维普资讯 http://www.cqvip.com

血浆部分应为去掉RBC压积值，以上24例样品RBC压积在0.4左右，理论上手指血糖值为静脉值的60%左右，实验结果却84%以上(b=0.84)，可见RBC压积并非实际体积，RBC实际体积为15%左右，因而RBC压积的稍微改变对结果影响不大，一般无需校正，而以回归方程建立的模式可以代表血糖值。因此，以上方法可以应用在快速的急诊检测中，由于此方法、操作简便，用血量少，值得推广。

参 考 文 献

1.王继贵.临床生化检验.长沙：湖南科学技术出版社，1996.529.
2.杨树勤.卫生统计学.北京：人民卫生出版社，1987.103－112、245.

(收稿日期:2002-01-22)

剖宫产同时行子宫肌瘤摘除术58例治疗体会

周 宏* 杨 晶* 陈 静*

妊娠合并子宫肌瘤是较为常见的妊娠合并症，其发生率约占妊娠0.3%～7.2%之间，近年来随晚婚晚育，高龄分娩的增多及剖宫产率上升、其发生率似有上升趋势。我院于1998年1月至2000年12月共有58例患者剖宫产同时行子宫肌瘤摘除术，现将治疗体会报道如下。

一、资料与方法

1.临床资料：本组共有58例，年龄25～42岁之间，大于30岁9例，小于30岁49例，孕次1～5次，其中最多孕5次，但以往因合并子宫肌瘤多次自然流产。56例为初产妇、2例为经产妇。孕周为37～42周，术前明确诊断妊娠合并子宫肌瘤者16例，剖宫产时发现子宫肌瘤者42例。2.方法：(1)肌瘤分类：肌瘤单发者26例(占44.8%)，多发者32例(占55.2%)，最多一例摘除大小不等肌瘤18个。浆膜下肌瘤34例，肌壁间肌瘤23例，粘膜下肌瘤1例。最大为12cm、最小仅为0.5cm。(2)手术方法：常规行剖宫产术，胎儿及胎盘娩出后，静推催产素20U，同时静滴生理盐水500ml加催产素20U维持，I/O无创伤缝线连续缝合子宫切口，宫体注射催产素10U，使子宫呈收缩状态(视肌瘤大小及位置而定，如肌瘤小且为浆膜下肌瘤无需注射)。取肌瘤主体部分纵行或斜行切口，避开表面明显血管，切开肌壁深入到瘤组织，识别肌壁与瘤组织分界，沿分界处用食指将肌瘤与四周组织钝性分离，剥出肌瘤，遗下空隙用I/O可吸收线自基底部进行缝合止血，以闭合死腔。缝合层次视瘤腔深度而定，一般以二层为宜。

二、结果

58例患者术后愈合良好，术后3d内体温曾超过38℃有7例，均系乳胀明显，对症治疗后热退，51例术后体温平稳，无感染及术后并发症发生，腹部切口7d拆线，均为甲级愈合，无产褥感染及晚期产后出血发生。术后病理检查均为子宫平滑肌瘤，无一例恶变，58例中有三例退行性变，其中包括玻璃样变，囊性变及红色样变各1例。

三、讨论

1.关于剖宫产同时行子宫肌瘤摘除术的价值

妊娠合并子宫肌瘤是较为常见的妊娠合并症，其发生率占肌瘤患者0.5%～1%，占妊娠0.3%～7.2%，但实际上肌瘤合并妊娠确切发病率不清楚，估计远比上述数字为高[1]。但由于(1)妊娠时子宫壁血流丰富，剖宫产时摘除肌瘤出血活跃，甚至难以控制，有增加产后出血或感染可能；(2)胎儿娩出后，子宫收缩变形，肌瘤位置改变，肌瘤与周围界限不清，增加了手术难度；(3)产后肌瘤可缩小、故除带蒂的浆膜下肌瘤、靠近剖宫产子宫切口摘除的肌瘤或不太大的浆膜下肌瘤外，一般多不主张在剖宫产同时行肌瘤摘除术。如有必要切除肌瘤者，可待月经恢复后再行子宫肌瘤摘除术[2]。虽然如此，最近协和医院分析了40例大型子宫肌瘤在剖宫产同时行肌瘤摘除术，平均出血量比同期单行剖宫产者仅增加100～200ml，手术难度无明显增加。如肌瘤为单发，90%以上不致复发，多发性子宫肌瘤的半数以上未复发。本组58例，整个手术进行顺利，术后无出血或感染等并发症，也说明了这一问题。显而易见，剖宫产同时行子宫肌瘤摘除术，使部分肌瘤患者避免了二次开腹手术，大大减轻了患者心理负担和经济负担。因而，本文认为剖宫产同时摘除子宫肌瘤，就有可行的价值。

2.关于预防和减少出血的问题

出血是剖宫产同时行子宫肌瘤摘除术不容忽视的问题，为减轻术中出血在摘除肌瘤前，于子宫体注射催产素10U，注射后使子宫成收缩状态，此时切开出血较少，摘除肌瘤时避开明显血管处，如浆膜下肌瘤带蒂或外突显著者可采用梭型切口，切除多余的浆膜面以减少死腔，有利于创口对合，切口长度以能核出肌瘤为度。对多发性肌瘤，切口宜少，这样能减少出血，另外，还可通过一个切口潜行摘除邻近的肌瘤结节，如距离较远则不可勉强。术中减少出血的另一措施：找好肌瘤与正常肌层界限，缝合子宫时由深到浅逐层缝合，关闭死腔也是预防出血的主要方法。

3.抗感染是保证手术成功的关键

据报道，剖宫产同时行子宫肌瘤摘除术，其安全系数小，如产妇已有感染，死亡率高达15.4%～20%[3]。摘除肌瘤后，瘤

* 作者单位：114032 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院妇产科