

# 淺談子宮內膜異位症

高雄醫學大學附設中和紀念醫院 婦產部 詹德富醫師

## 定義

子宮內膜異位症是指在正常子宮內膜位置之外的地方，有子宮內膜腺體和基質存在或增長者稱之。這些異位的子宮內膜植入最常發生於骨盆腔腹膜上，但在身體的其他地方也可能發現，這種疾病會導致慢性炎症，纖維化，粘連和卵巢囊腫的形成，往往會造成骨盆腔疼痛並且增加不孕症的風險。子宮內膜異位症在育齡婦女的發生率約為10-15%。有痛經與不易懷孕的婦女發生率則分別為40-60%和20-30%。

## 病因

子宮內膜異位症是一個相當複雜的疾病，因為其不同的臨床表現所以對於病因起源也有各種不同見解。逆行性月經為主要病因，其他病理因素包括調控腹腔的子宮內膜細胞植入和生長功能的相關因子，例如免疫失調，細胞清除能力與血管增生能力異常等理論均被提及。

## 診斷

癌抗原125 (CA - 125) 在子宮內

膜異位症患者血清中會升高，並與疾病嚴重度相關。可惜的是，使用CA - 125的測試做為子宮內膜異位症的臨床診斷工具時，由於缺乏敏感性和特異性，使得其在使用上受到限制，也易造成恐慌。

經陰道超音波是有用的工具，可用於診斷卵巢子宮內膜異位瘤，但它對於腹膜子宮內膜異位症的診斷價值有限。文獻報告指出經陰道或經直腸超音波在檢測深部浸潤之子宮內膜異位症有近九成的敏感度，其臨床意義主要在提供深部浸潤之子宮內膜異位症手術治療前，協助評估廣泛剝離和潛在的腸切除的可能性。(1)

核磁共振掃描 (MRI) 診斷效益不高，但是在深部浸潤的子宮內膜異位症之診斷可能有幫忙。

臨床上懷疑子宮內膜異位症時，進行診斷性腹腔鏡並施行病兆切片檢查，仍是診斷子宮內膜異位症的最標準作法。只有78-84%懷疑子宮內膜異位症的婦女在腹腔鏡手術後證實診斷正確。

## 治療目標

目前子宮內膜異位症的治療是症狀導向，主要針對慢性盆腔疼痛和不孕症來治療以及減緩疾病的進展及預防復發。可以選擇內科，外科，或合併內外科方法治療，而治療子宮內膜異位症相關不孕症問題則可以使用輔助生殖技術（ART）來協助。

### 關於治療疼痛的非手術治療

非類固醇抗炎藥（NSAID），電刺激治療(TENS)，針灸，維生素 B1，鎂與中藥等，均有報告可以幫助緩解疼痛，但目前對這些治療方法在子宮內膜異位症引起的疼痛治療是否有效的證據仍相當有限。

賀爾蒙藥物治療的選項包括口服避孕藥，黃體素(medroxyprogesterone acetate)，雄性素藥物(danazol, gestrinone)和腦下垂體性腺釋放促激素作用劑(GnRH agonists)等，在適當的劑量下可以抑制卵巢的活動和造成月經停止。同樣使用6個月下，這些藥物都能有效地緩解子宮內膜異位症引起的疼痛，但其副作用不同。

口服避孕藥可週期性或不間斷使用，在沒有口服避孕藥使用禁忌的患者，口服避孕藥是第一線的治療選擇，約有20到25%的失敗率。

黃體素的使用除口服者外，有長效型注射劑可維持3個月，較適合於長期需要者使用，副作用較輕。

雄激素藥物的使用，如danazol則因其雄性素之副作用而有所限制，gestrinone為較長效藥物，副作用少於

danazol接受度較佳。

腦下垂體性腺釋放促激素作用劑能有效地消耗與抑制腦下垂體合成內源性性腺促激素，產生低雌激素狀態，使得子宮內膜萎縮與停止月經，緩解疼痛相當有效。但因為低雌激素狀態的影響，可能會導致骨質流失，在6個月使用期間會流失13%，還好這部分是可逆的，停藥後會改善。也因此腦下垂體性腺釋放促激素作用劑不建議使用超過6個月。部分個案或有其需要使用超過6個月時，則建議少量回補雌激素與黃體素的賀爾蒙補充，對疼痛治療仍有效也可減少骨質流失。因為會影響骨骼發育不建議使用於青春少女。(2)

子宮內投藥系統蜜蕊娜(Mirena)則可有效減少子宮內膜異位症引起的疼痛。

芳香酶抑制劑（劑量低於使用的乳腺癌治療）能有效地減少骨盆腔疼痛，與其他賀爾蒙治療效果類似。然而，目前並未被美國食品藥物管理局核准使用於子宮內膜異位症引起的疼痛治療上。

Infliximab為一種抗腫瘤壞死因子- $\alpha$ 單株抗體，也被用來治療深部浸潤的子宮內膜異位症相關的疼痛，並沒有發現有較好的效果。(3)

### 關於治療疼痛的手術治療

腹腔鏡手術對於治療子宮內膜異位症引起的疼痛上，在不同的嚴重度下，術後均能獲得改善，但是以何

者方法消除病變（切除或只是清除）最好，尙是未知數。文獻報告指出以腹腔鏡切除囊壁與只清除腫瘤方式比較，腹腔鏡切除囊壁在痛經，性交疼痛和非經期骨盆腔疼痛有較好的效果，也較少囊腫的復發與需要進一步的手術治療的需求。使用縫合卵巢來止血比使用雙擊電燒止血可以減少沾黏的發生。

腹腔鏡下宮骶神經阻斷術輔助治療子宮內膜異位症相關的疼痛並沒有幫忙，但是骶前神經切斷術，則發現在一些患者身上是有用的。

術後藥物治療可改善疼痛程度，也可延長復發時間，但較長時間的追蹤發現停藥後效益並不一致。

卵巢功能的保留近期也被討論，三個步驟的手術方式(先進行子宮內膜異位引流，隨後使用腦下垂體性腺釋放促激素作用劑治療3個月，再以腹腔鏡雷射凝固囊壁)與直接進行腹腔鏡切除囊壁方式比較，三個步驟的外科手術較能保留卵巢功能。(4)

### 關於不孕症的治療

一個大型的隨機試驗的分析評估常用之賀爾蒙治療的製劑包括口服避孕藥，黃體素，雄性素藥物和腦下垂體性腺釋放促激素作用劑等，在子宮內膜異位症各個階段使用賀爾蒙治療的製劑後，因而自然懷孕以及活產率均沒有顯著性效益(5)。因此，這些藥物不建議用來治療不孕症，提早採用更有效的生育計畫方式較為適當。

使用刺激排卵藥物與人工授精的方式是有幫忙的。

輕至中度子宮內膜異位症相關不孕症者接受腹腔鏡治療的研究發現，接受手術治療可以增加懷孕率。(6)

子宮內膜異位直徑 3 厘米以上切除是有好處的，但可能使得卵巢儲備功能降低。

重症子宮內膜異位症患者接受試管嬰兒治療前，先使用腦下垂體性腺釋放促激素作用劑治療3~6個月，可以顯著增加活產率。(7)

### 結論

子宮內膜異位症的診斷與治療仍有許多值得進一步研究的課題，尤其是其再發的可能性以及卵巢的功能的減損。

### 參考文獻

1. Hum Reprod. 2008 Nov; 23(11): 2452-7.
2. N Engl J Med 2010;362:2389-98.
3. Hum Reprod. 2008 Sep; 23(9): 2017-23.
4. Fertil Steril. 2010 Jun;94(1):71-7.
5. Cochrane Database Syst Rev 2007;3:CD000155.
6. Cochrane Database Syst Rev 2002;4:CD001398
7. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD004635. DOI: 10.1002/14651858.CD004635.pub2