

PCT 对脓毒症预后评估有一定的指导意义,随着 PCT 值增高,脓毒症患者的病死率和抗生素使用天数及住院时间均呈上升趋势。且 Suarez-Santamaria 等<sup>[7]</sup>对脓毒症的多种标记物检测的意义进行分析,指出 PCT 不仅对判断脓毒症的预后有一定的指导意义,还是判断患者感染程度的较好指标,能够更好地反映脓症患者病情的严重程度。

**3.3** 该试验收集了 101 例血培养阳性的脓症患者标本进行检测,发现 G<sup>-</sup> 菌和 G<sup>+</sup> 菌感染所致的脓症患者血清 PCT 均升高,且 G<sup>-</sup> 菌感染的患者血清 PCT 水平明显高于 G<sup>+</sup> 菌感染,两组间比较差异有统计学意义( $P = 0.000$ )。而传统指标 hs-CRP、WBC 计数水平虽然在 G<sup>-</sup> 菌组和 G<sup>+</sup> 菌组均升高,但两组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。近年来的研究表明细胞内毒素和多种细胞因子都可刺激和诱导 PCT 的释放。G<sup>-</sup> 菌感染后,机体受到内毒素(主要为脂多糖)和细胞因子的双重刺激,所以血清 PCT 的水平明显升高,而 G<sup>+</sup> 菌感染机体只受到细胞因子的刺激,所以血清 PCT 的升高水平相对比 G<sup>-</sup> 菌感染的患者要低<sup>[8]</sup>。本研究构筑的 PCT 鉴别 G<sup>-</sup> 菌、G<sup>+</sup> 菌感染的 ROC 曲线显示当 PCT 取最佳截断值 3.22 ng/ml 时,Youden 指数最大为 0.68,其鉴别的敏感度为 86%,特异度为 72%。由此可见 PCT 在区分 G<sup>-</sup> 菌、G<sup>+</sup> 菌感染方面有一定的价值,可为临床

早期使用抗生素提供参考。

#### 参考文献

- 1 Marshall JC, Vincent JL, Guyatt G, et al. Outcome measures for clinical research in sepsis: a report of the 2nd Cambridge Colloquium of the International Sepsis Forum[J]. Crit Care Med, 2005, 33(8): 1708-1716.
- 2 Martin GS. Sepsis, severe sepsis and septic shock: changes in incidence, pathogens and outcomes[J]. Expert Rev Anti Infect Ther, 2012, 10(6): 701-706.
- 3 Dahaba AA, Mezler H. Procalcitonin's role in the sepsis cascade. Is procalcitonin a sepsis marker or mediator[J]. Minerva Anesthesiol, 2009, 75(7-8): 447-452.
- 4 Weckermann R, Dinter C, Wissmann C. Procalcitonin to guide antibiotic therapy in lower respiratory tract infections and sepsis[J]. Eur Respir Dis, 2012, 8(1): 71-74.
- 5 杨素华,洪旭涛,林伟峰,等.联合检测血清 PCT、CRP 水平变化对脓毒症患者的诊断价值[J].中国卫生检验杂志,2012,22(12): 2913-2915.
- 6 李建成,戴木森.降钙素原检测对脓毒症病情及预后判断的指导价值[J].福建医药杂志,2013,35(1): 61-63.
- 7 Suarez-Santamaria M, Santolaria F, Perez-Ramirez A. Prognostic value of inflammatory markers (notably cytokines and procalcitonin), nutritional assessment, and organ function in patients with sepsis[J]. Eur Cytokine Netw, 2010, 21(1): 19.
- 8 黄彩芝,莫丽亚,李先斌,等.不同细菌感染所致脓症患者血清降钙素原水平的研究[J].国际检验医学杂志,2010,31(10): 1110-1111.

[收稿日期 2014-07-08][本文编辑 韦所苏]

## 博硕论坛·论著

# 剖宫产术中子宫肌瘤剔除术加 B-lynch 缝合术 44 例临床疗效分析

戴彬, 陈燕琴, 温敬欢

作者单位: 523176 广东,东莞市道滘医院妇产科

作者简介: 戴彬(1979-),女,在职研究生学历,医学学士,副主任医师,研究方向:妇产科疾病诊治。E-mail: daibinbin1221@163.com

**[摘要]** 目的 探讨剖宫产术中同时行子宫肌瘤剔除术加 B-lynch 缝合术治疗妊娠合并子宫肌瘤的临床疗效。方法 剖宫产同时行子宫肌瘤剔除术加 B-lynch 缝合术的 44 例为观察组,选择同期单纯剖宫产术、产后择期子宫肌瘤剔除术 44 例为对照组,对两组各项指标进行比较分析。结果 观察组手术操作时间较对照组长,平均术中失血量较对照组每例多约 100 ml,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。两组术后肛门排气时间、产褥感染率、产后出血率、术后住院时间以及产后恶露干净时间比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论 在病例选择合适的前提下,剖宫产术中同时行子宫肌瘤剔除术加 B-lynch 缝合术,并不明显增加手术难度、出血量以及术后并发症,能够减轻患者再次手术治疗的心理和经济负担,具有可行性和临床应用价值,值得推广。

**[关键词]** 剖宫产; 子宫肌瘤; B-lynch 缝合术

[中图分类号] R 714 [文献标识码] A [文章编号] 1674-3806(2015)01-0026-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2015.01.09

**Clinical efficacy of myomectomy and B-lynch suture during cesarean section: report of 44 cases** DAI Bin, CHEN Yan-qin, WEN Jing-huan. Department of Obstetrics and Gynecology, the People's Hospital of Daojiao Town, Dongguan City, Guangdong 523176, China

**[Abstract]** **Objective** To investigate the clinical efficacy of myomectomy and B-lynch suture during cesarean section in pregnant women with hystero myoma. **Methods** Forty-four pregnant women with hystero myoma undergoing myomectomy and B-lynch suture during cesarean section were selected for the observation group, and at the same time, other 44 pregnant women with hystero myoma undergoing cesarean section and puerperal myomectomy were selected for the control group. The observation indexes were compared between two groups. **Results** The operation time of observation group was longer than that of the control group. The average intraoperative blood loss in observation group was 100 ml more than the control group in each case ( $P < 0.01$ ). There were no significant difference between two groups in the anal exhaust time after operation, the puerperal infection rate, the rate of postpartum hemorrhage, the hospitalization time after operation and the time of lochia ( $P > 0.05$ ). **Conclusion** Under the condition of appropriate cases, uterine myomectomy and B-lynch suture during cesarean section does not significantly increase operation difficulty, the bleeding volume postoperative complications, but reduces the re-operation treatment and reduces the economic burden of the patients.

**[Key words]** Cesarean section; Hystero myoma; B-lynch suture

子宫肌瘤是女性生殖系统最为常见的良性肿瘤,多发生于 30~50 岁的生育期妇女,主要由子宫平滑肌细胞和少量纤维结缔组织组成,故临床上常称为子宫平滑肌瘤<sup>[1]</sup>。妊娠合并子宫肌瘤为产科常见妊娠合并症,占妊娠 0.3%~0.5%,肌瘤的生长部位、大小、性质对妊娠及分娩产生不同影响。大部分子宫肌瘤在怀孕期间是无症状的,也有少数子宫肌瘤患者在怀孕期间会发生流产、早产、胎膜早破、红色样变等情况<sup>[2]</sup>。妊娠合并子宫肌瘤多能自然分娩,若肌瘤较大或变性,会引起产道狭窄或者产程停滞,因而需要选择剖宫产术终止妊娠。回顾性分析我院 2007-01~2013-01 44 例妊娠合并子宫肌瘤患者行剖宫产术中子宫肌瘤剔除术加 B-lynch 缝合术,取得满意效果,并与同期单纯剖宫产术后择期子宫肌瘤剔除术的 44 例进行对照,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择我院 2007-01~2013-01 44 例足月妊娠合并子宫肌瘤产妇作为观察组,行剖宫产同期子宫肌瘤剔除术加 B-lynch 缝合术,另随机选择同期 44 例行单纯剖宫产,产后择期子宫肌瘤剔除术的产妇为对照组。妊娠合并子宫肌瘤不是剖宫产指征,两组各有 13 例产妇因为社会因素要求剖宫产,其余均有手术指征。观察组年龄 25~44 岁,平均 32.2 岁。初产妇 19 例,经产妇 25 例。入院孕周 36 周<sup>+2</sup>~41 周<sup>+5</sup>,平均 37 周<sup>+6</sup>。单发肌瘤 33 例,多发肌瘤 11 例,肌瘤直径 2~5.8 cm,肌瘤类型:浆

膜下肌瘤 24 例,肌壁间肌瘤 17 例,黏膜下肌瘤 3 例。对照组年龄 26~43 岁,平均 33.6 岁。初产妇 18 例,经产妇 26 例。入院孕周 37~41 周<sup>+3</sup>,平均 38 周<sup>+2</sup>。单发肌瘤 32 例,多发肌瘤 12 例,肌瘤直径 2.1~6 cm,肌瘤类型:浆膜下肌瘤 20 例,肌壁间肌瘤 19 例,黏膜下肌瘤 5 例。两组孕妇在年龄、孕周、产次、肌瘤大小、类型等方面比较差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 方法** 两组患者术前积极完善常规检查,如有贫血先入院纠正治疗。术前 30 min 给予预防性抗生素,均采用在腰硬联合麻醉下手术。观察组给予剖宫产同期行子宫肌瘤剔除术,先予子宫下段行剖宫产术,待胎儿娩出后宫体注射缩宫素 20 U,同时将 20 U 缩宫素加入 5% 葡萄糖 500 ml 中静滴,葡萄糖酸钙 10 ml 加入 5% 葡萄糖 100 ml 快速静滴,以增加子宫对缩宫素的敏感性达到减少出血量的目的。如子宫肌瘤位于黏膜下,暂不缝合剖宫产子宫切口,经子宫切口自宫腔内切除黏膜下肌瘤,0/2 号可吸收线快速“8”字缝合创面,不留死腔,止血后采用 0/1 号可吸收线连续锁扣全层缝合子宫切口。子宫肌瘤位于浆膜下或肌壁间者,胎儿、胎盘娩出后先缝合子宫切口,用橡皮条(一根 18 号一次性乳胶导尿管)由双侧卵巢漏斗韧带结扎子宫峡部,阻断子宫动脉或必要时采取缝扎子宫动脉方法以减少出血,在肌瘤四周及基底部注射 10 U 缩宫素,将带蒂的浆膜下肌瘤于根部做楔形切口,将肌瘤摘除后 0/

3 号可吸收线“8”字缝合创面,无带蒂者及肌壁间肌瘤沿肌瘤长轴做纵切口,剥离瘤体,0/2 号可吸收线“8”字缝合关闭肌瘤残腔肌层止血,再用小针小线予以连续褥式内翻缝合子宫浆肌层包埋手术创面,止血效果佳。多发性子宫肌瘤相邻者尽量采取一个切口进入,同法予以剔除。随后将患者子宫托出腹腔外,用大圆针穿 0/1 号可吸收缝线于距右侧子宫切口 3 cm 的右下缘 3 cm 处进针,穿过宫腔,至距右侧子宫切口 3 cm 的右上缘 3 cm 处出针,缝线拉至宫底距离宫角 3~4 cm 处垂直宫底褥式缝合 2 针,深达子宫肌层,再由宫底垂直绕向后壁,于后壁相当于前壁右切口下缘进针的位置出针,再由后壁进针宫腔,于左侧后壁对应点处水平出针,缝线从子宫后壁垂直通过宫底左侧对应部位褥式缝合 2 针拉至子宫前壁,如同子宫右侧缝合相对应的部位位于左侧切口上下缘进针和出针,助手逐渐加压后,术者小心拉紧打结<sup>[3]</sup>。手术后使用沙袋压迫腹部切口处 6 h,缩宫素 20 U 加入 5% 的葡萄糖 500 ml 连续静脉滴注 3 d,同时使用 600 μg 米索前列醇,肛塞 1 次/d。对照组给予单纯剖宫产术式,术后处理与观察组相

同,产后择期行子宫肌瘤剔除术。

**1.3 观察指标** 比较两组临床观察指标,麻醉成功后开始手术到完成手术的时间;术中通过吸引器量瓶收集和无菌敷料称重客观准确计量出血量;术后恢复肛门排气所需时间;术后患者恢复良好、伤口Ⅱ/甲愈合拆除缝线所需时间;产后出血率为术中出血 400 ml 或者术后 24 h 出血 500 ml 的患者比率;产褥感染率为产褥期生殖道受病原体侵袭,引起局部或者全身感染的患者比率和产后恶露干净所需时间。

**1.4 统计学方法** 应用 SPSS18.0 统计学软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较采用  $t$  检验,计数资料组间比较采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

两组患者手术时间和术中出血量比较差异具有统计学意义( $P < 0.01$ )。两组术后肛门排气时间、产褥感染率、产后出血率(术后 24 h 出血量 > 500 ml)、术后住院时间以及产后恶露干净时间比较差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组临床观察指标结果比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别         | 例数 | 手术时间<br>(min) | 术中出血量<br>(ml) | 术后肛门排气时间<br>(h) | 术后住院时间<br>(d) | 产后出血率<br>(%) | 产后恶露干净时间<br>(d) | 产褥感染率<br>(%) |
|------------|----|---------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|-----------------|--------------|
| 观察组        | 44 | 67.2 ± 15.8   | 323.6 ± 22.5  | 27.1 ± 2.9      | 6.5 ± 1.2     | 13.6(6/44)   | 33.6 ± 6.4      | 0            |
| 对照组        | 44 | 35.5 ± 7.9    | 237.1 ± 33.6  | 26.9 ± 2.8      | 6.4 ± 1.4     | 15.9(7/44)   | 34.3 ± 6.6      | 0            |
| $t/\chi^2$ | -  | 11.904        | 14.189        | 0.329           | 0.360         | 0.090        | 0.505           | 0.000        |
| $P$        | -  | 0.000         | 0.000         | 0.399           | 0.438         | 0.289        | 1.000           | 1.000        |

## 3 讨论

**3.1** 近年来随着妊娠合并子宫肌瘤发生率不断上升,其对孕期的影响也不容忽视,此类患者产检时一经发现均被列为高危孕妇。生长位置较低的肌瘤可妨碍胎先露的下降,较大的黏膜下或肌壁间肌瘤可能会影响胎儿在宫腔的活动,导致胎位异常、胎盘前置、产道梗阻等情况,从而增加剖宫产率<sup>[4]</sup>。临床对于剖宫产术同期进行子宫肌瘤剔除术的可行性一直存有两种观点。一种观点认为妊娠期的子宫血运丰富、血管扩张,容易导致术中失血过多,增加产褥感染及子宫切除的几率,再加之子宫肌瘤在妊娠期软化,与其周围组织的界限分不清,肌瘤剔除的难度明显加大,故主张产后二次手术<sup>[5]</sup>;另一种观点认为剖宫产术同期行子宫肌瘤剔除术,术中失血量未见明显增加,增加的失血量少于非孕期剔除子宫肌瘤的失血量,以及产褥期子宫肌瘤容易变性,甚至持

续增大,影响子宫复旧,增加产后出血和感染的机会,加重患者再次手术的心理和经济负担,故主张剖宫产术同期进行子宫肌瘤剔除术<sup>[6]</sup>。

**3.2** 为了避免宫缩乏力引发难治性产后出血风险的发生,我院在剖宫产术中剔除子宫肌瘤的同时实行 B-lynch 缝合术。B-lynch 缝合术原理是用可吸收线缝合捆绑子宫肌层,使子宫处于持续纵向压缩状态以关闭血窦,另外,两条绑带的压迫作用,还阻止了部分子宫动脉、卵巢动脉的分支由子宫侧缘向子宫中央的血流分布。因此,B-lynch 缝合是兼有外压迫和阻止血流的双重作用而达到有效止血目的,对宫缩乏力引发的产后出血的治疗效果尤为显著<sup>[7]</sup>。

**3.3** 通过对两组产妇的临床疗效分析,认为观察组手术操作时间较对照组长,平均术中失血量较对照组多,比较差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),但是每例增多的失血量约 100 ml 并不会明显危及患者生命

安全。两组肛门排气时间、产褥感染率、产后出血率、术后住院时间以及产后恶露干净时间比较差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。所以,在保障产妇生命安全的情况下,剖宫产同期行子宫肌瘤剔除术具有可行性。有研究主张当肌瘤  $> 5\text{ cm}$  (特别是  $> 10\text{ cm}$ ), 或为多发性、特殊部位(如阔韧带内、宫角部、直肠窝、宫颈等部位)以及妊娠合并有其他内科疾病者(如妊娠高血压、妊娠糖尿病等)应放弃剔除术,以免发生不可控大出血<sup>[8]</sup>。这就要求产科医师具备丰富的临床经验及娴熟的操作技术,能准确掌握临床适应证。术前积极完善各项相关检查,纠正贫血;术中严格分析,因人而异,预估短时间内能完成手术且安全可行的,则术中同时剔除,切忌盲目剔除子宫肌瘤引起产妇术中严重出血,危及生命等状况。

综上所述,对于有经验的产科医师来说,剖宫产时行子宫肌瘤剔除术并不明显增加手术难度、出血量以及术后并发症,能够减少患者再次手术治疗几率和减轻患者心理及经济负担,具有可行性和临床

应用价值,值得推广。

#### 参考文献

- 1 谢 幸,苟文丽. 妇产科学[M]. 第 8 版. 北京:人民卫生出版社, 2013:310-313.
- 2 刘 凡,王丹波. 剖宫产术中子宫肌瘤剔除术临床疗效分析[J]. 中国医学创新,2013,10(12):31-32.
- 3 陆 薇,王维俊,杨夫艳. B-lynch 缝合术在治疗产后出血中的应用[J]. 中国计划生育和妇产科,2014,6(1):52-54.
- 4 王顺顺. 妊娠合并子宫肌瘤 60 例诊断分析[J]. 中国医药指南, 2013,11(18):551-552.
- 5 颜丽娜,郭 萍. 剖宫产同时行子宫肌瘤切除术 118 例回顾性分析[J]. 中国医学创新,2014,11(1):67-68.
- 6 李雅丽,陈映竹,付建红,等. 剖宫产同时子宫肌瘤剔除术分析[J]. 河南诊断与治疗杂志,2002,16(5):339-340.
- 7 符 伟,刘 芳. 球囊压迫宫腔联合 B-lynch 术治疗严重产后出血效果观察[J]. 海南医学,2014,25(3):413-415.
- 8 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.

[收稿日期 2014-07-28][本文编辑 黄晓红]

## 博硕论坛·论著

# P53 基因表达与食管癌放化疗敏感性关系的研究

江 舟, 黄江琼, 许 杨, 邓彩旧, 陈 龙

作者单位: 545005 广西,柳州市工人医院肿瘤科(江 舟); 530021 南宁,广西医科大学附属肿瘤医院放疗科(黄江琼,邓彩旧,陈龙); 530021 南宁,广西医科大学公共卫生学院流行病学教研室(许 杨)

作者简介: 江 舟(1982-),男,研究生学历,硕士学位,住院医师,研究方向:肿瘤放射治疗。E-mail:jo\_821020@sina.com

通讯作者: 陈 龙(1960-),男,研究生学历,硕士学位,副主任医师,研究方向:肿瘤放射治疗。E-mail:clong6@126.com

**[摘要]** 目的 研究 P53 基因表达与食管癌同步放化疗敏感性的关系,为预测食管癌治疗效果提供参考依据。方法 采用 RT-PCR 方法检测 50 例食管癌患者外周血白细胞中 P53 基因 mRNA 的表达情况。入组病例均予以总量为 60~70 Gy 的三维适形调强放疗及 2 周期同步 DF(顺铂+五氟尿嘧啶)方案化疗,分析 P53 基因表达与同步放化疗疗效之间的关系。结果 P53 阳性组 18 例中,完全缓解(CR)4 例,部分缓解(PR)8 例,稳定(SD)4 例,进展(PD)2 例,治疗有效率为 66.7%;P53 阴性组 32 例中,CR 11 例,PR 20 例,SD 1 例,PD 0 例,治疗有效率为 96.9%。两组疗效比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 食管癌病例中 P53 基因的过度表达可能影响肿瘤细胞对放射治疗及化学疗法的敏感性,检测食管癌 P53 基因的表达可能有助于判断食管癌对于放化疗的反应,并借此判断患者的预后,对于指导临床肿瘤治疗具有一定的参考意义。

**[关键词]** 食管癌; P53; 基因表达; 聚合酶链反应

**[中图分类号]** R 735 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2015)01-0029-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2015.01.10