

· 论 著 ·

剖宫产术同时剔除子宫肌瘤 136 例临床分析

李彩云, 张峥程, 毛静月

[摘要] 目的 探讨妊娠合并子宫肌瘤剖宫产术同时行肌瘤剔除的方法、安全性、可行性。方法 回顾性分析我院 136 例剖宫产术同时行子宫肌瘤剔除, 与同期 150 例单纯行剖宫产的产妇对照。观察比较两组产妇术中出血量、术后 2~24 h 出血量、平均手术时间、术后病率、恢复肛门排气时间、切口愈合及术后住院天数。结果 术后 2~24 h 出血量、术后病率、恢复肛门排气时间、切口愈合、术后住院天数两组比较差异无显著意义 ($P > 0.05$), 术中出血量、手术时间肌瘤剔除组与单纯剖宫产组比较差异有显著意义 ($P < 0.05$)。产后 42 d 复诊, 剖宫产术同时行子宫肌瘤剔除的患者, 子宫大小均恢复正常。结论 剖宫产术同时行肌瘤剔除是安全、可行的, 同时也避免再次手术增加患者的痛苦和经济负担。

[关键词] 妊娠; 子宫肌瘤; 剖宫产; 肌瘤剔除; 安全性; 方法

中图分类号: R737.33 文献标志码: A 文章编号: 1672-271X(2010)06-0497-03

Clinical analysis of 136 cases of cesarean combined with myomectomy

Li Cai-yun, ZHANG Zheng-cheng, MAO Jing-yue. Department of Obstetrics and Gynecology, 117 Hospital of PLA, Hangzhou, Zhejiang 310013, China

[Abstract] **Objective** To explore the safety, methods and feasibility of myomectomy during cesarean section. **Methods** The clinical data of 136 cases (study group) receiving myomectomy during cesarean section were retrospectively analyzed and compared with those of 150 cases of normal cesarean section. **Results** Between normal cesarean section group and study group, there were no significant difference in vaginal hemorrhage in 2-24 h after operation, the cotton-padded mattress disease, the time of anal air exhaust, wound healing and postoperative hospital stay ($P > 0.05$). There was significant difference in operative blood loss, operation time ($P < 0.05$). Further consultation in 42 days after operation of myomectomy during cesarean section showed the size of uterus got back. **Conclusion** Myomectomy during cesarean section is safe and feasible for appropriate cases.

[Key words] pregnancy; hysteromyoma; cesarean section; myomectomy; safety; methods

妊娠合并子宫肌瘤是较常见的, 其发病率约占子宫肌瘤患者的 0.5%~1%, 约占妊娠妇女的 0.3%~7.3%^[1], 近年来, 随着高龄产妇、经产群体的增加、B 超技术的提高及剖宫产术的不断上升, 术中发现子宫肌瘤明显增加, 剖宫产术时是否同时行肌瘤剔除仍有争议。本文回顾性分析剖宫产术同时行子宫肌瘤剔除 136 例的临床资料, 进行综合分析和探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2007 年 1 月至 2009 年 12 月在我院行剖宫产术同时行子宫肌瘤剔除的 136 例为

观察组 (术前诊断妊娠合并子宫肌瘤 97 例, 术中发现合并子宫肌瘤 39 例), 肌壁间肌瘤 89 例, 浆膜下肌瘤 38 例, 黏膜下肌瘤 9 例; 肌瘤直径 0.5~10.5 cm, >5 cm 45 例, 多发 59 例, 单发 77 例。术后病理诊断均为子宫平滑肌瘤, 其中合并红色变性 57 例, 玻璃样变 5 例, 均无恶性变。随机抽取同期单纯行剖宫产术 150 例作为对照组。两组孕周均大于 37 周。两组年龄、孕周、产次及新生儿体重比较无差异性 ($P > 0.05$), 均无内外科合并症及凝血功能障碍。

1.2 手术方式 两组产妇均在连续硬膜外麻醉或蛛网膜下腔麻醉下行子宫下段剖宫产术, 胎儿、胎盘娩出后, 静脉滴注及宫体注射缩宫素各 10 U, 舌下含服卡前列甲酯栓 0.5~1 mg 止血, 擦拭宫腔时探查有无黏膜下肌瘤, 黏膜下肌瘤先行剔除, 其余均为缝合子宫切口后行肌瘤剔除。按摩子宫使瘤体界线

作者简介: 李彩云 (1968-), 女, 浙江杭州人, 硕士, 副主任医师, 从事妇产科临床工作

作者单位: 310013 浙江杭州, 解放军 117 医院妇产科

清楚,检查肌瘤大小、部位与子宫肌壁关系,后行肌瘤剔除术。如为多发、后壁肌瘤,将子宫提出切口外进行操作。带蒂浆膜下肌瘤,在基底部作楔形切口将蒂切除,无蒂者及肌壁间肌瘤沿肌瘤纵轴切开假包膜,助手在肌瘤外侧挤压肌瘤,组织钳外提肌瘤钝性剥离,肌瘤剥除后用 1-0 或 2-0 可吸收线先行深层连续缝合或间断“8”字缝合关闭肌瘤残腔止血并不留腔隙,再用 3-0 或 4-0 可吸收线浆肌层连续或间断褥式内翻缝合压迫并包埋手术创面,减少针眼渗血。对于多发性子宫肌瘤,相邻肌瘤尽量采取一个浆膜层切口进入,剥除多个肌瘤后关闭肌瘤残腔,以减少子宫表面切口出血及预防术后子宫与周围组织粘连。术后用抗生素预防感染、缩宫素促子宫收缩与单纯剖宫产术相同。

1.3 统计学处理 采用 SPSS11.0 统计软件包进行统计学分析,两组计量资料比较用 t 检验,计数资料为 χ^2 , $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术中、术后情况比较 观察组手术操作时间、术中出血量与对照组比较有显著差异 ($P < 0.01$),两组术后 2~24 h 出血量、术后病率、恢复肛门排气时间、切口愈合、术后住院天数比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$),见表 1。

2.2 多发性肌瘤与单发性肌瘤术中出血量 多发性肌瘤平均出血量 (350.1 ± 40.5) ml,单发性肌瘤平均出血量 (245.5 ± 50.6) ml,两组比较差异有显著意义 ($P < 0.05$);剔除单发性肌瘤组术中出血量与对照组比较差异无显著性 ($P > 0.05$)。

2.3 术后随访 产后 42 d 检查,子宫复旧好,剖宫产术同时行子宫肌瘤剔除术的患者,子宫大小均恢复正常。

3 讨论

3.1 剖宫产是否同时行子宫肌瘤剔除术 随着剖宫产率增高,术中发现肌瘤率更高,对于剖宫产术时是否同时行肌瘤剔除术,历年来未达成共识:一种观点认为:①妊娠期子宫血运丰富,肌瘤变软,易导致

产后出血和感染;②妊娠期子宫膨大和胎儿娩出后子宫收缩变形,导致肌瘤与周境界线不清,增加手术难度;③产后体内激素水平低落,子宫肌瘤可以缩小。故认为除浆膜下肌瘤外不主张行子宫肌瘤剔除术^[2]。而另一种观点认为:妊娠时子宫肌瘤边界绝大多数清晰且易分离,且子宫对催产素较敏感,实际术中出血量并不增多,剖宫产同时剔除子宫肌瘤,既能消除患者对子宫肌瘤的恐惧和压力,也能避免产后子宫肌瘤影响子宫复旧所造成产后出血,同时终止肌瘤继续发展变性,避免再次手术给患者带来的痛苦和经济负担。大多数学者^[3-5]支持术中同时剔除肌瘤,如未处理子宫肌瘤,可能影响子宫缩复,导致恶露时间延长,易继发感染。通过长期随访,剖宫产术时剔除肌瘤可使 90% 的单发肌瘤患者及半数多发肌瘤患者避免了远期的子宫切除手术^[6]。本组病例中肌瘤剔除组与单纯剖宫产组比较手术时间及术中出血量略有增加,但剔除单发性肌瘤组与单纯剖宫产组比较术中出血并未增加,而术后 2~24 h 出血量、术后病率、恢复肛门排气时间、切口愈合、术后住院天数比较差异无显著意义 ($P > 0.05$),证实剖宫产术同时行子宫肌瘤剔除是切实可行的。因此笔者认为,剖宫产术同时行子宫肌瘤剔除是有价值的,尤其对于单发肌瘤,出血量增加不多,还可避免再次手术带给患者的痛苦及带瘤生活的心理压力。

3.2 慎行或禁忌剔除肌瘤指征 对于特殊部位肌瘤或有妊娠并发症者处理应谨慎:①对于近宫角部的肌壁间肌瘤及突向阔韧带内肌瘤应有经验的医生迅速剔除并缝合关闭残腔,同时加用宫缩剂避免失血较多;②对于子宫侧壁子宫动静脉下方巨大肌瘤、宫颈及直肠窝等部位肌瘤应放弃剔除,这些部位一旦发生出血,往往来势凶猛、后果严重;③对于体质较差、妊娠合并贫血、心功能衰竭、子痫、胎盘早剥、弥散性血管内凝血或术中宫缩乏力失血较多的病例,应尽量缩短手术时间,为保证产妇安全不宜行肌瘤剔除^[7]。有学者报道,对于剖宫产术中未行肌瘤剔除者,于髂内动脉分支结扎双侧子宫动脉不仅可以减少肌瘤引起的产后出血,更可以起到治疗作用,同时使二次手术机会降到最低^[8]。

表 1 两组术中、术后情况比较

组别	例数	平均手术时间 (min)	出血量 (ml)	术后 2~24 h 出血量 (ml)	恢复肛门 排气时间 (d)	术后住院 天数 (d)	术后病率 (%)	切口 II/甲 愈合率 (%)
观察组	136	63.15 ± 11.20 *	319.1 ± 40.5 *	151.26 ± 18.15	1.8 ± 0.8	5.3 ± 1.9	5.1	98.9
对照组	150	38.45 ± 10.50	289.4 ± 21.3	148.57 ± 20.78	1.6 ± 0.9	5.3 ± 1.8	4.9	99.1

注:与对照组比较, * $P < 0.01$

3.3 手术方法的改进及体会 ①切口不宜过大,长度以能剥出瘤体即可,助手或术者挤压或牵拉瘤体可减少肌瘤周围血供,对于多发性肌瘤,切口宜少,可通过一个切口潜行剔除邻近的肌瘤;②肌瘤剔除后缝合确保不留死腔,对于瘤腔较大,可用 1-0 或 2-0 可吸收线自基底部由深至浅分两层连续或间断“8”字缝合关闭肌瘤残腔,浆肌层用 3-0 或 4-0 可吸收线连续或间断褥式内翻缝合压迫并包埋创面,减少肌瘤剔除后出血及术后子宫与周围组织的粘连,因子宫高度充血,改成小针缝合浆肌层减少针眼渗血;③肌瘤剔除时不应切除过多的肌组织,不致在剔除肌瘤后因组织回缩增加切口的张力,影响切口愈合,避免子宫复旧后子宫偏小。

【参考文献】

[1] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008: 272-274.

- [2] Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, et al. Williams Obstetrics [M]. 21st Edition. New York: Me Graw-Hill, 2001: 930.
- [3] 冯丽娟, 王 岚, 刘菊莲, 等. 妊娠合并子宫肌瘤剖宫产时处理方法的探讨[J]. 中国计划生育学杂志, 2005, 13(5): 301-302.
- [4] 赖瑞霞, 房瑞林, 林秋兰. 剖宫产同时行子宫肌瘤剔除术 108 例分析[J]. 实用医技杂志, 2008, 15(32): 4643-4645.
- [5] 贾玉芳. 剖宫产术时行子宫肌瘤剔除 53 例分析[J]. 当代医学, 2010, 16(4): 144-145.
- [6] 郑丽璇, 徐采生. 妊娠合并子宫肌瘤 117 例的并发症和处理[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2002, 18(12): 745.
- [7] 宋雪凌, 杨 孜. 妊娠合并子宫肌瘤[J]. 中国妇产科临床杂志, 2005, 6(4): 309-311.
- [8] Liu WM, Wang PH, Tang WL, et al. Uterine artery ligation for treatment of pregnant women with uterine leiomyomas who are undergoing caesarean section [J]. Fertil Steril, 2006, 86(2): 423-428.

(收稿日期: 2010-05-19; 修回日期: 2010-08-16)

(本文编辑: 黄攸生; 英文编辑: 王建东)

· 个 案 ·

Shy-Drager 综合征 1 例

李建明, 张海燕

【关键词】 Shy-Drager 综合征; 神经系统

中图分类号: R741.04 文献标志码: B 文章编号: 1672-271X(2010)06-0499-02

1 病案摘要

患者, 男, 49 岁, 因头晕伴性欲减退 1 年, 反复昏厥 1 个月入院。患者 1 年来站立后出现头晕伴黑朦, 下蹲后症状好转, 发作持续数秒钟缓解, 时有小便难解, 间歇性便秘, 性功能进行性减退, 血压波动于 80 ~ 130/50 ~ 70 mmHg, 无特殊治疗。近 1 月来反复出现站立昏厥、意识丧失, 约 1 ~ 2 min 自动清醒, 无肢体抽搐及大、小便失禁, 均在站立时诱发, 发作前有视物模糊, 多次测卧位血压 130/85 mmHg, 立位血压为 50 ~ 80/30 ~ 60 mmHg, 心率无明显变化。拟体位性低血压入院。入科后检查: 头颅 MRI 示小脑及脑干萎缩。血、尿、粪常规, 血生化, 血管紧张素 I、血管紧张素 II、醛固酮、血浆皮质醇测定均未见明显异常。甲状腺功能、胸片、腹部 CT、心脏超声、颈部血管超声

未见异常, 24 h 动态心电图未见明显心律失常。诊断为 Shy-Drager 综合征。予泼尼松、山莨菪碱、甲钴胺、B 族维生素、米多君及生脉注射液等治疗, 治疗 15 d 后症状改善出院。

2 讨 论

Shy-Drager 综合征 (Shy Drager syndrome, SDS), 是一种少见的特发性多系统变性病, 自主神经功能异常是最具特征的临床特点^[1]。病因及发病机制不明, 可能是原发性的中枢或周围神经系统病变, 导致中枢与周围神经系统功能失调^[2], 而慢性自主神经功能不足或伴躯体神经功能障碍, 表现为神经多系统变性或萎缩。SDS 在影像学上可见脑干、小脑 (特点是蚓部) 萎缩, 但其敏感性差, MRI 检查 T₂ 加权像可发现病理性铁沉积; 神经电生理检查以脑干听觉诱发电位阳性率最高; 脑组织病理检查是诊断 SDS (下转第 518 页)

作者单位: 243100 安徽当涂, 解放军 86 临床部心内科