

参考文献

[1] 王存川,胡友主,赖贞吾,等.完全乳晕入路腔镜甲状腺切除术[J].中华外科杂志,2009,47(14):1067-1069.  
 [2] 殷佩浩,邱艳艳,仇明.我国腔镜甲状腺手术的研究进展[J].国际外科学杂志,2011,38(8):555-558.  
 [3] 仇明.微创手术切除甲状腺及甲状旁腺病灶的关键技术[J].外科理论与实践,2009,14(4):385-388.  
 [4] 王存川,冯志起.腔镜甲状腺手术中喉返神经的显露与保护[J].腹腔镜外科杂志,2012,17(11):801-805.  
 [5] 李君久,唐世龙,陈展辉,等.双乳晕腋窝入路腔镜下甲状腺切除术的临床应用[J].中华内分泌外科杂志,2012,6(5):352-353.  
 [6] 邹兆伟,黄宗海,李强,等.3D腹腔镜在经胸乳入路甲状腺次全切除术中的临床效果[J].南方医科大学学报,2014,34(8):1233-1235.  
 [7] 刘力婕,邹艳玲,武雪亮,等.快速康复外科在胰腺癌术后对血清 IL-6、IL-10、TNF- $\alpha$  水平的影响[J].重庆医学,2015,44(19):2635-2637.  
 [8] 张午临,刘晖,贾涛,等.胸腔镜小切口手术对非小细胞肺

癌患者 CRP、TNF- $\alpha$  及 IL-6 等指标水平的影响[J].实用癌症杂志,2014,29(10):1294-1297.  
 [9] 何中杰,周韶璋.胸腔镜对早期非小细胞肺癌患者术后炎症反应及生存质量影响研究[J].重庆医学,2013,42(16):1863-1864.  
 [10] 孟海超,高晓斌,王立坤,等.快速康复外科对胰腺癌术后患者营养状况和免疫功能的影响[J].疑难病杂志,2015,14(8):838-841.  
 [11] 邹兆伟,黄宗海,李强,等.3D腹腔镜在经胸乳入路甲状腺次全切除术中的临床效果[J].南方医科大学学报,2014,34(8):1233-1235.  
 [12] 鲍峰,赵平武,于颖娟,等.全乳晕入路腔镜甲状腺全切除术效果探讨[J].中国现代普通外科进展,2012,15(11):859-862.  
 [13] 贺青卿,周鹏,庄大勇,等.经腋窝与胸前径路 da Vinci Si 机器人甲状腺腺叶切除二例[J].国际外科学杂志,2014,41(2):104-107.

(收稿日期:2017-08-19 修回日期:2017-12-29)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.06.027

## 康复训练联合新型蜡疗对脑卒中后肩-手综合症的临床价值\*

翁迪华<sup>1</sup>,牛冬玲<sup>2</sup>,王晶心<sup>3△</sup>

(新疆医科大学附属中医医院:1.康复科;2.内科ICU;3.干一科,乌鲁木齐 830000)

**摘要:**目的 探讨在康复训练的基础上联合新型蜡疗手段对脑卒中后肩-手综合征患者的临床应用价值。  
**方法** 选取该院 2015 年 3 月至 2016 年 10 月收治的 60 例脑卒中后肩-手综合征患者,采用随机数字表法分为研究组与对照组,对照组患者(30 例)采用常规康复训练干预,研究组患者(30 例)在对照组的基础上联合新型蜡疗手段干预,比较两组患者的临床治疗效果,采取视觉模拟评分法(VAS)检测患者干预前和干预后 2、4 周手腕部及肩部疼痛程度,Fugl-Meyer(FMA)评分评价患侧上肢及手功能,表面肌电(sEMG)检测患侧旋前圆肌和三角肌肌力,并对两组患者干预前后日常生活能力量表(ADL)评分情况和干预满意度进行比较。**结果** 研究组患者治疗总有效率为 100.00%,高于对照组的 86.67%( $P < 0.05$ );干预前两组患者 VAS、FMA、ADL 评分及 sEMG 结果差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),干预后 2、4 周两组患者各项评价较干预前改善,且研究组改善优于对照组( $P < 0.05$ );研究组患者干预满意度为 96.67%,高于对照组(80.00%),差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 康复训练联合新型蜡疗对脑卒中后肩-手综合征患者的临床应用价值较高,疼痛降低,上肢功能恢复更好,肌力改善,生活能力提高,满意度较高,可在临床推广及应用。

**关键词:**脑卒中后肩-手综合征; 康复训练; 新型蜡疗手段

中图分类号:R473.3

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)06-0827-04

脑卒中后肩-手综合征是卒中后常见的并发症,多见于 45~80 岁患者,卒中后 1~3 个月内发生,临床表现为水肿、疼痛、自主神经功能障碍、营养改变、运动失调、活动受限、手部肌肉萎缩甚至畸形等,严重影响患者上肢功能<sup>[1]</sup>。随着我国老龄化加剧,卒中发生率上升,该病近年来呈一定的上升趋势,应引起临床高度重视<sup>[2]</sup>。目前临床治疗方法较多,包括药物治疗、康复训练、脊髓刺激等,其目的均是减轻水肿和疼

痛,促进肌力恢复,改善关节活动度。随着医疗技术的发展,新型蜡疗应用于肩-手综合征患者,效果良好<sup>[3]</sup>。现探讨脑卒中后肩-手综合征患者在康复训练的基础上联合新型蜡疗手段的效果,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择本院 2015 年 3 月至 2016 年 10 月收治的 60 例脑卒中后肩-手综合征患者,采用随机数字表法分为研究组和对照组,每组 30 例<sup>[4]</sup>。对照

\* 基金项目:新疆医科大学科研创新基金资助项目(ZYY201613)。

△ 通信作者,E-mail:li119renli@sohu.com。

组:男 18 例,女 12 例;年龄 49~80 岁,平均(68.85±3.36)岁;病程 2~8 周,平均(4.12±1.07)周;其中缺血性卒中 24 例,出血性卒中 6 例。研究组:男 19 例,女 11 例;年龄 48~81 岁,平均(68.82±3.34)岁;病程 2.5~8.0 周,平均(4.15±1.09)周;其中缺血性卒中 23 例,出血性卒中 7 例。两组患者的性别、年龄等一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。诊断标准参照中国康复研究中心制定的《脑卒中后肩-手综合征临床诊断标准》<sup>[5]</sup>。

**1.2 纳入与排除标准** (1)纳入标准:①符合脑卒中后肩-手综合征临床诊断标准。②生命体征平稳,自愿签署协议参与研究。③既往无肩周炎等其他肩部疾病史,发病后患侧肩关节、手指关节有疼痛、肿胀、自主活动与被动活动受限等症状。④研究经本院伦理委员会批准。(2)排除标准:①病情反复者。②短暂性脑缺血发展、腔隙性脑梗死、脑干梗死等患者。③风湿性关节炎、孕妇及哺乳期女性。④合并严重心肌梗死、肾衰竭、认知功能障碍、精神病史者。⑤对热觉过度敏感者。⑥不能完成基本疗程,依从性不好者及难以随访者。⑦严重周围血管病变及各种传染患者。⑧手部皮肤破溃、开放性伤口、有出血倾向者。⑨正在参加影响本研究结果评价的其他临床试验者。

**1.3 方法** 两组患者均根据患者实际病情采取合适方案进行临床治疗,同时给予不同的护理干预。对照组患者采用有效治疗的同时实施常规康复护理及训练:(1)良肢位摆放。患者取健侧卧位,偏瘫侧肩关节屈曲 100°,肘关节伸展,手指打开微向上抬高,保持腕关节背屈。(2)正确搬运。搬运患者过程中,托住其肩背部、腰部、臀部,避免牵拉患侧上肢,防止肩关节过度被动外展,造成更多损伤。(3)避免患侧上肢输液。(4)向心加压缠绕。以 1~2 mm 线绳由远端向近端缠绕患侧每个手指、掌、手背,缠至腕关节以上立即松手,每日反复进行。(5)冰疗。将患手浸入冰水混合液中,治疗师把握好浸泡时间,以患者耐受为准,每日连续 3 次,中间短暂间歇。(6)肢体气压治疗。采用空气波压力治疗仪(德国 DOSL,型号 LYMPHA Tron),该治疗仪是一种能模拟主动按摩的机械性压力袖套装置,由压力舱、输压管道、袖套 3 部分组成,治疗时指导患者患侧肢体穿戴压力袖套,设置压力值 60~80 mm Hg,2 次/天,每次 30 min。(7)被动运动。护理人员帮助患者肩关节、腕关节、手指进行被动运动,以保持关节活动度,防止关节粘连现象发生。(8)主动运动。鼓励患者主动运动,每日进行耸肩、手抓握等,指导患者进行 Bobath 握手上举训练,每日训练多次。研究组患者在对照组的基础上联合新型蜡疗干预:患者取舒适体位,将患侧上肢充分暴露,采用重庆优玛科学仪器有限公司生产的智能蜡疗系统(型号 YLLZ-180),将熔蜡箱中已融化好的石蜡分别盛在专用方盘内制成蜡饼,厚 2~4 cm,冷却至 45~50 °C,用批灰刀紧贴方盘四周划开,并将蜡饼置于塑料单上。将准备好的蜡饼敷于偏瘫侧肩关节、手及前臂周

围,将蜡饼采用棉垫进行包裹保温。治疗期间可反复按压以确保蜡饼与患侧皮肤粘贴紧密,每次治疗 30 min,2 次/天。1 周进行 6 d 治疗,4 周为 1 个疗程,共治疗 4 周。

**1.4 观察指标** 观察对比两组干预后疗效,干预前及干预后 2、4 周视觉模拟评分法(VAS),Fugl-Meyer(FMA)、日常生活能力量表(ADL)评分,表面肌电(sEMG)检测结果及满意度。疗效评估分为显效、有效、无效<sup>[6]</sup>。显效:关节水肿及疼痛消失,活动无障碍;有效:水肿基本消失,疼痛缓解,关节活动轻度受限;无效:症状及体征无改变,甚至加重。总有效率=显效率+有效率。VAS 评分<sup>[7]</sup>:评估患者手腕部及肩部疼痛程度,0~10 分,评分越低表示疼痛越轻;FMA 评分<sup>[8]</sup>:评估患者患侧上肢及手功能,上肢运动功能部分包括 32 个条目,分为 3 级,为 0~2 分,总评分为 66 分,评分越高表示患者状态越好。ADL 评分<sup>[9]</sup>:评估患者日常生活能力,以 Barthel 指数量表进行评定,满分 100 分,得分越高表示日常生活能力越强。sEMG<sup>[10]</sup>:用于检测患侧旋前肌和三角肌肌力,表面肌电图仪(芬兰,ME3000P8)测试患者患侧上肢不同干预时间点肩关节拮抗肌群协同收缩率变化,包括中位频率(MF)、平均功率频率(MPF)、平均肌电值(AEMG)协同收缩率。

**1.5 统计学处理** 采用 SPSS20.0 统计软件进行数据分析,计量资料以  $\bar{x}\pm s$  表示,组间比较使用  $t$  检验,计数资料以例数或百分率表示,组间比较应用  $\chi^2$  检验, $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者临床疗效结果比较** 研究组患者临床总有效率高于对照组,差异有统计学意义( $\chi^2=4.2857, P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效结果比较

组别	<i>n</i>	显效 [ <i>n</i> (%)]	有效 [ <i>n</i> (%)]	无效 [ <i>n</i> (%)]	总有效率 (%)
对照组	30	20(66.67)	6(20.00)	4(13.33)	86.67
研究组	30	24(80.00)	6(20.00)	0(0.00)	100.00

**2.2 两组患者干预前及干预后 2、4 周 VAS 评分结果比较** 干预前两组患者 VAS 评分差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后 2、4 周研究组患者 VAS 评分显著优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者干预前及干预后 2、4 周 VAS 评分结果比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	<i>n</i>	干预前	干预后 2 周	干预后 4 周
对照组	30	5.35±1.21	4.11±0.67	3.10±0.37
研究组	30	5.29±1.19	3.11±0.46	1.89±0.48
<i>t</i>		0.193 6	6.739 4	10.935 4
<i>P</i>		0.847 1	0.000 0	0.000 0

**2.3 两组患者干预前及干预后 2、4 周 FMA 评分结果比较** 干预前两组患者 FMA 评分差异无统计学意

义( $P>0.05$ );干预后 2、4 周研究组患者 FMA 评分显著优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患者干预前及干预后 2、4 周 FMA 评分结果比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	干预前	干预后 2 周	干预后 4 周
对照组	30	20.14±10.34	28.64±11.25	37.95±13.25
研究组	30	20.35±10.12	39.65±12.35	46.84±13.26
t		0.079 5	3.609 8	2.597 6
P		0.939 6	0.000 6	0.011 9

2.4 两组患者干预前及干预后 2、4 周 ADL 评分结果比较 干预前两组患者 ADL 评分差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后 2、4 周研究组患者 ADL 评分显著优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 4。

表 4 两组患者干预前及干预后 2、4 周 ADL 评分结果比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	干预前	干预后 2 周	干预后 4 周
对照组	30	53.36±3.46	58.74±3.67	63.46±4.26
研究组	30	53.63±3.78	63.36±4.36	69.64±3.47
t		0.288 6	4.440 2	6.160 7
P		0.773 9	0.000 0	0.000 0

2.5 两组患者干预前及干预后 2、4 周 sEMG 检测结果比较 两组患者干预前上肢关节拮抗肌群 MF、MPF、AEMG 协同收缩率差异无统计学意义( $P>0.05$ );两组患者干预后 2、4 周拮抗肌群 MF、MPF 协同收缩率比干预前明显增高,AEMG 协同收缩率显著下降,研究组 AEMG 协同收缩率干预更优于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 5。

表 5 两组患者干预前及干预后 2、4 周 MF、MPF、AMG 协同收缩率比较( $\bar{x}\pm s$ ,%)

组别	n	时间	MF	MPF	AEMG
对照组	30	干预前	40.65±12.15	41.27±9.25	18.50±13.23
		干预后 2 周	44.71±16.52	45.30±12.76	16.90±13.02
		干预后 4 周	49.33±18.73	50.11±15.63	14.11±11.35
研究组	30	干预前	41.05±11.01	40.98±10.01	19.02±14.17
		干预后 2 周	47.42±15.62	51.33±15.90	14.60±10.21
		干预 4 周	58.26±18.41	56.22±18.25	10.09±8.85

2.6 两组患者干预满意度结果比较 研究组患者满意度高于对照组,差异有统计学意义( $\chi^2=4.043 1$ , $P<0.05$ )。见表 6。

表 6 两组患者干预满意度结果比较

组别	n	很满意 [n(%)]	满意 [n(%)]	不满意 [n(%)]	满意度 (%)
对照组	30	18(60.00)	6(20.00)	6(20.00)	80.00
研究组	30	24(80.00)	5(16.67)	1(3.33)	96.67

### 3 讨 论

肩-手综合征的治疗方法一直是临床关注的热点,目前无特效治疗方法,早期治疗可稳定患者病情,改善预后,防止畸形发生<sup>[11]</sup>。脑卒中后肩-手综合征患

者后期康复护理及训练是改善预后的关键,这方面的研究较多<sup>[12]</sup>。目前国内主要以 Bobath 技术、肢体气压进行常规的康复训练等<sup>[13]</sup>。有研究显示,通过有效的运动训练可增强肩-手综合征患者神经肌肉兴奋性,增加肌肉收缩频度,提高肌肉张力,改善肌肉活动性及稳定性,降低痉挛肌肉张力,对促进患者上肢功能恢复具有十分重要的意义<sup>[14]</sup>。本研究对患者的主要康复护理及训练包括良肢位摆放、正确搬运、避免患侧上肢输液、向心加压缠绕、冰疗、肢体气压治疗、被动运动、主动运动等。良肢位摆放可促进患者静脉回流,阻止血液淤滞,使松弛肩关节相对稳固,使肱骨头不易向下或者向侧方移位,坐位与立位训练时要防止肱骨头因上肢重力下坠而脱离关节盂。搬运时采用正确方法,避免在患侧上肢输液可避免患侧的再次损伤。向心加压缠绕通过借助外力机械性压迫患者静脉血管,使得患者血液回流,消除水肿。肢体气压治疗也可促进静脉回流,消除水肿,而冰水刺激可激发患者肌肉活动,使肌肉反射性回缩,改善静脉回流,消除患肢水肿,防止疼痛、肌肉僵硬、挛缩等。被动运动使患者关节活动范围增加,防止关节发生粘连,主动运动通过肌肉收缩活动,促进上肢血液回流,达到康复效果。

蜡疗治疗历史悠久,近年来在神经康复领域中得到广泛应用,尤其是在治疗脑卒中后肩-手综合征方面取得了显著疗效,其作用机制主要通过蜡疗改善微循环,使局部皮肤毛细血管扩张,血流加速,促进血液和淋巴液的循环,增加汗腺的分泌,使组织水肿吸收、致痛介质排除,使炎性浸润吸收,达到消肿止痛目的,同时促进细胞代谢活跃。范娜<sup>[15]</sup>研究报道,蜡疗在脑卒中肩-手综合征康复的应用效果提示,康复训练中加入蜡疗可有效缓解疼痛,消除患者水肿,改善患者上肢运动功能。李春艳<sup>[16]</sup>研究显示,蜡疗辅助治疗肩-手综合征效果显著,患者肢体功能恢复更好。

本研究数据表明,研究组患者治疗总有效率为 100.00%,高于对照组(86.67%),差异有统计学意义( $P<0.05$ ),说明在有效治疗的同时采取康复训练及蜡疗干预可显著提升临床治疗效果;干预后 2、4 周研究组患者 VAS、FMA、ADL 评分均明显优于对照组( $P<0.05$ ),提示干预治疗后患者手腕部及肩部疼痛明显缓解,患者上肢功能恢复更好,且日常生活能力提高。本研究表 5 数据显示,两组患者干预后 2、4 周拮抗肌群 MF、MPF 协同收缩率明显增高( $P<0.05$ ),AEMG 协同收缩率显著下降( $P<0.05$ ),研究组协同收缩率干预后 2、4 周与对照组比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),证实康复训练及蜡疗可改善脑卒中后肩-手综合征患者肌力;研究组满意度高达 96.67%,显著高于对照组(80.00%),差异有统计学意义( $P<0.05$ ),提示患者高度认可康复训练联合蜡疗干预方法。本研究采用传统蜡疗结合康复医学手段研究脑卒中后肩-手综合征障碍,学科交叉研究的特点非常突出,联合运用 FMA、VAS 评分及表面肌电

分析系统等评价方法对治疗前、中、后的结果进行评估, 研究结果更客观、更量化, 但研究样本量较小, 有待进一步的研究。

综上所述, 在康复训练的基础上联合新型蜡疗手段对脑卒中后肩-手综合征患者的应用效果良好, 临床疗效提高, 疼痛缓解, 上肢功能恢复更佳, 且患者日常生活能力升高, 满意度较高, 值得临床推广应用。

### 参考文献

[1] 马彦, 樊继军, 赵卫华. 脑卒中后肩-手综合征三级治疗方案效果分析[J]. 宁夏医科大学学报, 2013, 35(10): 1147-1149.

[2] 王咏梅. 中西医结合治疗脑卒中后肩手综合征的临床研究[J]. 检验医学与临床, 2013, 7(21): 2824-2825.

[3] 赵力生, 解露霞, 王建文. 肩手综合征患者应用 2.5 蜡疗治疗临床疗效分析[J]. 医学理论与实践, 2013, 26(11): 1473-1474.

[4] 包艳, 刘海兰, 周晓燕, 等. 五苓散冷热浸泡结合康复训练对脑卒中后肩手综合征患者的影响[J]. 护士进修杂志, 2013, 12(24): 2269-2270.

[5] 王燕, 李保兰, 王爱丽. 氦氮激光并调制中频电结合康复护理干预治疗脑卒中后肩手综合征的疗效观察[J]. 激光杂志, 2013, 5(4): 84-85.

[6] 宋娜, 金爽, 李红, 等. 改良宣氏痛点松解按摩防治脑卒中后肩手综合征的效果研究[J]. 护理管理杂志, 2013, 13(12): 884-886.

[7] 王宏宇. 舒筋洗剂熏洗结合 Bobath 技术治疗脑卒中后肩

手综合征急性期的效果观察及护理[J]. 全科护理, 2015, 7(19): 1862-1864.

[8] 张春兰. 综合康复护理对脑卒中并发肩-手综合征的疗效[J]. 光明中医, 2013, 28(9): 1937-1938.

[9] 罗永菊. 综合康复护理干预在脑卒中后肩手综合征患者中的应用研究[J]. 国际护理学杂志, 2013, 32(9): 1914-1916.

[10] 吕红姣, 崔丽笙. 针刺联合中药熏蒸治疗脑卒中后肩手综合征的效果观察[J]. 护理与康复, 2013, 12(7): 696-698.

[11] 徐孜. 中医特色技术治疗脑卒中后肩-手综合征研究进展[J]. 当代护士, 2016, 5(4): 18-20.

[12] 贾爱明, 胡文梅, 张红, 等. 加味补阳还五汤联合康复训练对脑卒中后急性期肩手综合征的疗效[J]. 广东医学, 2013, 34(12): 1933-1935.

[13] 李军, 张晓路. 针刺、推拿联合康复训练对脑卒中后肩手综合征患者肢体运动功能及生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(26): 2913-2915.

[14] 陈晓君, 吴美芳, 李倩云. 量化康复训练对脑卒中后肩手综合征患者康复效果的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(5): 562-564.

[15] 范娜. 蜡疗在脑卒中后肩手综合征康复中的应用[C]. 兰州: 2013 中国康复医学会第十届康复治疗学术年会论文集, 2013: 1170-1173.

[16] 李春艳. 蜡疗结合经皮神经电刺激治疗脑卒中后肩手综合征疗效浅析[C]. 北京: 第 9 届北京国际康复论坛论文集, 2014: 152-154.

(收稿日期: 2017-08-22 修回日期: 2017-12-28)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 06. 028

## 以细节为中心的手术室舒适护理对子宫肌瘤剥除术患者生活质量及并发症的影响\*

吴黎燕<sup>1</sup>, 袁 华<sup>2</sup>

(1. 江苏省无锡市第九人民医院手术室 214062; 2. 江苏省无锡市妇幼保健院妇外泌尿科 214002)

**摘要:**目的 探讨以细节为中心的手术室舒适护理对子宫肌瘤剥除术患者生活质量及并发症的影响。

**方法** 选取 2015 年 12 月至 2016 年 12 月无锡市第九人民医院收治的行子宫肌瘤剥除术患者 98 例, 按照护理方式不同分为对照组 49 例, 观察组 49 例。对照组实施常规护理, 观察组实施以细节为中心的手术室舒适护理, 比较两组护理前后生活质量评分及并发症发生率, 以及两组护理满意度。

**结果** 观察组护理后社会生活、睡眠、精力、情感反应、疼痛和躯体活动评分低于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组护理满意度高于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

**结论** 子宫肌瘤剥除术患者运用以细节为中心的手术室舒适护理可明显改善患者生活质量, 降低并发症的发生, 提升护理满意度, 值得推广。

**关键词:** 子宫肌瘤剥除术; 手术室舒适护理; 生活质量

**中图分类号:** R713.4

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1672-9455(2018)06-0830-04

子宫肌瘤是一种发病率较高的妇科良性肿瘤, 通常 30~50 岁的女性容易发生<sup>[1]</sup>。该病的发生原因与雌激素分泌过多具有显著相关性, 并且大部分患者并

无明显症状, 通常在进行盆腔或超声检查时被发现, 但也有少数患者会出现子宫出血、下腹疼痛及白带增多等症<sup>[2]</sup>。对有生育要求者可给予子宫肌瘤剥除

\* 基金项目: 南京医科大学科技发展基金资助项目(2013NJMU202)。