者充分沟通,并及时转至上级医院,做好记录。评估后再择期实施手术。

(三)术后

1. 填写宫内节育器取出手术记录表。

2. 术后观察:(1)转送到恢复室、观察室或病房,继续观察生命指征等一般情况、阴道流血、腹痛等。(2)在门诊实施麻醉镇痛下取出手术后,继续观察 2 h。在确定受术者完全清醒、无不适主诉、一般情况良好、生命指征平稳、可自行行走,由手术医师和麻醉医师共同确定是否可离院。出室前测量脉搏、血压,受术者必须由陪伴者陪同离院。告知注意事项:术后 24 h 不能骑车、驾驶机动车或从事高空作业;术后如有异常,应及时返诊手术医院。

3. 术后告知:(1)术后 2 周内禁止性生活和盆

浴,以防感染。(2)术后按医嘱服药。提供咨询电话。(3)术后适当休息。(4)不适应随诊,如阴道流血多、腹痛、发热等。(5)术后 1 个月复查,包括超声检查等。

十、宫腔镜宫内节育器取出手术

由于宫腔镜手术操作不但需要子宫颈的容受性更大,也同样存在相关的手术风险,且要求熟练掌握相关器械的操作、并具备一定的技术水平和处理经验,应根据受术者的病理生理特点结合术前各项检查和手术风险的评估,严格把握宫腔镜宫内节育器取出手术的适应证。

(一)基本标准和要求

1. 医疗机构、科室设置:经卫生行政部门许可获准开展避孕节育手术、终止妊娠和宫、腹腔镜应用等计划生育技术服务项目,并设有妇科或计划生育病房的二级及以上医院。

2. 手术人员:(1)至少设置两名具有以下条件的手术医师:①已取得临床妇产科医师执业证书或以计划生育技术服务专业作为执业范围进行注册的;②主治医师(3 年及以上)及以上技术职称的医师;③具有从事计划生育技术服务相关项目技术资质许可,如节育避孕手术、人工终止妊娠以及宫、腹腔镜应用于计划生育技术服务等;④具有较熟练常规宫腔操作技能和具有妇科宫腔镜诊疗技术临床应用能力及宫腔镜操作经验。

(2)手术辅助人员:①具有护理资格和执业证书;②熟悉基础护理和手术室护理工作,技能熟练;③熟悉妇科腔镜常用设备、器械安装和基本使用,并能熟练配合手术医师完成手术;④熟悉抢救药品和器械的使用,能熟练配合麻醉医师实施抢救;

(3)麻醉人员:凡承担在麻醉镇痛下实施宫腔镜宫内节育器取出手术的麻醉人员除具有麻醉资质和技能外,必须同时符合《计划生育技术服务项目评审基本标准(二)》(国人口发[2007]18 号)“应用麻醉镇痛技术实施负压吸宫术技术规范”^[2]的相关标准。

3. 手术室设置、设备和急救药品:符合门诊手术室设置、院内感染、实施麻醉镇痛和急救的要求。

(二)质量管理要求

1. 必须使用经国家食品药品监督管理部门批准的宫、腹腔镜专业设备、耗材。

2. 严格执行“内镜清洗消毒技术操作规范”^[3]。

十一、常见并发症及处理

1. 心脑血管综合征:由于受术者精神紧张或合并心

肺疾病,子宫颈口过紧,手术困难、牵拉及扩张子宫颈所产生的局部刺激,或反复多次进出宫腔,以及手术操作粗暴等因素刺激迷走神经而引起。多发生在术时或术后数小时内。表现为面色苍白、头晕、气短,甚至呕吐、大汗淋漓;出现血压下降、心动过缓、心律失常;严重者可发生昏厥、抽搐等。其处理同人工流产心脑血管综合征。一旦发生立即停止手术,同时采取以下处理:(1)取平卧位。(2)吸氧。(3)心电监护,严密观察血压、脉搏等的变化。(4)皮下或静脉注射阿托品 0.5~1.0 mg。(5)必要时静脉推注 50% 葡萄糖 60~100 ml,也可开放静脉通路给予补液。(6)重症或经上述处理无效时应请内科会诊。

预防措施:(1)加强术前宣教,缓解受术者对手术的恐惧心理。评估子宫颈条件,进行必要的子宫颈准备。(2)必要时术前预防性阿托品口服或 0.5 mg 肌肉注射。(3)术中给予子宫颈局部麻醉或子宫颈旁阻滞麻醉。

2. 出血:多由于宫内节育器取出时损伤子宫肌壁所致。出现活动性出血,或出血超过 100 ml 时,应暂停手术,给予止血药物和缩宫药物。应及时甄别出血原因,给予相应的处理。

3. 子宫损伤:探针、子宫颈扩张器、取器钩、取器钳等手术器械可能造成完全或不完整的子宫肌壁损伤(如子宫颈裂伤、子宫穿孔、肌壁夹层等)。如并发出血、盆腹腔器官损伤和继发感染,处理不当可危及生命。因此,术中可疑或确诊穿孔等子宫损伤,应立刻停止宫腔操作,避免增加损伤或增大损伤程度。立即开放静脉通道,应用宫缩剂(可疑伴有子宫穿孔部位邻近器官组织嵌顿时慎用)及止血剂,留院观察。密切观察生命体征变化、阴道流血情况和腹部体征变化(压痛、腹膜刺激征、移动性浊音、肠鸣音)等,进行影像学检查,观察腹腔内出血情况,及时甄别复杂性损伤(如肠管等邻近器官损伤),进行有效处理,必要时行腹腔镜或开腹探查手术等。

4. 取出失败或宫内节育器残留:手术困难,宫内节育器取出手术失败或发现取出的宫内节育器残缺,应在术后给予抗生素预防感染,重新进行风险评估,拟定再次手术方案,择期手术。

5. 感染:宫内节育器取出手术后 1 周内,下腹部持续性疼痛伴发热,阴道分泌物异常。妇科检查可见:阴道脓性分泌物伴异味,子宫颈举痛,子宫压痛,附件区增厚、压痛,可伴有盆腔包块等。辅助检查包括血常规、超声检查,必要时进行子宫颈分泌物培养等。抗感染治疗。

6. 术中、术后腹痛:术中发生腹痛时,需要注意除外器官损伤;尤其是结束手术操作后,动态观察腹痛的状况和程度的变化。术后疼痛,应注意了解腹痛的发生时间、持续时间、伴随症状、疼痛部位、疼痛性质、疼痛能否自然缓解等。应给予重视,及时明确诊断,及时给予相应的处理。

《绝经后宫内节育器取出技术指南》编写组专家成员:李坚(首都医科大学附属北京妇产医院)、韩丽晖(首都医科大学附属北京妇产医院)、刘欣燕(北京协和医院)、张巧(北京医院)、吴尚纯(国家卫生健康委员会科研所)、刘庆(国家卫生健康委员会科研所)、龚双燕(中国人口与发展研究中心)、于晓兰(北京大学第一医院)、武淑英(北京大学第三医院)、林青(首都医科大学附属北京友谊医院)、经小平(首都医科大学附属北京朝阳医院)、王津平(武警北京总队医院)、顾向应(天津医科大学总医院)、魏占荣(天津市东丽区生殖健康服务中心)、程利南(上海市计划生育科学研究所)、刘晓媛(上海交通大学医学院附属国际和平妇幼保健院)、孙晓明(南京邮电大学人口与健康研究中心)、黄丽丽(浙江大学医学院附属妇产科医院)、周燕飞(长沙市妇幼保健院)、叶汉凤(云南省人口和计划生育科学技术研究所)

执笔专家:李坚(首都医科大学附属北京妇产医院)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

志谢 感谢国家卫生健康委员会妇幼健康司和各省(区、市)卫生健康委妇幼处的帮助

参 考 文 献

- [1] 中华医学会计划生育学分会. 临床诊疗指南与技术操作规范:计划生育分册(2017 修订版)[M]. 北京:人民卫生出版社, 2017.
- [2] 国家人口计生委. 计划生育技术服务项目评审基本标准(二)[EB/OL].[2019-06-11]. <http://www.nhc.gov.cn/fys/s3577/201502/c6d8fd061b1b4e25a2f0a34a9bc38441.shtml>.
- [3] 国家卫生和计划生育委员会. 软式内镜清洗消毒技术规范. 中华人民共和国卫生行业标准 WS 507—2016[EB/OL].[2019-06-11]. <http://www.nhc.gov.cn/ewebeditor/uploadfile/2017/01/20170105090816920.pdf>.

(收稿日期:2019-06-11)

(本文编辑:沈平虎)