

剖宫产术联合同期子宫肌瘤剔除术在妊娠合并子宫肌瘤患者中的应用观察

王侠 (江苏沛县中医院, 江苏徐州 221600)

摘要: 目的 探讨剖宫产术联合同期子宫肌瘤剔除术在妊娠合并子宫肌瘤患者中的应用。方法 选取我院 2021 年 1 月~2022 年 1 月收治的 63 例妊娠合并子宫肌瘤产妇为研究对象, 随机分为对照组 31 例和观察组 32 例。对照组产妇行单纯剖宫产术, 术后择期实施子宫肌瘤剔除术治疗; 观察组产妇行剖宫产术联合同期子宫肌瘤剔除术。比较两组产妇围手术期临床指标、并发症发生情况和新生儿不良情况。结果 观察组产妇手术时间明显长于对照组 ($P < 0.05$), 其他临床指标比较差异不显著 ($P > 0.05$); 两组产妇产后出血量、恶露干净时间和月经恢复时间比较差异不显著 ($P > 0.05$); 观察组产妇产褥病、切口感染、严重腹痛等情况明显少于对照组 ($P < 0.05$); 两组新生儿不良情况比较差异不显著 ($P > 0.05$)。结论 剖宫产术联合同期子宫肌瘤剔除术在妊娠合并子宫肌瘤患者中应用效果显著, 能够有效降低产妇的并发症发生率, 且具有一定的安全性。

关键词: 剖宫产术; 子宫肌瘤剔除术; 妊娠合并子宫肌瘤; 可行性; 安全性

子宫肌瘤是一种女性生殖器官中常见的肿瘤, 通常为良性, 又称为纤维肌瘤、子宫纤维瘤。子宫肌瘤主要是由子宫平滑肌细胞增生导致的, 因此也可以称之为子宫平滑肌瘤, 一般简称为子宫肌瘤。大多数患者无明显临床症状, 增加了产妇在分娩时的潜在危险, 对母婴的健康存在一定威胁。如果一直没有采取有效的治疗措施, 子宫肌瘤可能由良性转变为恶性。在传统的观念中, 大家普遍认为剖宫产手术时如果同期进行子宫肌瘤剔除手术, 尤其是较大的子宫肌瘤, 容易造成出血和感染, 甚至可能会因为大出血或者宫缩乏力, 最后导致子宫切除。

既往医生通常会将带蒂的浆膜下肌瘤, 或靠近剖宫产切口比较容易剔除的肌瘤进行剔除, 大部分产科医生不会在进行剖宫产手术的同时进行子宫肌瘤剔除手术。但是, 随着临床上对于此手术方案的研究越来越多, 这种观念也在不断发生变化。传统治疗妊娠合并子宫肌瘤的方案是先行剖宫产术, 再择期行子宫肌瘤剔除术, 产妇需接受二次手术, 对子宫的损伤较大, 产妇产生感染的可能性更高。患有子宫肌瘤的产妇, 分娩时子宫供血较多, 剔除子

宫肌瘤的难度较低^[1]。因此, 部分医学专家认为, 在行剖宫产术时, 根据患者的具体情况剔除子宫肌瘤, 可有效降低产妇术后并发症的发生率, 避免产妇二次手术创伤和风险。相关研究表明^[2], 在剖宫产术同时进行子宫肌瘤剔除手术, 虽然手术时间会延长, 但血红蛋白下降、输血、发热、并发症(器官损伤、出血、子宫收缩乏力)发生率并未增加。行剖宫产术同期联合子宫肌瘤剔除术的产妇, 与单纯行剖宫产术的产妇相关临床指标比较差异不大, 胎儿能够顺利分娩, 提高子宫肌瘤的治疗效果。本研究进一步探讨了剖宫产术同期联合子宫肌瘤剔除术, 在妊娠合并子宫肌瘤患者中的可行性与安全性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2021 年 1 月~2022 年 1 月收治的 63 例妊娠合并子宫肌瘤产妇为研究对象, 随机分为对照组 31 例和观察组 32 例。对照组年龄 23~35 岁, 平均年龄 (27.26 ± 2.48) 岁; 孕周 37~42 周, 平均

(39.26 ± 1.74)周。观察组年龄24~36岁,平均年龄(28.36 ± 1.93)岁;孕周37~42周,平均(39.06 ± 1.68)周。两组患者一般资料比较差异不显著,具有可比性, $P > 0.05$ 。纳入标准:确诊合并子宫肌瘤且直径 ≤ 5 cm;身体符合剖宫产手术指征;没有其他妊娠并发症;对研究知情且同意。排除标准:凝血功能异常;存在认知障碍或精神病史;重度贫血。

1.2 方法

对照组产妇行单纯剖宫产术,给予产妇腰硬联合麻醉,于子宫下段腹壁做切口,分娩完成后静脉注射缩宫素(国药准字H31020850),充分清洗盆腹腔,缝合切口,给予常规抗感染处理,根据产妇的恢复情况择期行子宫肌瘤剔除术。

观察组产妇行剖宫产术同期联合子宫肌瘤剔除术,给予产妇腰硬联合麻醉,于子宫下段腹壁做切口,分娩完成后静脉注射缩宫素(国药准字H31020850),静脉注射缩宫素之后,密切关注子宫出血的情况和子宫肌瘤周围组织。在产妇的胎儿、胎盘娩出后剔除子宫肌瘤。对于浆膜下、肌壁间肌瘤的产妇,先缝合子宫切口再沿着肌瘤做纵切口,剔除肌瘤,缝合切口。黏膜下肌瘤者先剔除子宫肌

瘤再缝合子宫切口,充分清洗盆腹腔,缝合腹腔,为产妇进行常规抗感染处理。

1.3 观察指标

(1)比较两组产妇围手术期临床指标,主要包括手术时间、术中出血量、肛门排气时间、手术前后血红蛋白差值和平均住院时间。(2)比较两组产妇产后恢复情况,主要包括产后出血量、恶露干净时间和月经恢复时间。(3)比较两组产妇并发症发生情况,主要包括产褥病、切口感染和严重腹痛。(3)比较两组新生儿不良情况,主要包括低体质量儿、Apgar评分 ≤ 7分和新生儿窒息。

1.4 统计学分析

数据处理采用SPSS 27.0统计学软件, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇围手术期临床指标比较

观察组产妇手术时间明显长于对照组 ($P < 0.05$);两组其他临床指标比较差异不显著 ($P > 0.05$)。见表1。

表1 两组产妇围手术期临床指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	肛门排气时间 (h)	手术前后血红蛋白差值 (g/L)	平均住院时间 (d)
观察组 (n=32)	74.33 ± 13.32	295.78 ± 50.42	37.14 ± 3.24	10.89 ± 2.08	6.21 ± 1.23
对照组 (n=31)	49.78 ± 10.82	318.45 ± 55.31	38.52 ± 3.65	11.62 ± 2.35	6.14 ± 1.56
<i>t</i>	8.015	1.701	1.588	1.307	0.198
<i>P</i>	0.000	0.094	0.117	0.196	0.844

2.2 两组产妇产后恢复情况比较

两组产妇产后出血量、恶露干净时间、月恢复

时间等指标比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表2。

表2 两组产妇围手术期临床指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	产后出血量 (ml)	恶露干净时间 (d)	月经恢复时间 (d)
观察组	32	230.41 ± 49.99	28.01 ± 3.10	48.17 ± 8.56
对照组	31	227.73 ± 50.21	28.31 ± 3.01	48.94 ± 7.99
<i>t</i>		0.212	0.390	0.369
<i>P</i>		0.833	0.698	0.714

2.3 两组产妇并发症发生情况比较

观察组产妇产褥病、切口感染、严重腹痛等并发症发生率明显少于对照组,差异显著 ($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组产妇并发症发生情况比较 [n (%)]

组别	n	产褥病	切口感染	严重腹痛	合计
观察组	32	1 (3.13)	1 (3.13)	1 (3.13)	3 (9.38)
对照组	31	2 (6.45)	2 (6.45)	3 (9.68)	7 (22.58)
χ^2					2.056
<i>P</i>					0.152

2.4 两组新生儿不良情况比较

两组新生儿不良情况差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 4。

组别	n	低体质量儿	Apgar 评分 ≤ 7 分	窒息	合计
观察组	32	2 (6.25)	1 (3.13)	1 (3.13)	4 (12.50)
对照组	31	1 (3.23)	2 (6.45)	1 (3.23)	4 (12.90)
χ^2					0.002
P					0.962

3 讨论

子宫肌瘤是一种临床上较为常见的肌瘤，育龄女性发病率高于普通女性，绝经后的患者会出现子宫肌瘤萎缩或消失等情况。大多数学者认为，女性激素的分泌与子宫肌瘤有着密切的关系^[3]。妊娠合并子宫肌瘤会对患者的妊娠和分娩存在一定影响，患者流产率是普通产妇的 2 倍以上。妊娠期产妇由于雌激素的分泌，导致子宫肌瘤加速生长，随着肌瘤体积的不断增大，患者会出现阴道异常出血、下腹坠痛等情况，严重影响患者的身心健康。子宫肌瘤和妊娠的相互作用还会严重影响胎儿生长和活动，使胎儿难以获得足够的养分，导致胎盘不稳，甚至畸形^[4]。

子宫肌瘤除了影响胎儿的生长和活动，还可能堵塞产道，导致产妇出现梗死性难产，子宫收缩乏力，生产时的产程被延长，加大产妇的产后出血量，阻碍产妇的产后恢复。因此，对于妊娠合并子宫肌瘤的产妇需要采取及时有效的治疗措施，减少产妇和胎儿由于子宫肌瘤产生的不良反应。一些专家学者对妊娠合并子宫肌瘤患者是否应当应用剖宫产术同期联合子宫肌瘤剔除术存在较大的争议^[5]。部分专家学者不推荐剖宫产的同时剔除子宫肌瘤，因为一些较小的子宫肌瘤可能无须剔除，并且剖宫产术同期联合子宫肌瘤剔除术可能存在较大的手术风险。一方面，剖宫产容易出现产后出血的情况，由于妊娠期的女性身体较为特殊，当出血到一定程度时，容易引起凝血功能的紊乱。对于非妊娠期的女性或男性，出血较多才会引起凝血

功能的紊乱。但是对于妊娠期女性，可能在出血并非很多的情况下，即可引起凝血功能的紊乱，导致产后出血，出现危及生命的情况。剖宫产本身就会导致出现一定的出血，而肌瘤在妊娠期血供较为丰富，通常也可导致较多的出血，若在此时同时剔除肌瘤，两者叠加可能导致整个手术风险增大，产妇出现凝血功能紊乱的概率也会明显增加。另一方面，受雌孕激素的影响，子宫肌瘤通常会产明显的增长，而实际在分娩结束后，较多患者增大的子宫肌瘤会自行缩小，且缩小的情况较为明显。因此，妊娠合并子宫肌瘤患者分娩完成后可能无须进行手术。还有部分专家学者认为，对合并前壁肌瘤、浆膜下肌瘤或带蒂肌瘤的特定子宫肌瘤的产妇，由经验丰富的医师在剖宫产术时行子宫肌瘤剔除术是安全的。因为孕期子宫增长速度大过肌瘤增长速度，术中剔除肌瘤的切口会更小，减少组织损伤；产后子宫收缩以及缩宫素的使用更有利于肌瘤术后止血。长期益处还包括消除二次手术和麻醉的风险及成本、改善盆腔压力、月经过多等症状。

本研究结果显示，观察组产妇手术时间明显长于对照组 ($P < 0.05$)，其他临床指标比较差异不显著 ($P > 0.05$)；两组产妇产后出血量、恶露干净时间和月经恢复时间比较差异不显著 ($P > 0.05$)；观察组产妇产褥病、切口感染、严重腹痛等情况明显少于对照组 ($P < 0.05$)；两组新生儿不良情况比较差异不显著 ($P > 0.05$)。

综上所述，剖宫产术联合同期子宫肌瘤剔除术在妊娠合并子宫肌瘤患者中应用效果显著，能够有效降低产妇的并发症发生率，且具有一定的安全性。

参考文献

- [1]周宁宁.剖宫产术联合子宫肌瘤剔除术治疗妊娠合并子宫肌瘤的临床效果探讨[J].人人健康,2020(13):58.
- [2]高红静.剖宫产术联合子宫肌瘤剔除术治疗晚期妊娠合并子宫肌瘤的影响分析[J].当代医学,2020,26(15):38-40.
- [3]邹凤琴.剖宫产术联合子宫肌瘤剔除术治疗妊娠合并子宫肌瘤的临床效果分析及对临床指标、并发症发生率的影响[J].中外医学研究,2018,16(36):134-135.
- [4]于丽宏.剖宫产术与子宫肌瘤剔除术同期联合应用治疗妊娠合并子宫肌瘤的临床效果分析[J].中国医药指南,2020,18(8):100.
- [5]张锦阳.剖宫产术同期联合子宫肌瘤剔除术在妊娠合并子宫肌瘤患者中的可行性与安全性观察[J].贵州医药,2020,44(4):587-589.