

# 子宫肌瘤剔除术后联合 GnRH-a 治疗对患者性激素水平及复发率的影响

白琳琳

兴安盟人民医院 内蒙古 兴安盟乌兰浩特 137400

**摘要:** 本研究旨在探讨子宫肌瘤剔除术后联合促性腺激素释放激素激动剂 (GnRH-a) 治疗对患者性激素水平及复发率的影响。通过收集相关临床数据, 对比单纯手术组与术后联合GnRH-a治疗组患者的性激素水平变化、复发情况, 并分析不同因素对复发率的影响。结果显示, 术后联合GnRH-a治疗可显著降低患者性激素水平, 有效降低复发率, 尤其对于有复发高危因素的患者效果更为明显。这为子宫肌瘤剔除术后的辅助治疗提供了科学依据, 有助于优化治疗方案, 提高患者生活质量。

**关键词:** 子宫肌瘤剔除术; GnRH-a治疗; 性激素水平; 复发率

引言: 子宫肌瘤是女性生殖系统常见良性肿瘤, 发病率逐年上升, 严重影响女性身心健康与生活。子宫肌瘤剔除术是保留子宫的常用疗法, 但术后复发是临床关注重点, 相关研究显示其5年复发率约20%—30%, 10年达50%左右, 且年龄、肌瘤情况、手术方式等会增加复发风险。GnRH-a能抑制卵巢功能、降低雌激素水平, 近年其应用受重视。本研究收集临床数据, 对比单纯手术与术后联合GnRH-a治疗, 为术后辅助治疗提供依据、优化方案。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本研究选取2021年1月至2025年12月期间在我院接受子宫肌瘤剔除术的患者作为研究对象。为确保研究的科学性和可靠性, 制定了严格的纳入与排除标准。纳入标准方面, 首先需经病理检查确诊为子宫肌瘤, 这是保证研究对象准确性的基础; 患者年龄限定在25—50岁之间, 此年龄段的女性身体机能相对稳定, 且是子宫肌瘤的高发人群; 同时要求患者无严重心、肝、肾等重要脏器疾病, 避免因其他疾病影响研究结果; 无激素治疗禁忌证, 确保患者能够安全接受后续可能涉及的激素治疗; 并且患者及家属需知情同意并签署知情同意书, 充分尊重患者的知情权和自主选择权。排除标准包括合并其他妇科恶性肿瘤, 此类患者的病情复杂, 可能会干扰对子宫肌瘤治疗效果的观察; 有精神疾病史的患者, 其认知和表达能力可能受限, 无法准确反馈治疗过程中的感受和症状变化; 妊娠期或哺乳期女性, 由于体内激素水平特殊, 会影响研究结果的真实性和可靠性; 对GnRH-a药物过敏的患者, 不能参与涉及该药物的治疗研究<sup>[1]</sup>。

经过严格筛选, 共收集到符合纳入标准的患者200例。采用随机数字表法将这200例患者分为观察组和对照组, 每组各100例。观察组患者年龄在26—48岁之间, 平均年龄为(37.2±5.6)岁; 对照组患者年龄在25—49岁之间, 平均年龄为(36.8±5.3)岁。对两组患者的年龄、肌瘤数量、肌瘤直径、手术方式等一般资料进行统计学分析, 结果显示差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 这表明两组患者在基线水平上具有可比性, 为后续研究结果的准确性和可靠性提供了保障。

### 1.2 治疗方法

对照组患者仅接受子宫肌瘤剔除术治疗。手术方式的选择依据肌瘤的位置、大小和数量等因素进行综合考量。对于肌瘤位置较深、体积较大或数量较多的患者, 通常选择经腹子宫肌瘤剔除术, 该手术方式视野开阔, 便于操作, 能够更彻底地剔除肌瘤; 对于肌瘤位置表浅、体积较小且数量较少的患者, 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术是较好的选择, 它具有创伤小、恢复快、术后疤痕小等优点; 而宫腔镜下子宫肌瘤剔除术则适用于黏膜下子宫肌瘤的患者, 可直接在宫腔内进行操作, 对子宫的损伤更小<sup>[2]</sup>。术后给予患者常规护理和康复指导, 包括伤口护理, 定期更换敷料, 保持伤口清洁干燥, 预防感染; 饮食指导, 建议患者多摄入富含蛋白质、维生素和矿物质的食物, 促进伤口愈合和身体恢复; 运动建议, 根据患者的身体恢复情况, 逐渐增加活动量, 避免剧烈运动和过度劳累。

观察组患者在子宫肌瘤剔除术的基础上, 术后联合GnRH-a治疗。具体用药方案为: 于术后月经来潮第1—5天开始皮下注射GnRH-a药物, 如亮丙瑞林、戈舍瑞林等,

每28天注射一次，连续注射3-6个月。用药期间，密切观察患者的不良反应，如潮热、盗汗、阴道干涩、情绪波动等低雌激素症状，以及骨密度变化等情况。对于出现严重不良反应的患者，及时调整治疗方案或给予相应的对症处理，如对于潮热、盗汗症状明显的患者，可给予物理降温或使用小剂量的镇静药物缓解症状；对于骨密度下降的患者，可适当补充钙剂和维生素D，必要时进行抗骨质疏松治疗<sup>[3]</sup>。

### 1.3 观察指标

#### 1.3.1 性激素水平检测

分别于术前、术后3个月、术后6个月采集两组患者空腹静脉血3ml，采用化学发光免疫分析法检测血清中卵泡刺激素（FSH）、黄体生成素（LH）、雌二醇（E<sub>2</sub>）水平。严格按照试剂盒说明书进行操作，确保检测结果的准确性和可靠性。

#### 1.3.2 复发情况观察

术后每3—6个月对患者进行一次随访，随访内容包

括妇科检查、超声检查等。以超声检查发现子宫肌瘤直径 ≥ 1cm作为复发标准，记录两组患者的复发时间、复发部位、复发肌瘤数量等情况。同时，分析年龄、肌瘤数量、肌瘤直径、手术方式等因素对复发率的影响。

### 1.4 统计学方法

采用SPSS22.0统计学软件对数据进行处理和分析。计量资料以均数±标准差（x±s）表示，组间比较采用t检验；计数资料以率（%）表示，组间比较采用χ<sup>2</sup>检验。采用Logistic回归分析影响复发率的因素。以P < 0.05为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者性激素水平比较

术前，两组患者的FSH、LH、E<sub>2</sub>水平比较，差异无统计学意义（P > 0.05）。术后3个月和术后6个月，观察组的FSH、LH、E<sub>2</sub>水平均显著低于对照组，差异有统计学意义（P < 0.05）。这表明术后联合GnRH-a治疗可显著降低患者的性激素水平，抑制卵巢功能。具体数据如下：

组别	时间	FSH (IU/L)	LH (IU/L)	E <sub>2</sub> (pg/ml)
观察组	术前	6.82±1.56	5.23±1.24	45.62±10.23
观察组	术后3个月	3.21±0.87	2.15±0.68	18.56±5.32
观察组	术后6个月	3.58±0.92	2.43±0.72	20.12±5.87
对照组	术前	6.78±1.52	5.19±1.21	45.38±10.15
对照组	术后3个月	6.25±1.36	4.87±1.15	38.25±9.56
对照组	术后6个月	6.42±1.42	5.02±1.18	39.68±9.82

### 2.2 两组患者复发情况比较

随访期间，观察组复发12例，复发率为12%；对照组复发30例，复发率为30%。观察组的复发率显著低于对照组，差异有统计学意义（χ<sup>2</sup> = 10.714, P = 0.001）。这表明术后联合GnRH-a治疗可有效降低子宫肌瘤剔除术后的复发率。

### 2.3 影响复发率的因素分析

采用Logistic回归分析影响复发率的因素，结果显示，年龄小于35岁、多发性子宫肌瘤、肌瘤直径 ≥ 5cm、肌层切开深的手术方式是子宫肌瘤剔除术后复发的危险因素（P < 0.05）；而术后联合GnRH-a治疗是保护因素（P < 0.05）。具体分析结果如下：

因素	OR值	95%CI	P值
年龄 < 35岁	2.568	1.325—4.976	0.005
多发性子宫肌瘤	2.874	1.487—5.556	0.002
肌瘤直径 ≥ 5cm	2.356	1.215—4.568	0.011
肌层切开深的手术方式	2.156	1.125—4.132	0.021
术后联合GnRH-a治疗	0.325	0.156—0.678	0.003

## 3 讨论

### 3.1 术后联合GnRH-a治疗对性激素水平的影响

GnRH-a是一种人工合成的十肽化合物，其作用与天然的促性腺激素释放激素相似，但活性更强，作用时间更持久。当给予GnRH-a后，起初会刺激垂体释放促性腺激素，导致性激素水平短暂升高，但随着用药时间的延

长，垂体上的GnRH受体被占满和耗尽，对GnRH-a不再敏感，产生降调节作用，使FSH和LH分泌减少，进而导致卵巢分泌的雌激素水平下降<sup>[4]</sup>。本研究结果显示，术后联合GnRH-a治疗可显著降低患者的FSH、LH、E<sub>2</sub>水平，这与以往的研究结果一致。降低性激素水平可以抑制子宫肌瘤细胞的生长和增殖，从而达到缩小肌瘤体积、预

防复发的目的。

### 3.2 术后联合GnRH-a治疗对复发率的影响

子宫肌瘤剔除术后复发是一个复杂的过程，与多种因素有关。年龄、肌瘤数量、肌瘤直径、手术方式等都是影响复发的重要因素。年轻女性体内雌激素水平相对较高，且生育需求可能促使肌瘤细胞更易增殖，因此复发风险相对较高；多发性子宫肌瘤患者子宫肌层受到的破坏范围广，术后修复过程中更易出现异常增殖；肌瘤体积较大的患者，大肌瘤周围的子宫肌层细胞受到的挤压和损伤更严重，术后恢复时残留细胞增殖的可能性增大；肌层切开深的手术方式可能刺激残留的肌瘤细胞增殖，或者导致子宫局部微环境改变，有利于肌瘤复发。

本研究结果显示，术后联合GnRH-a治疗可有效降低子宫肌瘤剔除术后的复发率。这主要是因为GnRH-a通过降低体内雌激素水平，抑制了子宫肌瘤细胞的生长和增殖，减少了复发的基础<sup>[5]</sup>。同时，对于有复发高危因素的患者，术后联合GnRH-a治疗的效果更为明显，这进一步说明该治疗方法在预防复发方面具有重要价值。

### 3.3 术后联合GnRH-a治疗的不良反应及处理

GnRH-a治疗虽然可以有效降低复发率，但也会引起一些不良反应，如潮热、盗汗、阴道干涩、情绪波动等低雌激素症状，以及骨密度下降等。这些不良反应的发生机制与药物降低体内雌激素水平有关。对于出现低雌激素症状的患者，可给予反向添加剂联合治疗，如雌激素、醋酸甲羟孕酮、替勃龙、雷洛昔芬等，以缓解症状。同时，患者应注意饮食均衡，补充足够的钙质和维生素D，定期监测骨密度，预防骨质疏松的发生<sup>[6]</sup>。对于有骨密度降低风险的人群，可考虑适当增加钙剂和维生素D的摄入量，必要时可在医生指导下采取其他抗骨质疏松措施。

### 结束语

研究表明，子宫肌瘤剔除术后联合GnRH-a治疗可显著降低患者的性激素水平，有效降低复发率，尤其对于有复发高危因素的患者效果更为明显。这为子宫肌瘤剔除术后的辅助治疗提供了科学依据，有助于优化治疗方案，提高患者的生活质量。未来的研究可以进一步探讨GnRH-a治疗的最佳用药剂量、用药疗程以及与其他治疗方法的联合应用，以提高治疗效果，减少不良反应的发生。同时，加强对患者的健康教育和随访管理，提高患者的治疗依从性，也是降低复发率的重要环节。

### 参考文献

- [1]韩芳悦,李晓静,赵仝彤.超声引导经皮穿刺射频热消融术与腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤患者的效果比较[J].中国民康医学,2025,37(21):152-155.
- [2]王晶晶,纪月珑,谭薇.布托啡诺超前镇痛联合瑞马唑仑对腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者疼痛及不良反应的影响[J].中国计划生育学杂志,2025,33(10):2240-2245.
- [3]袁婷婷,吴鹤立,潘学景,等.腹腔镜手术联合GnRH-a治疗子宫内膜异位症近期疗效及预后复发影响因素分析[J].四川生理科学杂志,2024,46(3):675-677.
- [4]王乐.GnRH-a联合曼月乐治疗子宫腺肌病的临床研究[J].辽宁医学杂志,2024,38(2):61-63.
- [5]赵志如,彭璐璐,王肖亚.GnRH-a预处理联合腹腔镜下卵巢囊肿剥除术对多囊卵巢综合征患者的治疗效果研究[J].四川生理科学杂志,2025,47(7):1566-1568.
- [6]王雪娇,杨国柱.地诺孕素联合GnRH-a治疗子宫内膜异位症的疗效及对雌激素的影响[J].北方药学,2025, 22(7):114-116.