

是切除肠管的长度、切除淋巴结、下切缘阴性率,还是手术时间、术中出血量及术后并发症,包括短期的随访结果,均能达到令人满意的结果。我们认为,当术者积累了丰富的经验(特别是具有良好的开腹手术经验)、操作达到一定的熟练程度(需要大量的腹腔镜胆囊切除术训练),腹腔镜直肠癌切除术可以达到与开腹手术同样的治疗效果。

参考文献

- 1 劳景茂,何文海.腹腔镜直肠癌根治术的应用体会[J].中华实用诊断与治疗杂志,2009,23(2):179-180.
- 2 洪建明,蔡铭智,蔡丽生,等.腹腔镜下结直肠癌根治术的临床分

- 析(附45例报告)[J].微创医学,2009,4(2):131-132.
- 3 张志勇,陈组女,徐家朴,等.腹腔镜直肠癌根治切除术的临床应用[J].腹腔镜外科杂志,2005,10(1):24-26.
- 4 刘阳,李思.腹腔镜直肠癌切除术中的无瘤技术[J].中国内镜杂志,2008,14(4):441-442.
- 5 侯生槐,梁小波,白文启,等.结直肠癌腹腔镜手术对比开放手术远期疗效与安全性的荟萃分析[J].中国微创外科杂志,2009,9(1):8-11.
- 6 郑民华,林森旺,孙骥远,等.腹腔镜结直肠癌手术切口及脏器转移的实验研究[J].中国外科杂志,2002,12(7):332-337.

[收稿日期 2009-07-20][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]

经验交流

剖宫产同时行子宫肌瘤剔除术 38 例临床分析

黄珍珍

作者单位: 530012 广西,南宁市红十字会医院妇产科

作者简介: 黄珍珍(1962-),女,大学本科,主治医师,研究方向:妇产科疾病诊断和治疗。E-mail: gxnn1962@126.com

[摘要] 目的 探讨剖宫产同时行子宫肌瘤剔除术的安全性及可行性。方法 回顾性分析 2004-01 ~ 2009-01 38 例剖宫产同时行子宫肌瘤剔除术患者(观察组)及 38 例妊娠未合并子宫肌瘤仅行剖宫产术患者(对照组)的临床资料。结果 剖宫产同时行子宫肌瘤剔除术组手术操作时间较对照组延长($P < 0.05$),但两组患者术中术后出血量、术后并发症、术后肛门排气时间、住院天数差异均无统计学意义($P > 0.05$)。结论 对于有经验的产科医生,根据患者具体情况,选择性地行剖宫产同时行子宫肌瘤剔除术是安全、可行的。

[关键词] 剖宫产; 子宫肌瘤剔除术; 安全性

[中图分类号] R 719.8 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2009)11-1190-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.11.29

Myomectomy performed during cesarean section: a clinical analysis of 38 cases HUANG Zhen-zhen. Department of Obstetrics and Gynecology, Nanning Red Cross Hospital, Guangxi 530012, China

[Abstract] **Objective** To evaluate the safety and feasibility of cesarean myomectomy. **Methods** In this retrospective case-control study, 38 patients underwent cesarean myomectomy from Jan. 2004 to Jan. 2009 were compared with the control group consisted of 38 patients without uterine myoma who underwent cesarean section alone. **Results**

The average duration of operation was longer in the patients who underwent cesarean myomectomy than those underwent cesarean alone ($P < 0.05$), but the amount of blood loss or postoperative morbidity, postoperative anal exhaust time, and hospital days were similar between them. **Conclusion** In selective patients, cesarean myomectomy is not a hazardous procedure and can be performed safely by experienced obstetricians.

[Key words] Cesarean section; Myomectomy; Safety

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生率为 0.3% ~ 0.5%^[1]。近年来,随着高龄孕妇的增加和孕期 B 超监测的普及以及诊断技术的提高,晚期妊娠合并子宫肌瘤的发病率及诊断率均有上升趋势^[2]。目前对于剖宫产术中是否同时行子宫肌瘤剔除术的意见仍不一

致。本文回顾性分析我院 38 例妊娠合并子宫肌瘤患者剖宫产同时行子宫肌瘤剔除术的资料,探讨其安全性及可行性,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2004-01 ~ 2009-01 在我院妇产科住院

剖宫产同时行子宫肌瘤剔除术的38例患者(观察组),年龄22~38岁,平均31.5岁,孕周37⁻²~41⁺³周。另选同期妊娠无子宫肌瘤行单纯剖宫产患者38例(对照组),年龄24~36岁,平均32岁,孕周37⁺¹~42⁻¹周。所有病例术前均无严重内外科合并症、凝血功能障碍及贫血。两组患者的年龄、孕周以及除合并子宫肌瘤外的其他剖宫产指征比较,差异均无显著性($P>0.05$),两组资料具有可比性。

1.2 手术方法 两组患者剖宫产手术操作均在连续硬外麻下采用改良式经腹耻骨联合上横切口子宫下段剖宫产术,胎儿胎盘娩出后,宫体注射缩宫素20U,同时静脉滴注5%葡萄糖500ml加缩宫素10U维持,缝合子宫切口后,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。子宫肌瘤剔除操作与非孕期肌瘤剔除相同,先用缩宫素10~20U在肌瘤基底及其周围的组织中多点注射后剔除肌瘤。分为:(1)浆膜下带蒂肌瘤:于基底部做楔形切口将肌瘤剔除,间断或“8”字缝合切口。(2)浆膜下肌瘤:于肌瘤中部纵行切开肌瘤浆膜层,以一手压迫肌瘤两侧宫体,用手指或血管钳在包膜壁与肌瘤间钝性剥离肌瘤,用1-0可吸收肠线连续缝合或间断“8”字缝合关闭肌瘤残腔(不留死腔),浆肌层褥式内翻缝合压迫并包埋手术创面止血。(3)肌壁间肌瘤:纵行切开肌瘤包膜至肌瘤,助手在肌瘤外侧加压挤压肌

瘤,组织钳外提肌瘤配合手指或血管钳在包膜壁与肌瘤间钝性剥离,可减少术中出血量,肌瘤剔除后深层连续缝合或间断“8”字缝合肌瘤残腔止血并不留死腔,并按瘤腔大小缝1~2层,再行浆肌层连续或间断褥式内翻缝合压迫并包埋手术创面。(4)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。

1.3 肌瘤情况 黏膜下肌瘤2例,肌壁间肌瘤24例,浆膜下肌瘤12例;单发肌瘤28例,多发肌瘤10例;5cm≤直径<10cm肌瘤20例,直径≥10cm肌瘤2例,直径≤5cm肌瘤16例。术后病理诊断均为子宫平滑肌瘤,其中红色变性6例,囊性变3例,无一例恶变。

1.4 统计学方法 应用SPSS10.0软件进行统计学处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较用 t 检验, $P<0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术操作时间、出血量、术后并发症、术后肛门排气时间、术后住院天数比较 观察组手术操作时间较对照组长,两组比较差异有统计学显著意义($P<0.05$);其余各项比较差异无统计学显著意义($P>0.05$)。见表1。

表1 两组的各项观察指标比较($\bar{x} \pm s$)

分组	n	平均手术操作时间 (min)	术中出血量 (ml)	术后24h出血量 (ml)	术后并发症 (%)	术后肛门排气时间 (h)	术后住院天数 (d)
观察组	38	82 ± 36	320 ± 75	93 ± 33	2.9	36 ± 8	5.5 ± 2.1
对照组	38	65 ± 18	245 ± 68	89 ± 28	2.3	35 ± 9	5.0 ± 1.8
t		1.017	2.321	1.698	2.005	2.012	2.139
P		<0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.2 多发性肌瘤与单发性肌瘤术中出血量比较 多发性肌瘤平均出血量(210+58)ml,单发肌瘤平均出血量(208±50)ml,两者比较差异无统计学意义($t=2.218, P>0.05$)。

3 讨论

3.1 剖宫产同时剔除肌瘤的必要性和可行性 剖宫产术中是否予以剔除子宫肌瘤,始终存在着争议。传统观念认为,妊娠期子宫壁血运丰富,肌瘤变软,手术剔除肌瘤时出血活跃,甚至难以控制,增加术中、术后出血及术后感染的机会;肌瘤位置改变,肌瘤与周围界限不清,手术难度大;产后子宫肌瘤可以缩小。故认为除非带蒂浆膜下子宫肌瘤,其他类型子宫肌瘤剖宫产术同时,均不主张行子宫肌瘤切除术^[3]。但也有学者则持相反的观点,他们认为,一是随着剖宫产术中遇到子宫肌瘤的情况增多,以及剖宫产术操作的熟练,在手术中发现足月妊娠时子宫肌瘤边界清晰、易分离,而且子宫对催产素敏感,术中出血量、手术难度无明显增加,故认为剖宫产术时应尽可能切除子宫肌瘤^[4]。二是子宫肌瘤剔除后可免受再次手术之苦,同时可减轻患者的经济负担。三是要是肌瘤留下不处理,术后影响子宫复旧,产后阴道流血时间长,出血多及盆腔感染机会增加。四是产后激素水平下降虽

可使肌瘤缩小,但不会完全消失,若留下肌瘤不处理则影响日后子宫复旧,使产褥感染的几率增加^[5]。近年来很多临床报告分析得出剖宫产术中行子宫肌瘤剔除术是安全可行的。通过对子宫肌瘤切除术后长期随访结果认为,剖宫产术中彻底切除子宫肌瘤,可使90%的单发肌瘤患者及近半数的多发肌瘤患者避免子宫切除术^[6]。本组资料结果表明,剖宫产同时行子宫肌瘤剔除术,除其手术操作时间比对照组相对延长外,术中出血量、术后24h出血量、术后并发症、术后肛门排气时间、住院天数等与对照组比较差异均无统计学意义。无一例病人出现产后出血、切除子宫,避免了剖宫产后因子宫肌瘤再次手术的可能,说明剖宫产术同时行子宫肌瘤剔除术并不明显增加手术难度和出血量以及术后并发症,故本术式是安全、可行的。

3.2 手术适应证 并非所有剖宫产术中肌瘤剔除都是安全的,应严格掌握适应证,个体化处理是必要之前提。剖宫产术中应根据肌瘤的大小、部位、患者情况和技术条件而定。我们认为,对于剖宫产同时可行子宫肌瘤剔除术的病例术中应遵循以下手术原则:(1)浆膜下、黏膜下肌瘤应予剔除。(2)肌壁间肌瘤应尽可能剔除,但不应在子宫上做多个切口。

(3)切口附近子宫下段部位肌瘤,应行肌瘤剔除。(4)宫角阔韧带处子宫肌瘤剔除时可能出血会较多,此时应由有经验的医生进行操作,迅速剔除肌瘤并缝合关闭残腔,以避免失血较多。而对于特殊部位的肌瘤,如大型宫颈肌壁间肌瘤向黏膜下内突者,产妇自身条件差不能耐受手术痛苦或合并有其他产科严重并发症者,或剖宫产出血多、病情危重者或合并有全身脏器功能不全、不宜手术时间过长者,不宜同时进行肌瘤剔除术,应改行择期手术或改用其他方法治疗为宜。

3.3 手术注意事项 剖宫产时子宫肌瘤剔除术的关键在于如何减少术中出血量,尤其是直径≥5 cm的肌瘤剔除术。开始剔除肌瘤前,采用缩宫素于肌瘤四周及基底部注射后,易于剥离并剔除较大肌瘤,可明显减少出血。切口不宜过大,能剥离剔出即可,助手或术者压迫挤压及牵拉肌瘤均可减少肌瘤周围血供,剥离瘤体时,要注意找对瘤体与包膜间的层次,这样会减少剥离过程中的出血。在剥离过程中,对包膜部位和肌瘤的营养血管进行逐个钳夹止血。国外有学者主张使用止血带阻断子宫动脉和骨盆漏斗韧带血管,能有效减少失血^[7]。缝合前不应切除过多肌壁组织,否则子宫复旧后可能造成子宫偏小,连续或间断“8”字可吸收肠线缝合关闭肌瘤残腔,浆肌层连续褥式缝合,压迫包埋创面,减少肌瘤剔除后出血及术后子宫与周围组织的粘连,减少并发症。对于

术后处理,除了要密切观察产妇阴道出血、腹痛、体温变化等情况外,加强宫缩剂及抗生素的应用是防止残腔出血和感染的一个重要环节。术后可用米索前列醇 200 μg 塞肛,缩宫素 10 U 肌注,2 次/d,连用 3 d,可减少出血。静脉应用广谱抗生素 3 d 预防感染。

参考文献

- 1 乐杰,主编.妇产科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2008:269-272.
- 2 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):740-742.
- 3 Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, et al. Williams Obstetrics[M]. 21st. Edition. New York: McGraw-Hill, 2001:930.
- 4 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].实用妇科与产科杂志,2007,23(12):728-730.
- 5 连利娟,林巧稚.妇科肿瘤学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,1996:359.
- 6 边旭明,吴葆桢,徐蕴华,等.剖宫产同时子宫肌瘤切除术27例分析[J].中华妇产科杂志,1993,28(6):364-365.
- 7 Kwawukume EY. Caesarean myomectomy[J]. Afr J Reprod Health, 2002,6(3):38-43.

[收稿日期 2009-06-24][本文编辑 韦挥德 黄晓红]

经验交流

脑动静脉畸形手术治疗体会

黄琦丹, 黄志伟, 陆健吾, 文超勇, 郑捷敏, 李学东, 陈家康

作者单位: 545005 柳州, 广西医科大学第四附属医院神经外科

作者简介: 黄琦丹(1980-), 男, 大学本科, 住院医师, 研究方向: 脑血管疾病和颅脑肿瘤诊治。E-mail: huangqidan00@yahoo.com.cn

【摘要】 目的 讨论颅脑动静脉畸形的临床特征和临床治疗方法, 以及治疗新进展。方法 分析该病的临床表现、影像学特征, 探讨其治疗方法, 通过两例典型的病例进行讨论。结果 手术全切除 59 例, 占 92%, 部分切除 5 例, 占 8%。结论 手术治疗是目前治疗脑动静脉畸形并出血的有效方法。

【关键词】 脑动静脉畸形; 出血, 手术治疗

【中图分类号】 R 743.4 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2009)11-1192-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.11.30

Surgical treatment of intracranial arteriovenous malformations HUANG Qi-dan, HUANG Zhi-wei, LU Jian-wu, et al. Department of Neurosurgery, the Forth Affiliate Hospital of Guangxi Medical University, Liuzhou 545005, China

【Abstract】 Objective To study the Clinical features and surgical treatment of intracranial arteriovenous malformations. **Methods** Two patients with intracranial arteriovenous malformations were treated by surgical treatment. The image features, clinical manifestations, treatment of intracranial arteriovenous malformations were studied. **Results** Total resection was performed in 59 cases (92%), partial resection performed in 5 cases (8%). **Conclusion** Surgical treatment is an effective method in treating intracranial arteriovenous malformations with hemorrhage.

【Key words】 Intracranial arteriovenous malformations; Hemorrhage, Surgical treatment