

剖宫产术中行子宫肌瘤剔除术可行性探讨

吴玲¹ 刘会兰² 张丽君² 张琴^{1△}

(1 重庆市第九人民医院妇产科 重庆 北碚 400700 2 第三军医大学大坪医院妇产科 重庆 400042)

摘要 目的 观察剖宫产术中行子宫肌瘤剔除术的安全性及可行性。方法 将我院 2010 年 1 月-2012 年 1 月入诊的 90 例子宫肌瘤的妊娠期孕妇,行剖宫产术同时行子宫肌瘤剔除术的患者,与同期 83 例单纯剖宫产手术患者对比研究,观察两种手术方式的临床疗效及其疾病预后分析。其主要比较的指标是平均手术时间、术中出血量、术后 24h 出血量、手术前后血红蛋白差值、平均住院时间、产褥病率及并发症等,记录并观察两组患者的上述指标,进行比较分析。结果 两组观察指标比较除剖宫产术中行子宫肌瘤剔除术平均手术时间(77.1± 8.5)明显高于单纯剖宫产术(33.7± 7.9) (t=34.70,P<0.05)外,其他各项测量术中出血量(t=0.09, P>0.05)、术后 24h 出血量(t=0.61, P>0.05)、手术前后血红蛋白差值(t=1.57, P>0.05)、住院时间(t=1.05, P>0.05)及产褥病率(x²=0.077, P>0.05),其他并发症发生率(x²=0.246, P>0.05)指标均无明显差异(P>0.05)。结论 对于有手术适应症的妊娠期子宫肌瘤孕妇,可根据患者及其家属医院选择剖宫产术同时行子宫肌瘤剔除术,该手术安全可靠,能避免二次手术或子宫切除等,临床上值得推广应用。

关键词 剖宫产术;子宫肌瘤剔除术;妊娠

中图分类号 R713 文献标识码 A 文章编号 :1673-6273(2012)25-4940-03

Discussion on Cesarean Section Boc Myomectomy Safety

WU Ling¹, LUI Hui-lan², ZHANG Li-jun², ZHANG Qin^{1△}

(1 Department of Gynecology and Obstetrics, The Ninth People's Hospital of Chongqing City, Chongqing 400700, China;

2 Department of Gynecology and Obstetrics, Daping Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400042, China)

ABSTRACT Objective: To explore the safety and feasibility of myomectomy during cesarean section. **Methods:** The clinical data of 90 cases receiving myomectomy during cesarean section were retrospectively analyzed and compared with those of 83 cases of normal cesarean section from Jan,2010 to Jan, 2012. **Results:** Average operation time of myomectomy with cesarean section (74.5± 8.8) was significantly longer than pure cesarean section (32.7± 6.3), (t=35.66, P<0.05). There is no obvious differences (P>0.05) in bleeding volume during operation (t=0.09, P>0.05), 24h bleeding volume after operation (t=0.61, P>0.05), hemoglobin difference before and after operation (t=1.57, P>0.05), the length of time (t=1.05, P>0.05) and puerperalism rate (x²= 0.077, P>0.05), and other complications (x²= 0.246, P>0.05). **Conclusions:** Myomectomy during cesarean section is safe and feasible, which is worthy to be extended in clinical practice.

Key words: Cesarean section; LAVM; Pregnancy

Chinese Library Classification: R713 **Document code:** A

Article ID:1673-6273(2012)25-4940-03

前言

子宫平滑肌瘤(简称子宫肌瘤)是女性生殖器最常见的良性肿瘤之一,同时也是育龄期妇女的常见的妇科疾病。根据肌瘤生长部位临床上将子宫肌瘤分为浆膜下、肌壁间、粘膜下和混合肌瘤。临床上诊断子宫肌瘤最为常见的方法是妇科B超。子宫肌瘤的发病也是妇科比较危重的疾病之一,目前其发病机制尚未完全明确,有相关研究认为子宫肌瘤的发病与体内雌激素水平的升高关系密切^[1,2]。目前国内大量研究显示高龄孕妇加之妊娠期间体内雌激素水平升高,导致子宫肌瘤发病率明显升高,严重危害了妇女的健康。而临床上较为常见的并发症是妊娠合并子宫肌瘤,其对产妇及胎儿的影响尤为重要,有研究显示此种并发症的发病率占子宫肌瘤的0.5%~1%,妊娠期发病率为0.3%~7.2%,严重危害母婴健康^[3]。因此,对于妊娠期

合并子宫肌瘤的孕妇的治疗方式也是目前医学上的热点讨论问题之一。目前对于妊娠期子宫肌瘤患者治疗的方法临床上还存在着争议。有学者认为妊娠期肌瘤容易变性,若不及时处理子宫肌瘤病变,则可能导致继发感染等并发症,同时子宫肌瘤生长压迫胎儿不利于孕妇生产,另一方面为了避免再次手术给患者带来精神和身体创伤及负担,因此,其认为妊娠合并子宫肌瘤产妇可根据其家属及本人意愿选择行剖宫产同时子宫肌瘤剔除术。有些学者则认为妊娠期肌瘤软化与周围正常组织分界不清,剖宫产术中行肌瘤剥离术加大了手术难度,同时妊娠子宫血管丰富易出血,增加了手术风险,其建议妊娠合并子宫肌瘤的产妇可根据其肌瘤生长情况考虑于哺乳期后有手术指征时行肌瘤剔除术。笔者通过回顾我院90例剖宫产术中行子宫肌瘤剔除术的病例,与同期83例单纯剖宫产手术患者的临床疗效及其疾病预后分析,拟提出剖宫产术中行子宫肌瘤剔除术切实可行,其安全性同单纯行剖宫产手术无明显差异,现报告如下:

1 资料与方法

作者简介:吴玲,女,主治医师,主要研究方向:妇产科临床

△通讯作者:张琴,电话:023-68865182 E-mail:1924170384@qq.com

(收稿日期:2012-04-06 接受日期:2012-05-02)

1.1 临床资料

收集我院 2010 年 1 月 -2012 年 1 月入诊的 173 例行剖宫产术合并有子宫肌瘤的产妇为观察对象。其诊断均符合世界卫生组织关于子宫肌瘤的诊断标准。将其随机分为两组,其中观察组:共 90 例,年龄 25~44 岁,平均年龄 32.1 岁。初产妇占 67.8%(61/90),经产妇占 32.2%(29/90)。按其生长部位分:浆膜下肌瘤 17 例、肌壁间肌瘤 47 例、粘膜下肌瘤 13 例和混合肌瘤 13 例。孕周均 \geq 28 周。对照组:共 83 例,年龄 26~43 岁,平均年龄 31.9 岁。初产妇占 66.2%(55/83),经产妇占 33.7%(28/83)。浆膜下肌瘤 16 例、肌壁间肌瘤 43 例、粘膜下肌瘤 12 例和混合肌瘤 12 例。孕周均 \geq 28 周。两组产妇年龄、孕周、初经产妇等方面均无明显差异 ($P>0.05$),173 例患者子宫肌瘤直径均为 5~8cm,两组患者的基本资料无明显差异($P>0.05$),具有可比性。所有观察对象在手术前均无感染、凝血功能障碍、甲状腺功能障碍、血液病、心脏病及肝肾功能障碍等疾病,并在近 1 月内未服用抗凝药、抗感染等药物。

1.2 治疗方法

两组产妇产前均确定产妇产子宫肌瘤位置及大小等情况,根据产妇情况选择合适的手术部位,进行常规术前准备,采用连续性硬膜外麻醉下行剖宫产术。胎儿、胎盘娩出后,予宫体注射缩宫素,并予静滴葡萄糖加缩宫素,加强宫缩,术毕,均予"8"字缝合子宫手术切口。术前确定。

观察组在对照组的基础上行子宫肌瘤剔除术,浆膜下肌瘤和肌壁间肌瘤均在子宫剖宫产子宫切口缝合后按常规手术方

式进行手术。根据肌瘤部位、大小选择切口,剔除肌瘤之前,常规在肌瘤及其基底周围组织使用缩宫素多点注射,加强宫缩减少出血。剔除肌瘤,而后采用"8"字缝合关闭宫腔逐层连续皮内缝合切口,术后不需拆线。

两组产妇术程均严格遵循无菌操作。

1.3 观察项目

观察记录两组产妇产术中出血情况(用容积法计量),术后使用抗生素 3~5 天预防感染。并记录两组产妇平均手术时间、术中出血量、术后 24h 出血量、手术前后血红蛋白差值、平均住院时间、产褥病率及术后其他相关并发症的发生率等情况,分析比较。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 16.0 软件包进行数据分析。计量资料采用(均值 \pm 标准差)表示,两组比较采用 t 检验,计数资料比较 χ^2 检验,当 $P<0.05$,认为有明显统计学意义。

2 结果

除剖宫产术中行子宫肌瘤剔除术平均手术时间(77.1 \pm 8.5)min 明显高于单纯剖宫产术(33.7 \pm 7.9),($t=34.70, P<0.05$)外,其他各项测量术中出血量($t=0.09, P>0.05$)、术后 24h 出血量($t=0.61, P>0.05$)、手术前后血红蛋白差值($t=1.57, P>0.05$)、住院时间($t=1.05, P>0.05$)及产褥病率($\chi^2=0.077, P>0.05$)、其他并发症发生率($\chi^2=0.246, P>0.05$)等指标均无明显差异($P>0.05$)无统计学意义。如表 1:

表 1 两组手术情况比较
Table 1 Comparison of operation conditions of the two groups

Group	Average operating rooms (min)	Leeding volume during operation (mlb)	24h bleeding volume after operation	Hemoglobin difference before and after operation (g/L)	Hospitalization time (d)	Incidence of puerperalism (%)	Other complications (%)
Observation	74.5 \pm 8.8*	30.1 \pm 14.8	24.4 \pm 10.5	8.9 \pm 1.2	6.8 \pm 1.2	4.4(4/90)	3.3(3/90)
Control	32.7 \pm 6.3	29.9 \pm 13.9	25.1 \pm 10.9	9.2 \pm 1.3	6.6 \pm 1.4	3.6(3/83)	4.1(4/83)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ ($t=35.66$)。

Note: compared with controls, * $P<0.05$ ($t=35.66$).

3 讨论

子宫肌瘤的好发人群主要是 30-50 岁的中年女性,有相关研究显示未生育及性生活失调的中年女性发病率更高^[4]。妊娠合并子宫肌瘤属于高危妊娠,发病率呈逐年增加趋势,其病情严重危害母婴健康,在国内报道其发生率为 0.3%~7.2%,容易出现各种并发症,造成严重后果^[5,6]。目前手术治疗是治疗子宫肌瘤的主要治疗手段^[7]。对于妊娠合并子宫肌瘤的孕妇的处理方式现在还存在着争议^[8],剖宫产术同时是否并行子宫肌瘤剔除术,有的学者不主张行剖宫产术中并行子宫肌瘤剔除术,其认为妊娠期子宫的血流量增加,血管扩张,手术剔除子宫肌瘤可能增加手术出血的风险,从而影响术后子宫复旧,若产妇身体状况不佳,甚至可能导致生命危险,另外,妊娠合并子宫肌瘤

多容易发生变性、软化,妊娠时子宫肌瘤与周围组织的界限不清,增加手术难度,更容易导致手术不成功,加之产后随着雌激素水平的下降子宫肌瘤随之萎缩,减小,无相应的临床表现,可考虑不行手术治疗,有研究显示直径 >4 cm 者 24%可能于产后子宫自行缩小而不表现出明显的临床症状^[9-11]。另一方面,有的学者则主张剖宫产术中行子宫肌瘤剔除术,该类学者认为虽然子宫肌瘤是妇科疾病中的良性肿瘤,但是其对妊娠会产生一定的不良作用,子宫肌瘤可能压迫宫腔,使宫腔变形,从而影响胎位等,容易导致孕妇流产、早产,若手术中子宫肌瘤未剔除将会影响产后子宫的复旧,增加孕妇产后出血的风险,另外,虽然产后子宫肌瘤会随之缩小,但是肌瘤以后长大需再次行手术治疗,第二次手术,也会增加产妇二次手术带来的痛苦,加重其心理压力,不助于产妇身体的恢复。因此,剖宫产术中行子宫

肌瘤剔除术可减少第二次手术带来的经济负担^[12]。产后减少手术疤痕、术后并发症,减少产后出血量、降低产褥病率及感染率等。

本组实验研究显示,除剖宫产术中行子宫肌瘤剔除术平均手术时间(77.1±8.5)明显高于单纯剖宫产术(33.7±7.9),($P<0.05$)外,其他各项测量术中出血量($t=0.09$, $P>0.05$)、术后24h出血量($t=0.61$, $P>0.05$)、手术前后血红蛋白差值($t=1.57$, $P>0.05$)、住院时间($t=1.05$, $P>0.05$)及产褥病率($\chi^2=0.077$, $P>0.05$)、其他并发症发生率($\chi^2=0.246$, $P>0.05$)指标均无明显差异($P>0.05$)。与相关文献报道^[13-15]结果一致。笔者认为剖宫产中行子宫肌瘤剔除术与单纯的剖宫产术比较能有效地减轻产妇精神及经济负担,避免二次手术给产妇及其家属带来的心理压力,同时本组实验也证实了,剖宫产术中同时行子宫肌瘤剔除术手术风险及术后预后评估均和单纯手术无明显差别($P>0.05$)。因此,剖宫产术中行子宫肌瘤剔除术的临床治疗手段切实可行。

在剖宫产手术中应该根据产妇的情况及子宫肌瘤的大小选择合适的手术方式,术中应注意根据肌瘤为主及胎儿胎位等选择合适的切口、熟练剔除技巧,也可在术中临时结扎双侧子宫血管,减少术中出血,对于接近子宫角的肌瘤、宫颈肌瘤等估计术中可能引起大出血等难以控制的,可拟暂不行肌瘤剔除术,因此妊娠合并子宫肌瘤可根据产妇情况及肌瘤生长情况决定手术方式。

综上所述,妊娠合并子宫肌瘤时,根据产妇肌瘤大小、位置及孕妇身体情况等,在有适应症的情况下可选择剖宫产术中行子宫肌瘤剔除术,虽然其在一定程度上增加了手术时间,但是手术出血、术后出血、住院时间及产褥率的发生均无明显增加,从循证医学角度讲,剖宫产手术同时行子宫肌瘤剔除术能减少第二次手术给产妇带来的精神心理压力及经济负担,同时也有助于产妇术后子宫复旧,因此,临床上可根据孕妇情况及其家属医院合理选择此种手术方式,该方法安全可行。

参考文献(References)

- [1] 潘丹红,应文莲.妊娠合并子宫肌瘤 66 例临床分析[J].中国妇幼保健,2010,25(3):435-436
Pan Dan-gong, Ying Wen-lian. Clinical analysis of 66 cases of Pregnancy with uterine fibroids [J]. Maternal and Child Health Care of China, 2010, 25(3): 435-436
- [2] 张连香.妊娠合并子宫肌瘤 80 例诊治体会[J].中国医药导报,2009,6(9):152-153
Zhang Lian-xiang. Pregnancy with uterine fibroids: experience of 80 patients [J]. China Medical Herald, 2009, 6(9): 152-153
- [3] Celik C, A car A, Cicek N, et al. Can my on ectomy be performed during pregnancy?[J]. Gynecol Obstet Invest, 2005,53(2):79-83
- [4] Brangd IAB, Tikhomirova NI, Dolgov IM, et al. The combined surgical treatment of the right atrial floating thrombus and hysteromyoma[J]. Khirurgiia (Mosk), 2009,29(4):53-54
- [5] 居费华,苏平平.剖宫产术同时行子宫肌瘤剔除 451 例分析[J].国医要学指南,2012,10(14):59
Ju Fei-hua, Su Ping-ping. Hysterectomy formed during cesarean section: an analysis of 451 cases [J]. International learn guide, 2012, 10(14): 59
- [6] 李润先,阳茂春.剖宫产同时行子宫肌瘤剔除术 75 例临床体会[J].重庆医学,2010,39(3):378-380
Li Run-xian, Yang Mao-chun. Hysterectomy formed during cesarean section: an analysis of 75 cases [J]. Chongqing medicine, July 2010 (3): 378-380
- [7] 钟富琴,周美茜.41 例子宫肌瘤挖除术后妊娠情况分析[J].重庆医学,2009,33(1):91
Zhong Fu-qin, Zhou Mei-qian. Pregnancy after cesarean section: an analysis of 41 cases [J]. Chongqing medicine, 2009,(1): 91
- [8] 周惠霞.剖宫产术同期行子宫肌瘤剔除术临床观察[J].中国现代医生,2010,48(14):133-134
Zhou Hui-xia. Clinical observation of hysterectomy formed during cesarean section [J]. Chinese modern doctor, 2010 Chinese (14): 133-134
- [9] 孙普英.妊娠合并子宫肌瘤 22 例分娩方式的临床观察[J].中国医学创新,2009,6(13):68
Sun Pu-ying. Clinical observation of delivery mode of pregnancy with uterine fibroids: an analysis of 22 cases [J]. Chinese medical innovation, 2009, 6 (13): 68
- [10] 易伟斌,夏姿芳,李志军.剖宫产同时行子宫肌瘤剔除术 85 例临床分析[J].海南医学,2010,21(9):35-36
Yi Wei-bin, Xia Zi-fang, Li Zhi-jun. Hysterectomy formed during cesarean section: an analysis of 85 cases [J]. Hainan medicine, 2010, (9): 35-36
- [11] Kumakiri J, Kikuchi I, Kitade M, et al. Association between uterine repair at laparoscopic myomectomy and postoperative adhesions[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2011,14(2):85
- [12] 张立英,尚廷慧.剖宫产同时肌瘤剔除术 130 例临床分析[J].当代医学,2012,18(1):76-77
Zhang Li-ying, Shang Ting-hui. Hysterectomy formed during cesarean section: an analysis of 130 cases [J]. Current medicine, 2012, 18(1): 76-77
- [13] Kaymak O, Ustumyurt E, Okyay RE, et al. Myomectomy during cesarean section [J]. Int J Gynecol Obstet, 2005,89(2):90-93
- [14] Ovsienko AB, Gradil' NP, Bestaeva AÉ, et al. Balneotherapy to the treatment of patients with hysteromyoma [J]. Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult, 2010,36(2):25-26
- [15] Celal K, Hülya C. The evaluation of myomectomies performed during cesarean section in our clinic[J]. Niger Med J, 2011,52(3):186-188