

# 剖宫产时处理子宫肌瘤的临床分析

方菁

(江西省南昌市三医院 南昌 330009)

**摘要:**目的:探讨妊娠合并子宫肌瘤在剖宫产时最佳处理方法。方法:对 50 例妊娠合并子宫肌瘤在剖宫产时处理的临床资料进行回顾性分析。结果:50 例妊娠合并子宫肌瘤患者中,38 例剖宫产同时行肌瘤剔除术,较 12 例单纯剖宫产,手术时间和失血量没有显著增加,且术后无并发症。结论:妊娠合并子宫肌瘤经阴道分娩成功率低,易致难产,应适当放宽剖宫产指征,同时行子宫肌瘤剔除术可免患者二次手术的痛苦。

**关键词:**晚期妊娠;子宫肌瘤;剖宫产;肌瘤剔除术

中图分类号:R 719.8

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)06-0056-02

子宫肌瘤是女性生殖器最常见的良性肿瘤,妊娠合并子宫肌瘤的发病率占肌瘤患者的 0.5%~1%,占妊娠的 0.3%~0.15%<sup>[1]</sup>。但实际上肌瘤合并妊娠的发生率不清楚,估计远较上述数字为高。因为肌瘤小,又无临床症状,产前未作 B 超等特殊检查,不少病人在妊娠、分娩过程中易被忽略。由于肌瘤的大小及生长位置不同,对分娩可造成不同影响,处理是否恰当可直接关系到母婴健康。为此对 2003 年 1 月~2006 年 12 月期间在我院住院剖宫产的 50 例妊娠合并子宫肌瘤患者进行了回顾性分析,以探讨剖宫产时子宫肌瘤的处理。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 50 例,年龄 20~40 岁,平均 30 岁;初产妇 41 例,经产妇 9 例。

1.2 肌瘤发现时间 孕期发现 44 例,占 88%;剖宫产时发现 6 例,占 12%。

1.3 肌瘤类型、大小和数量 肌壁间肌瘤 30 例,占 60%;浆膜下肌瘤 19 例,占 38%;黏膜下肌瘤 1 例,占 2%。单个肌瘤 39 例,占 78%;多发肌瘤 11 例,占 22%。肌瘤直径 >5cm 者 8 例,占 16%;直径 ≤5 cm 者 42 例,占 84%。

## 1.3 治疗方法

1.3.1 A 组 月经干净开始口服平消胶囊,4 粒/次,3 次/d;合用逍遥丸口服,15 粒/次,3 次/d;同时服用他莫昔芬 10mg/次,2 次/d,经期停药,连服 3 个月。

1.3.2 B 组 月经干净开始口服他莫昔芬 10mg/次,2 次/d,连服 3 个月。

## 2 疗效观察

2.1 疗效判定标准 参照国家中医药管理局颁布的中医病证疗效评定标准。临床治愈:乳房肿块及疼痛消失;显效:乳房肿块缩小 1/2 以上,疼痛消失或基本消失;有效:乳房肿块缩小,疼痛减轻;无效:乳房肿块及疼痛无改善。

2.2 治疗结果 见表 1。

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
A 组	44	11	22	9	2	95.45*
B 组	40	6	12	10	12	70.00*

注:两组比较,\*P<0.01。

2.3 不良反应 A 组有 1 例感上腹部不适,3 例肝功异常;B 组有 2 例肝功异常,1 例白细胞减少。

## 3 讨论

现代医学认为乳腺囊性增生病是乳腺实质的良性增生,

膜下肌瘤 19 例,占 38%;黏膜下肌瘤 1 例,占 2%。单个肌瘤 39 例,占 78%;多发肌瘤 11 例,占 22%。肌瘤直径 >5cm 者 8 例,占 16%;直径 ≤5 cm 者 42 例,占 84%。

1.4 剖宫产原因 社会因素 20 例,产科因素 21 例,肌瘤因素 9 例。

1.5 手术方式 均采用子宫下段横切口剖宫产,术中同时行肌瘤剔除术 38 例,肌瘤剔除术时先用缩宫素在肌瘤周围分点注射,肌瘤剥出后用 0/1 可吸收线连续锁扣缝合创面,小的浆膜下肌瘤,因剥离面小而浅,出血少可用电刀电凝止血。单纯剖宫产 12 例:其中 3 例因肌瘤靠近宫角接近输卵管开口处子宫血管旁,为避免引起大血管破裂而对肌瘤未处理;3 例因为肌壁间肌瘤,且术中未触及肌瘤而不予处理;4 例因肌壁间肌瘤直径大于 5cm,2 例因肌壁间肌瘤为多发性且多于 3 个,未处理。术中术后均用缩宫素促宫缩以减少术中术后出血。

1.6 手术时间及手术失血量 12 例单纯剖宫产的平均手术其病理形态复杂,增生可发生于腺管周围并伴有大小不等的囊肿形成,或腺管内表现为不同程度的乳头状增生,伴乳管囊性扩张,也有发生于小叶实质者,主要为乳管及腺泡上皮增生<sup>[2]</sup>。病因为体内女性激素代谢障碍,尤其是雌、孕激素比例失调,使乳腺实质增生过度 and 复旧不全<sup>[3]</sup>。部分乳腺实质成分中女性激素受体的质和量异常,使乳房各部位的增生程度参差不齐<sup>[4]</sup>。乳腺囊性增生病是妇女常见病、多发病,好发于 30~50 岁的妇女。该病属中医“乳癖”范畴,中医认为本病致病因素多由于郁怒伤肝,肝气不舒,思虑伤脾,脾失健运,痰湿内生,痰气互结,气血瘀滞而成,或因冲任失调,阴虚痰浊凝结所致<sup>[4]</sup>。平消胶囊主要成分有郁金、仙鹤草、五灵脂、白矾、硝石、干漆、枳壳、马钱子等,配合逍遥丸起到疏肝理气、活血化瘀通络、止痛散结的功效。他莫昔芬可以竞争地与乳腺组织中雌激素受体相结合,阻断雌激素对乳腺导管上皮和纤维组织的增殖。中西药合用能取长补短,起到消退乳腺过度增生、缓解疼痛的作用。通过临床观察,中西医结合治疗组临床治愈率及总有效率明显高于对照组,值得临床推广应用。

## 参考文献

[1]顾伯康.中医外科学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,2007.194  
 [2]吴在德,吴肇汉.外科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.307  
 [3]曹钟华.中西医结合治疗中重度乳腺病的探索[J].中国实用外科杂志,2000,20(10):621  
 [4]刘广西,刘书珍.中西医结合治疗乳腺增生病 50 例[J].现代中西医结合杂志,2008,17(2):207

(收稿日期:2008-08-09)

# 黄芪桂枝五物汤加减治疗产后身痛 61 例临床观察

徐丁洁 刘金星

(山东中医药大学 济南 250014)

关键词: 产后身痛; 多虚多瘀; 黄芪桂枝五物汤; 中医药疗法

中图分类号: R 714.46

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)06-0057-02

产褥期内出现肢体、关节酸痛、麻木、重着者,称为“产后身痛”,亦称“遍身痛”、“产后关节痛”。黄芪桂枝五物汤是仲景在《金匮要略》中为治疗血痹、肌肤麻木不仁、脉微涩而紧所设立的方子。近年来,笔者导师运用该方加减治疗产后身痛 61 例,总有效率 93.4%。现报道如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例 61 例均为门诊病人,平均年龄为(32±4.12)岁;病程最短 3d,最长 56d;发病季节:冬春季 39 例,时间为(40±5)min,失血量为(210±10)mL;38 例剖宫产同时行肌瘤剔除术的平均时间为(45±5)min,失血量为(230±15)mL,经 t 检验统计学处理,手术时间及失血量两组比较差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。

1.7 子宫肌瘤确诊方法 切除之肌瘤术后送病理检查以确诊。

## 2 结果

本组 50 例剖宫产中,38 例剖宫产同时行肌瘤剔除术,与 12 例单纯剖宫产相比较,术后阴道出血量及阴道出血时间,产后 42 d 门诊复查子宫复旧、产褥病率差异无统计学意义,只是在手术时间及术中出血量上稍有增加。

## 3 讨论

3.1 子宫肌瘤对妊娠的影响 妊娠合并子宫肌瘤无论对妊娠、分娩均有影响,其影响程度因肌瘤大小及生长部位不同而异。宫角部肌瘤可压迫输卵管间质部,阻碍精子与卵子相遇,从而发生不孕。黏膜下肌瘤使宫腔变形,宫腔内膜感染,不利于受精卵着床,即使着床,可因宫腔内膜供血不足而发生流产。较大的肌瘤合并妊娠时,由于机械性压迫障碍及子宫腔变形,也易引起流产。子宫体部较大肌瘤,可使胎位异常、胎儿宫内生长发育迟缓、胎盘低置、前置胎盘等,子宫下段肌瘤可导致产道梗阻、胎先露下降困难,从而发生难产。肌瘤亦可引起子宫肌肉收缩乏力,导致产程延长、产后出血。

3.2 剖宫产同时行肌瘤剔除术的可行性 妊娠合并子宫肌瘤在妊娠期及产褥期易发生变性或原有变性加剧,肌瘤可能影响分娩及产褥期子宫复旧,肌瘤在生育年龄不可能自行消退,而会逐渐长大,所以在剖宫产同时剔除肌瘤既可减少分娩及产褥期并发症,安全娩出胎儿,又大大减少因肌瘤而再次手术的机会<sup>[1]</sup>。对于准备剖宫产同时行肌瘤剔除术术前应充分准备,纠正贫血,备足血源,术中术后采取恰当的减少出血的办法,如注射缩宫素、使用米索前列醇或卡孕栓等以减少出血。

3.3 剖宫产术中子宫肌瘤的处理 剖宫产术中根据肌瘤位置、大小、患者的情况及术者技术、经验,以安全为前提,实施个体化处理<sup>[2]</sup>。肌壁间肌瘤术者术中不能触及的则不予处理,浆膜下肌瘤及黏膜下肌瘤均行手术治疗。产时行子宫全切除

例,夏秋季 22 例。全部病例均符合《中医妇科学》第六版产后身痛的诊断标准,症见关节疼痛,屈伸不利,肢体酸楚、麻木,或见腿脚乏力,足跟痛。检测抗“O”和类风湿抗体正常。本组排除风湿、类风湿、骨性关节炎等疾患,局部无红肿灼热。

1.2 治疗方法 以补气血、活血通络止痛为主,方以黄芪桂枝五物汤加减。组方:黄芪 30g、桂枝 12g、白芍 12g、当归 12g、鸡血藤 30g、制川乌 6g、羌活 12g、独活 12g、制香附 12g、陈皮 12g、忍冬藤 30g、通草 6g、细辛 3g、制乳香 6g、制没药 6g。术中因宫颈软、大、充血及宫颈外口界限不清,手术难度较大,易增加出血量及损伤输尿管等;子宫次全切则因未行宫颈刮片细胞学检查,是否有病变情况不明;因此应尽量避免行子宫切除术,而选择肌瘤剔除术。靠近子宫角、子宫动脉附近的肌瘤因血管丰富,尽量不要行剥出术;肌瘤过大,位置过深,或数目过多,考虑术中出血多可暂不处理。对合并其它产科严重并发症,合并全身脏器功能不全或疑有肌瘤恶变者对肌瘤亦可暂不处理。术中子宫切口的选择可根据子宫肌瘤的位置加以考虑,肌瘤位于子宫下段者可采取古典式剖宫产子宫体纵切口的方式,子宫前壁有多发性肌瘤,应尽量避免切开肌瘤所在处。剖宫产术中同时行子宫肌瘤剔除术需注意以下几方面的问题:(1)一般需先做剖宫产,除黏膜下肌瘤经宫腔内切除外,其余均应先缝合子宫切口,然后再剔除子宫肌瘤;(2)术中应大剂量应用催产素,以促进子宫收缩,减少子宫出血,在找到肌瘤的界限后。应采取边分离边结扎包膜血管的方法,逐步将肌瘤剔除以减少创面出血;(3)如肌瘤剔除后创面出血较多,经宫缩剂注射及一般处理无效,应立即做髂内动脉或子宫动脉结扎术,甚至子宫切除术。剖宫产术中行子宫肌瘤剔除术患者的术后处理,同子宫肌瘤剔除术及剖宫产术后处理,但应特别注意加强子宫收缩及预防感染。剖宫产术中同时行肌瘤剔除可避免分娩后因肌瘤影响子宫收缩而产生子宫复旧差、产后晚期出血和产褥期感染等严重并发症,还可避免二次剖腹手术风险<sup>[3]</sup>。因此选择合适的病例,剖宫产同时行肌瘤剔除术是有必要的,也是可行的。但是选择手术方式时一定要慎重,最为重要的是严格掌握手术的指征及娴熟的手术技能,术中权衡利弊,避免处理不当导致子宫切除,给产妇带来心理和精神上的痛苦。

## 参考文献

- [1]乐杰.妇产科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2005.298
- [2]张晓沁,潘伟芬,洪素英.剖宫产术时肌瘤剔除术 67 例临床分析[J].上海医学,2000,23(9):558-560
- [3]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):553-554
- [4]余敏丽.晚期妊娠合并子宫肌瘤 75 例临床分析[J].浙江临床医学,2005,7(4):410

(收稿日期:2008-09-01)