

剖宫产术同期行子宫肌瘤剔除术 60 例临床观察

季伟鹏, 金 阳

(江苏省常州市妇幼保健院 妇产科, 江苏 常州, 213000)

摘要: **目的** 探讨妊娠合并子宫肌瘤患者在行剖宫产术的同时行子宫肌瘤剔除术的安全性及可行性。**方法** 选择2010年1月—2011年12月本院产科收治的剖宫产术同时行子宫肌瘤剔除术患者60例设为观察组,另选择同期行单纯剖宫产术患者120例设为对照组。2组均采用子宫下段剖宫产术,观察组在剖宫产术同时按照常规子宫肌瘤剔除术方法剔除肌瘤。观察并比较2组手术时间、术中及术后出血量、住院天数、产褥病率、切口并发症等指标。**结果** 2组患者术中及术后出血量、住院天数、产褥病率、切口并发症比较无显著差异($P>0.05$);观察组手术时间为 (53.42 ± 10.71) min,明显长于对照组的 (39.84 ± 4.16) min,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 妊娠合并子宫肌瘤患者在行剖宫产术的同时行子宫肌瘤剔除术安全可行,可避免再次手术给患者带来的痛苦,减轻患者的经济负担。

关键词: 剖宫产术;子宫肌瘤剔除术;妊娠;可行性;安全性

中图分类号: R 737.33 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-2353(2013)17-072-03 **DOI:** 10.7619/jcmp.201317024

Clinical observation of 60 patients with myomectomy during the cesarean section

JI Weipeng, JIN Yang

(Changzhou Women and Children Health Care Hospital, Changzhou, Jiangsu, 213000)

ABSTRACT: Objective To discuss the safety and feasibility of myomectomy during the cesarean section. **Methods** Sixty pregnant women complicated with uterine myoma from January 2010 to December 2011 in our hospital were selected as observation group. And 120 patients with simple cesarean section during the same period in our hospital were selected as the control group. The operation time, intraoperative and postoperative blood losses, hospitalization stay, puerperalism and incision complications of the two groups were observed. **Results** The intraoperative and postoperative blood losses, hospitalization days, puerperalism and incision complications of the two groups showed no significant differences ($P > 0.05$), but the operation time in the observation group was significantly longer than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Myomectomy during the cesarean section is safe and feasible, and it can avoid the pain of the reoperation and reduce the economic burden.

KEY WORDS: pregnancy; uterine myoma; Cesarean section; myomectomy; feasibility; safety

子宫肌瘤是女性生殖系统最常见的良性肿瘤,在生育妇女中发病率为20%~30%,子宫肌瘤的病因尚不十分明确,目前治疗仍以手术为主。随着生育年龄的推迟及超声诊断技术的提高,妊娠合并子宫肌瘤的发病率和检出率呈逐年上升趋势。文献^[1]报道妊娠合并子宫肌瘤的发病率占肌瘤患者的0.5%~1.0%,占妊娠的0.3%~0.5%。目前,对于行剖宫产术同时行子宫肌瘤剔除术的安全性及可行性仍有一定的争议。本研

究回顾性分析本院60例同时行剖宫产术及子宫肌瘤剔除术患者的临床资料,探讨联合施术的疗效及安全性,现报告如下。

1 资料与方法

选取2010年1月—2011年12月本院收治的60例妊娠合并子宫肌瘤患者设为观察组,年龄24~43岁,平均25.5岁,孕周均在37~41⁺5周;其中初产妇35例,经产妇25例,单胎55例,

双胎 5 例; 头位 53 例, 臀位 7 例。子宫肌瘤直径 2.3~5.6 cm, 均在剖宫产术同时行肌瘤剔除治疗, 术后病理检查均为子宫平滑肌瘤, 其中红色变 15 例, 玻璃样变 5 例, 囊性变 4 例, 无恶性变。单发子宫肌瘤 27 例, 多发 33 例; 肌壁间肌瘤 44 例, 浆膜下肌瘤 6 例, 黏膜下肌瘤 8 例, 混合型 2 例。最大肌瘤所在部位包括宫底部 11 例, 宫体部 32 例, 子宫角部 3 例, 子宫下段、宫颈部 2 例, 阔韧带 2 例。术前诊断妊娠合并子宫肌瘤 46 例, 术后诊断 14 例。另按照 1:2 比例随机选取同期住院未合并子宫肌瘤行剖宫产的产妇 120 例设为对照组, 年龄 20~42 岁, 平均 26.3 岁, 孕周 $36^{+4} \sim 41^{+3}$ 周; 单胎 113 例, 双胎 7 例; 头位 98 例, 臀位 22 例。2 组孕妇年龄、孕周、孕次等方面比较无显著差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。2 组均排除凝血功能障碍, 无产前出血症状。

2 组手术前均进行常规检查及术前准备。手术均在连续硬膜外麻醉下进行, 均采用下腹正中纵切口、子宫下段横切口。

观察组在行剖宫产术的同时行子宫肌瘤剔除术, 采取常规的子宫下段剖宫产术, 成功将胎儿及胎盘从腹壁切口取出后, 探查子宫前后壁、双附件及宫腔, 确定肌瘤类型; 若肌瘤位于子宫切口附近或黏膜下先行肌瘤剔除术, 后缝合子宫浆肌层, 其他部位肌瘤则先缝合子宫切口, 再行肌瘤剔除术。子宫肌瘤剔除方式与非妊娠期肌瘤剔除术相同。根据子宫肌瘤的位置、生长方式及数目选择合适

的切口行肌瘤剔除术。浆膜下肌瘤于基底部做纵形切口将肌瘤剔除, 间断或 8 字缝合切口, 不留死腔。肌壁间肌瘤, 纵形切开肌瘤包膜至肌瘤, 予布巾钳外提肌瘤, 钝性剥离肌瘤, 连续或间断内翻缝合切口, 不留死腔。多发性子宫肌瘤, 尽量采取一个切口进入, 邻近多个肌瘤从此切口剥除后同前法关闭瘤腔。对肌瘤部位周围有大血管的, 先切断缝扎后, 再切开肌瘤, 找对瘤体和包膜间的层次予以剔除。术后用抗生素预防感染、缩宫素促子宫收缩与对照组相同。肌瘤剔除后送病理检查。对照组采取单纯子宫下段剖宫产术。

对 2 组患者的术中、术后情况(手术时间、术中出血量、肛门排气时间、术后住院日、产褥病率、切口并发症、新生儿结局等)进行分析。出血量估计采用容积法和称重法。分娩 24 h 后~10 d 内, 测量体温, 至少 4 次/d, 凡体温有 2 次达到或超过 38°C 为产褥病率^[2]。切口脂肪液化、感染、裂开计为切口并发症。

2 结果

2 组患者术中及术后出血量、住院天数、产褥病率、切口并发症比较无显著差异 ($P > 0.05$); 观察组手术时间为 (53.42 ± 10.71) min, 明显长于对照组的 (39.84 ± 4.16) min, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组均无膀胱、输尿管、肠管等周围脏器的副损伤及其他严重的手术并发症。见表 1、2。

表 1 2 组术中及术后临床指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 手术时间/min | 术中出血量/mL | 肛门排气时间/h | 住院时间/d |
|-----|-----|---------------------|--------------------|------------------|-----------------|
| 观察组 | 60 | $53.42 \pm 10.71^*$ | 215.12 ± 41.77 | 19.12 ± 8.61 | 5.32 ± 1.08 |
| 对照组 | 120 | 39.84 ± 4.16 | 200.43 ± 67.36 | 19.80 ± 8.40 | 5.15 ± 0.98 |

与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

表 2 2 组产褥病率、切口并发症及新生儿结局比较 [$n(\%)$]

| 组别 | n | 产褥病率 | 切口并发症 | Apgar 评分 ≤ 7 |
|-----|-----|---------|---------|-------------------|
| 观察组 | 60 | 2(3.33) | 4(6.67) | 1(1.67) |
| 对照组 | 120 | 2(1.67) | 6(5.00) | 5(4.17) |

产后 42 d 复查, 行妇科检查和子宫附件彩超检查, 观察组 60 例子宫均恢复正常大小, 无明显的肌瘤, 无子宫复旧不良及恶露持续时间过长病例。

3 讨论

子宫肌瘤是女性生殖器官常见的良性肿瘤,

随着生育年龄的推迟及产前检查诊断技术的提高, 妊娠合并子宫肌瘤的发生率和检出率呈逐渐上升趋势, 据统计至少 20% 的育龄妇女有子宫肌瘤, 肌瘤小而无症状者常被忽略, 因此子宫肌瘤实际发病率高于报道^[3-5]。一般认为, 妊娠期间子宫肌瘤随妊娠子宫增大而增大, 其原因与雌激素有关, 妊娠期妇女雌激素水平升高, 可促进肌瘤的生长。但在临床观察中发现, 妊娠对肌瘤的影响并非一成不变, Hammoud AO 等^[6]报道, 妊娠较早期(20 周前)仅约 45% 子宫肌瘤体积增大; 妊娠中晚期(20 周后)仅有约 25% 体积增大, 75% 表现为子宫肌瘤体积减小。研究表明, 肌瘤内的雌激

素受体在妊娠期受到抑制,同时在妊娠早期和中期易发生因肌瘤生长而引起的并发症^[7]。此外,妊娠期间子宫肌瘤易发生透明性变及红色退变,妊娠期直径>4 cm的子宫肌瘤变性尤其红色性概率可达44%^[8]。目前研究结果显示产后激素水平下降,虽可使肌瘤缩小,但肌瘤于育龄期不可能自行消退,还会逐渐长大,待至因肌瘤变性出现腹痛等症时需用手术治疗^[9]。剖宫产术中如何处理子宫肌瘤始终存在争议^[10],对剖宫产术中子宫肌瘤的处理意见不一^[11]。目前,临床上对于妊娠合并子宫肌瘤在剖宫产中同时剔除子宫肌瘤的可行性与安全性主要有两种观点^[12]:①剖宫产中给予子宫肌瘤剔除,避免患者增加手术的疼痛,减轻患者的经济及心理负担,认为安全可行;②在剖宫产同时行肌瘤剔除难度较大,会一定程度增加产后感染、出血并发症的风险。另外,部分患者产后子宫肌瘤自行缩小,认为无必要性。本研究结果表明,观察组手术时间较对照组延长,但2组术中出血量、肛门排气时间、术后住院日、产褥病率、切口并发症、新生儿结局比较差异均无统计学意义,可见,妊娠合并子宫肌瘤在剖宫产术中行肌瘤剔除是可行的,虽会增加一定的风险,但能够有效避免患者遭受再次手术的痛苦,减轻患者的经济负担。同时妊娠子宫对缩宫素敏感,剖宫产时肌瘤界限与非孕期一样清晰,易剥离^[16]。剖宫产同时若不处理肌瘤,不仅对产妇及家属来说可能会造成巨大的思想负担,同时留下肌瘤亦可能会影响术后子宫缩复,使产褥感染概率增加,且产后肌瘤虽可缩小但不会完全消失,仍有再次手术的可能性^[13]。剖宫产同时行子宫肌瘤剔除术,可以终止肌瘤继续发展及恶变可能^[14],在肌瘤单发的情况下,可使90%的患者免于复发,肌瘤为多发时,则有半数以上的患者免于复发,同时也使90%的患者避免了子宫切除^[15],并可避免再次手术的痛苦和减轻患者经济负担和心理负担。本研究中观察组患者手术均顺利完成,无1例发生因止血困难而切除子宫,也未出现副损伤及其他严重的手术并发症,术后病检报告均为良性,表明剖宫产同时行子宫肌瘤切除术是安全可行的。因此,对于妊娠合并子宫肌瘤患者剖宫产术指征应适当放宽。对于有经验的产科医生在剖宫产同时行子宫肌瘤切除术,通常不会带来严重并发症及大的危险^[17]。但剖宫产时是否切除肌瘤要根据具体情

况而定,以安全为前提,权衡利弊,合理选择适应证,实施个体化方案,若有严重的妊娠并发症如子痫、心脏病、心力衰竭、胎盘早剥、凝血功能障碍、DIC等危重情况,不宜同时行肌瘤剔除术。

剖宫产术中肌瘤的处理应根据肌瘤位置、大小,患者情况,术者技术、经验以及安全为基础,充分评估并实施个体化处理^[18]。胎盘娩出后要仔细检查宫腔,若发现黏膜下肌瘤,可用组织钳钳夹瘤体,尽量向外提拉,弯血管钳从根部钳夹、切断,缝扎止血,缝合子宫切口前要仔细检查宫腔创面有无出血。除黏膜下肌瘤外,一般先缝合子宫切口,再处理肌瘤,但子宫下段横切口附近肌瘤,可尽量从此切口切除肌瘤后再快速缝合子宫切口。带蒂的浆膜下肌瘤一般在肌瘤蒂部钳夹,蒂部以上切除肌瘤,缝扎蒂部止血。

参考文献

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 12.
- [2] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 878.
- [3] 张秋月, 周芸芸. 剖宫产术中行子宫肌瘤剔除术47例临床分析[J]. 吉林医学, 2011, 32(23): 4766.
- [4] 王丹. 阴式与开腹子宫肌瘤剔除术的临床分析[J]. 中国医药, 2009, 4(3): 227.
- [5] 张丽丽, 张春惠, 王宇哈, 等. 经阴道与经腹腔子宫肌瘤剔除术的对比分析[J]. 临床误诊误治, 2005, 18(5): 350.
- [6] Hammoud A O, Asaad R, Berman J, et al. Volume change of uterinemyomas during pregnancy: do myomas really grow[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2006, 13(5): 386.
- [7] Neiger R, Sonek J D, Croom C S, et al. Pregnancy-related changes in the size of uterine leiomyomas[J]. J Reprod Med, 2006, 51(9): 671.
- [8] 张明, 成宁海, 刘俊涛, 等. 剖宫产同时行子宫肌瘤切除术134例分析[J]. 实用妇产科杂志, 2007, 23(12): 728.
- [9] 孟洁, 张改琴, 吴清明. 社会因素对剖宫产手术指征影响的分析[J]. 延安大学学报: 医学科学版, 2009, 7(2): 36.
- [10] 张秋桂. 剖宫产同时行子宫肌瘤剔除术86例临床分析[J]. 中华医学杂志, 2009, 33(3): 150.
- [11] 何日平. 剖宫产术同时肌瘤切除术临床观察[J]. 当代医学, 2010, 16(13): 57.
- [12] 王凤花. 剖宫产同时行子宫肌瘤剔除术79例报道[J]. 当代医学, 2011, 17(13): 79.
- [13] 阎立爽. 73例妊娠合并子宫肌瘤临床分析[J]. 中国优生与遗传杂志, 2008, 16(11): 72.
- [14] 王伽略, 杨孜. 妊娠合并子宫肌瘤的诊断与处理[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2007, 23(10): 740.
- [15] Coronado G D, marshall L M, swshwartz S M. Complications in pregnancy, labor, and deliveru with uterine leiomyomas: apopulation based study[J]. Obster G ynecol, 2000, 95(5): 764.
- [16] 刘新民. 妇产科手术学[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 206.
- [17] Kaymak O, Ustunyurt E, Okyay R E, et al. Myomectomy during cesarean section[J]. Int J Gynecol Obstet, 2005, 89: 90.
- [18] 王新梅, 赵爱民. 晚期妊娠合并子宫肌瘤102例临床分析[J]. 徐州医学院学报, 2002, 22(6): 553.