

深度认识子宫肌瘤的诊治

Depth understanding of the diagnosis and treatment of uterine fibroids

高 芳 施德丽 张丽娟

(云南省玉溪市中医医院, 云南 玉溪, 653100)

中图分类号: R271.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2012) 21-0109-03

【摘 要】 子宫肌瘤是女性的常见病和多发病, 目前仍有许多问题尚未解决, 其发生率、患病率继续上升, 实际临床所见甚多, 所以须进行大样本、不同方法和内容的临床流行病学的调查。子宫肌瘤的治疗方法和理念在逐渐转变, 由大创伤、微创伤迈入无创伤, 虽诊治方法众多, 但皆有适应证、禁忌证, 不能以一种治疗手段解决不同的子宫肌瘤。有关子宫肌瘤的临床病理和特殊情况如不孕、辅助生殖、计划生育、激素替代、性和性功能、产科与子宫肌瘤的相关问题等应予重视。妇科医生不能只针对妇科恶性肿瘤进行研究, 对妇科良性肿瘤的相关问题也要重视。

【关键词】 子宫肌瘤; 发病率; 治疗; 病理学

【Abstract】 Uterine fibroids are common and frequently-occurring disease of women, there are still many problems remain unresolved, the incidence, prevalence continues to rise, the actual clinical findings of many, so it must be a large sample, different methods and content clinical epidemiology survey. uterine fibroid treatment methods and concepts gradually transformed into the non-invasive, major trauma, minimally invasive, although many methods of diagnosis and treatment, but Jieyou indications, contraindications, and not in a treatment means to resolve the different uterine fibroids about uterine fibroids, clinical pathology and special circumstances, such as infertility, assisted reproduction, birth control, hormone replacement, and sexual function, obstetrics and uterine fibroids-related issues must be given. gynecological doctors not only for gynecological malignancies study but also attach importance to the gynecological benign tumors.

【Keywords】 Uterine fibroids; Incidence; Treatment; Pathology

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2012.21.059

子宫肌瘤是妇产科常见病和多发病, 发病率及年轻化的趋势已经引起了人们的关注, 许多人到医院就诊时都会问医生: “我为什么会得子宫肌瘤? 得了子宫肌瘤该怎么办?” 首先, 第一个问题的回答是很难的, 因为迄今为止, 子宫肌瘤的病因尚不十分清楚, 人们只是通过大量的研究证实子宫肌瘤是雌激素依赖性肿瘤。也就是说, 子宫肌瘤与患者体内的高雌激素水平有关。至于究竟是什么原因导致患者体内的雌激素水平增高, 就很难说了, 好在子宫肌瘤仅仅是发生在子宫上的良性肿瘤, 恶变率很低, 因此对人的生命并无威胁。然而, 对于许多子宫肌瘤患者来说, 子宫肌瘤仍然是一个“定时炸弹”, 炸弹不除, 无法心安。那么, 子宫肌瘤到底要不要治疗? 什么时候进行治疗? 选择哪一种治疗方法? 回答这样的问题同样十分复杂, 但有一条原则是不变的, 那就是因人而异。实际子宫肌瘤的诊治中还有许多未知的理论和实际问题, 如病因学至今尚未清楚, 随着学科发展、交叉学科渗入、临床诊治中的实际问题不断呈现, 所以仍需有关学科人员不断深入研讨, 更应对子宫肌瘤的一些衍生和转化医学的问题引起重视。

1 子宫肌瘤发病率

1.1 子宫肌瘤的发病率居女性生殖器官良性肿瘤的首位, 但其绝对发病率很难确定。一般认为子宫肌瘤的发病率为 5%~50%, 可高达 70%。子宫肌瘤发病率的统计与不同的检查方法

有关, 也因子宫肌瘤大小差异甚大, 从显微镜下肌瘤直到如孕足月或更大, 妇科检查及一般的影像学检查对直径 $\leq 1\text{cm}$ 的子宫肌瘤难以检出, 所以均影响发病率的统计。

1.2 据尸解统计, 35 岁以上女性, 约 20%在子宫内潜存有大小不同、数目不等的肌瘤, 其中以 40~50 岁发病率最高, 约占 51.2%~60.9%。在临床观察中, 我们首先强调对病例的明确诊断, 复查时定人、定时、定仪器型号。全部病例均作治疗前后之自身对照, 不设其他对照组。考虑到某些实际问题, 对病例的诊断与疗效判定, 均以症状、体征为主, 对一些并无特异性的实验指标, 不作观察内容。又鉴于患者的治疗愿望, 病例未作严格选择, 子宫肌瘤的流行病学研究, 根据不同来源的资料统计如下。

1.2.1 女性总人数中 4%~11%的女性患有子宫肌瘤 (张惜阴, 1992 年)。

1.2.2 根据著名的妇科病理送检标本统计 20%~25%的患者被诊断为子宫肌瘤 (ACOG, 1994 年)。

1.2.3 根据女性绝育术回顾性合作研究报道, 由于非恶性肿瘤指征施行子宫切除术病例中, 30%术前诊断为子宫肌瘤, 最后 42%经病理诊断为子宫肌瘤。

1.2.4 成年女性尸体解剖证实, 子宫肌瘤的发病率高达 50%。

1.2.5 国内妇科住院病例统计, 子宫肌瘤的患病率为 3.3%~13.5%不等, 此与不同医院 (妇科专科医院与普通综合医院)

收治患者不同有关。1994 年美国报道子宫肌瘤住院治疗的临床统计,其发病率占育龄女性的 20%~25%。

1.2.6 有症状子宫肌瘤为 10%~40% (ACOG, 1994 年)。

1.2.7 美国通过盆腔检查、B 超和子宫切除或肌瘤剔除术而诊断子宫肌瘤者的概率,大约为每年 2/1000 女性 (Marsha LM 和 Brett KM, 1997 年)。

1.2.8 20 世纪 70 年代,我国各地开展妇科病普查,25~30 岁女性子宫肌瘤的普查发病率为 0.16%~2.72%,普查中 B 超发现子宫肌瘤为 5.1%。

1.2.9 Navak 等尸体解剖资料,30 岁或 30 岁以上女性,约 20% 有大小不等的子宫肌瘤,每 5 个成年女性中即有 1 个人患子宫肌瘤。

2 子宫肌瘤的诊治概况

子宫肌瘤的治疗方法甚多,有期待疗法、药物(中西药)和手术,且后者逐步从创伤大向微创和无创转变,这已成为时代的趋势。有关手术治疗的方法、途径、器械或仪器各异,甚至有“达芬奇”机器人手术,但设备及费用昂贵,非一般医院可拥有,至少目前在中国尚不能普遍推广,且各种手术方法、器械设备均有各自的适应证和禁忌证,更有人的因素—掌握能力、手术技巧水平、器械风险等,绝不是一种方法、一个途径、一种器械可处理所有不同部位、类型、大小的子宫肌瘤。所以要求妇产科医生不但要充分熟悉和掌握子宫肌瘤的诊治原则,也要了解各种方法、器械的适应证、禁忌证、注意事项,在个体化、人性化理念和原则下为患者合理选用最佳的治疗方法,切勿从熟练手术、经济利益驱动出发,片面处理子宫肌瘤,防止“过度治疗”或“治疗不足”,更不能大开“杀戒”,任意扩大手术范围,不能轻率地切除子宫,对女性造成严重的损害。

2.1 任意切除子宫的反思

对子宫肌瘤患者任意切除子宫(也包括对其他妇科疾病患者任意切除子宫)肯定对女性生殖内分泌功能有影响。妇产科医生包括外科医生均应知晓这一事实,不能再认为切除子宫但只要保留一侧或双侧卵巢对女性无影响。子宫有三大功能:月经的发祥地;孕育子代的“宫殿”;通过前列腺素、泌乳素、松弛素、生长因子、内皮素、胰岛素生长因子等与内分泌功能也相关,且子宫的血供、分支与卵巢的血供和功能密切相关。凡子宫切除均破坏女性器官的完整性,子宫全切更会破坏盆底结构。切断子宫动脉影响卵巢血供,子宫动脉上行支供给卵巢约 50%~70% 的血供,卵巢缺血后影响卵巢血液动力学,绝经症状提前出现或立即可出现严重绝经期症状,卵巢功能衰竭发生率高。子宫全切者阴道也可有缩短,宫颈黏液减少、出现阴道干涩等对术后性生活有影响。因此,子宫切除术(全切、次全切)前均应与患者、家属谈话或在卫生宣传教育时如实言明,不能否定子宫切除对女性内分泌的相关影响。上述问题早在 20 世纪 60 年代就已被关注并有相关研究。

2.2 子宫肌瘤剔除术的应用

子宫肌瘤剔除术后可能残留被遗漏的其他部位小肌瘤日后又被发现,此因术前影像学(主要是超声检查)未能或难以

发现;腹腔镜处理时无法触摸;即使开腹做子宫肌瘤剔除术也难以摸清;许多医院使用的超声检查,对直径<0.5~1.0cm 的肌瘤均难以发现,涉及仪器的分辨率和探头角度及超声医生的经验和水平;子宫肌瘤本身大小差异甚大,子宫肌瘤的部位不同,发展速度不一等因素。所以,术前宜告知患者及家属,做子宫肌瘤剔除术主要去除大肌瘤或可发现的肌瘤以解除症状,残留的小肌瘤日后增大或有新发等均有可能,必须定期复查。

2.3 子宫肌瘤剔除术式选择

子宫肌瘤的术式选择宜简单、创伤小、恢复快、不易产生并发症或后遗症。①子宫切除术包括经阴和经腹子宫切除术,其优点是可以完整切除病变的子宫及肌瘤,无宫颈残端癌发生,缺点是断扎附件后,卵巢血供至少减少 1/2 (30),破坏了盆底的完整性,缩短了阴道,性生活可能受到影响,对女性心理状况也有一定影响,手术相对复杂,并发症发生率高。②子宫次全切除术具有手术操作简单,并发症少,对膀胱损伤及对性功能影响小,手术时间短等优点,缺点是有发生宫颈残端癌及影响卵巢功能的可能。③膜内子宫切除术,本术式保留了子宫全切与次全切除术的优点,避免了其缺点,是近年来应用较多的一种术式,但对卵巢功能也有影响。④宫肌瘤剔除术,本术式优点是保留了子宫,不影响卵巢功能,并保留了生育功能,但术后肌瘤复发率高,以后妊娠分娩有发生子宫破裂危险。

3 子宫肌瘤病理学进展

典型的子宫肌瘤诊断不难,但子宫肌瘤特殊的组织学形态和生长方式也不少见,有些肌瘤的组织形态与生物学特性不相符,具有良性的形态学,但可浸润生长或转移。交界性子宫肌瘤的定义尚不十分确切,临床医生对子宫肌瘤病理描述和报告不熟悉,对临床进一步处理、随访等会有影响,为此临床妇科医生对子宫肌瘤的病理学知识也应加强了解。2003 年世界卫生组织(WHO)有关子宫肌瘤的组织学分类及解释,2004 年中华肿瘤学会统一编写的中国肿瘤病理分类均有较为统一和经典的标准,可供参考和学习。

4 子宫肌瘤特殊问题的处理

子宫肌瘤除教科书所述和日常处理的问题外,随着医学的发展,还有许多特殊问题,鲜为一些妇产科医生所熟悉,当临床遇到这些问题有的因不熟悉、不了解难以作出合理的解释或处理,有的更会束手无策。为此,妇产科医生应对下列子宫肌瘤患者的特殊问题进一步了解和掌握,甚至有些还涉及交叉学科问题,如:子宫肌瘤患者的不孕、辅助生殖、计划生育、激素替代治疗、性及性功能、交界性变和恶变、绝经后非萎缩性子宫肌瘤、产科与子宫肌瘤(妊娠期、产褥期、自然分娩、剖宫产中处理、再孕育、分娩等)等,这是现实和不容回避的问题。妇科、产科、计划生育、生殖医学、妇科肿瘤等医生均应掌握,以便有利于患者的需求和作出最佳处理。

5 子宫肌瘤也应重视肿瘤生殖学研究

子宫肌瘤年轻患者也不少见,年轻的妇科肿瘤患者如何保证生育能力,应引起妇科医生、肿瘤医生、生殖医学医生、腔

镜医生等多学科人员的共同重视,并开展深入研究。肿瘤生殖学是肿瘤与生殖医学交叉的一门新兴学科,其目的是实现延长患者生命、保存生育力、保持生殖内分泌之间的平衡。目前中国每年约有 240 万人患癌症,其中中青年患病群体占一定比例,若将良性肿瘤也一起统计在内,则比例更高。子宫肌瘤虽绝大多数为良性肿瘤,但也毕竟属于肿瘤,妇科肿瘤医生不能仅注重于研究几大妇科恶性肿瘤,对妇科良性肿瘤的研究也应予以同样重视。国内外出版的有关妇科肿瘤学、手术学、妇科肿瘤循证医学等多种妇科肿瘤的书籍中有的只提及妇科恶性肿瘤而忽视或根本不提良性肿瘤。妇科肿瘤医生如只是诊治妇科恶性肿瘤的医生,具有局限性和片面性,应该纠正对良性肿瘤和许多相关问题仍不重视的倾向。

总之,子宫肌瘤虽多见,波及女性人群面大,对家庭也有

影响,仍有许多未完臻的病因、流行病学调查和诊治问题等需要妇产科及相关交叉学科的医生共同努力以造福女性。

参考文献:

- [1]孟利军.子宫肌瘤的治疗方法探讨[J].中国误诊学杂志,2010(9)
- [2]陈晓飞.45 例子宫肌瘤药物治疗的临床分析[J].中外妇儿健康,2011(7)
- [3]梁惠珍.益气消瘤颗粒治疗子宫肌瘤(气虚血瘀证)的临床研究[D].湖南中医药大学,2011
- [4]梁丽.子宫肌瘤三种治疗方法的疗效分析[D].郑州大学,2010
- [5]宫艳秋.消瘤丸治疗气滞血瘀型子宫肌瘤的临床研究[D].黑龙江中医药大学,2010

编辑: 闫丽娜 编号: EC-12072011 (修回: 2012-11-12)

浅静脉置管在肺癌化疗患者中的应用及护理

The application and nursing of PICC in lung cancer chemotherapy patients

薛 战 李淑华 胥 华

(河南省许昌市中心医院, 河南 许昌, 461000)

中图分类号: R248.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2012) 21-0111-02 证型: IAD

【摘要】 目的: 探讨经外周置入的中心静脉导管(PICC)在肺癌化疗患者中的应用及护理。方法: 对本科室应用 PICC 治疗的 200 例肺癌患者进行分析总结。结果: PICC 留置输液及整体护理可减少浅静脉炎、减少多次穿刺带来的局部疼痛及可减少静脉穿刺、浅静脉炎, 提高患者生活质量。

【关键词】 PICC; 肺癌化疗; 临床应用; 护理

【Abstract】 Objective: To explore the application and nursing of PICC in lung cancer patients treated with chemotherapy. Methods: 200 patients with lung cancer treatment laboratory for application PICC analyze. Results: PICC indwelling infusion and overall care can reduce superficial phlebitis to reduce multiple puncture bring local pain and reduce venipuncture, superficial phlebitis, and improve the quality of life of patients.

【Keywords】 PICC; Lung cancer chemotherapy; Clinical application; Nursing

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2012.21.060

化疗是治疗肺癌的主要方案之一, 由于化疗疗程长、药物对血管刺激性强、极易损伤血管, 且肺癌患者多为老年人, 此类患者的血管弹性差、脆性高、静脉瓣多, 容易出现药物外渗。经外周置入的中心静脉导管(Peripherally In-serted Central Catheter, PICC)是指经外周静脉(贵要静脉、正中静脉、头静脉等)置管, 使导管尖端位于上腔静脉或锁骨下静脉的技术^[1], 我科应用 PICC 为 200 位患者进行静脉输液化疗, 避免了长期输液或化疗药物造成的局部组织肿胀、坏死, 提供了一条便利的无痛性治疗途径, 并减少反复穿刺给患者造成的痛苦, 保证了治疗的顺利进行, 提高肺癌患者的生活质量。在临床应用中如果护理不当, 可增加患者痛苦及经济负担, 也存在护患纠纷隐患。本文对我科 200 例肺癌化疗患者 PICC 置管应用及护理情况进行分析。

1 资料与方法

1.1 临床资料

200 例患者, 来自 2007 年 1 月~2010 年 7 月需行化疗的肺癌患者。男 110 例, 女 90 例。

1.2 材料与方法

1.2.1 使用物品

一次性无菌中心静脉导管穿刺包(规格 8Fr-30cm, 艾贝尔)、一次性无菌手套、口罩、手术帽、透明敷贴、消毒用安尔碘、无菌干燥纱布、胶布、止血带、棉签、5ml 干燥无菌注射器、肝素稀释液、生理盐水。

1.2.2 操作方法

首选贵要静脉, 其次为肘正中静脉、头静脉, 患者取仰卧位, 术侧上肢外展与躯干呈 90°, 选择贵要静脉或正中静脉或