

# 阴式子宫切除术治疗子宫肌瘤 50 例临床分析

刘穗玲, 李小毛, 陶淑芸, 滕奔琦

(中山大学附属第三医院妇产科, 广东 广州 510630)

**摘要:** 【目的】探讨子宫肌瘤阴式子宫切除术的方法和经验。【方法】总结分析 1998 年 11 月至 2001 年 11 月对 50 例子宫体积  $\leq 18$  孕周、无子宫脱垂的子宫肌瘤患者行阴式子宫切除术的临床资料。【结果】50 例均成功完成阴式全子宫切除术, 手术时间 35~205 min(中位数 80 min), 出血量 40~300 mL(中位数 100 mL), 全部病例均无膀胱损伤、输尿管损伤、直肠损伤、大出血等并发症。术后 6 周随访, 阴道残端愈合良好。【结论】阴式子宫切除术是治疗子宫肌瘤安全、有效的术式, 术前应对子宫的大小、活动度、阴道的容量、肌瘤的位置和大小、患者的绝经情况以及术者的经验等多种因素进行评估。

**关键词:** 子宫切除术, 阴道式, 子宫肿瘤

**中图分类号:** R71      **文献标识码:** A      **文章编号:** 1000-257X(2002)04-0316-02

**Clinical Analysis of Transvaginal Hysterectomy in 50 Cases with Uterine Myoma** LIU Sui-ling, LI Xiao-mao, TAO Shu-yun, TENG Ben-qi. (Department of Obstetrics and Gynecology, Third Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510630, China)

**Abstract:** 【Objective】To study the technique and experience of transvaginal hysterectomy for uterine myoma. 【Methods】From Nov. 1998 to Nov. 2001, 50 cases with uterine myoma without prolapse underwent transvaginal hysterectomy. The uterine sizes were not large than 18 weeks of pregnancy. The technique used for reducing the uterine bulk included bisection, myomectomy and morcellation. 【Results】All the operations were performed successfully. The operating time ranged from 35 to 205 minutes (median 80 minutes). The amount of blood loss ranged from 40 to 300 mL (median 100 mL). No damage to urinary bladder, ureter and rectum. No massive bleeding occurred. Vaginal ends healed completely 6 weeks after the operation. 【Conclusion】Transvaginal hysterectomy is a safe and effective option for the treatment of uterine myoma. The sizes, mobility and shape of uterus, compatibility of vagina, size and position of myoma, menopause, operator's skill and experiences should be evaluated before operation.

**Key words:** hysterectomy, vaginal; uterine neoplasms

全子宫切除术是治疗子宫肌瘤常用的术式, 既往多选用腹式全子宫切除术<sup>[1]</sup>, 尤其是无合并子宫脱垂的患者。近年来, 随着微创外科概念的引入, 不少国家和地区对非脱垂的子宫行阴式子宫切除术<sup>[2-4]</sup>, 其中包括对子宫肌瘤病例。本文总结 50 例无子宫脱垂的子宫肌瘤阴式子宫切除术, 以探讨该类手术的经验和方法。

## 1 资料和方法

### 1.1 研究对象

自 1998 年 11 月至 2001 年 11 月我院共对 50 例无子宫脱垂的子宫肌瘤患者行阴式子宫切除术。患者年龄 35~73 岁, 平均 45 岁, 平均孕次为 3.2 次(1~8 次), 平均产次为 2 次(1~8 次), 体质量 38.5~88 kg, 平均 60 kg。患者均有明确手术切除子宫的指征, 其中子宫正常大小 7 例, 子宫增大  $\leq$  孕 7 周 15 例, 孕 8~12 周 21 例, 孕 13~18 周 7 例。50 例中曾经腹双侧输卵管结扎术 14 例, 剖宫

产 2 例。患者符合下列条件: ①术前排除生殖道恶性肿瘤; ②子宫活动、估计无粘连; ③有经阴道足月生产史。所有患者术前均行 B 超检查, 并测量子宫大小, 了解肌瘤位置、大小、数目及附件情况。术前阴道冲洗 2~3 天并放置抗炎栓剂。

### 1.2 手术方法

采用腰硬联合麻醉, 取膀胱截石位, 手术中采用电刀切割电凝止血。并采取以下步骤: ①环切宫颈阴道部黏膜, 将宫颈钳钳夹宫颈向外牵引, 金属导尿管导尿并探膀胱, 于宫颈阴道部黏膜下注射生理盐水约 60 mL(含催产素 10 U 或肾上腺素 0.2 mg), 于膀胱宫颈附着处下 0.3 cm 处以高频电刀切开宫颈阴道部黏膜并向两侧延长, 环切宫颈深约 0.3~0.5 cm 直达宫颈筋膜。分离膀胱宫颈间隙、宫颈直肠间隙达前后腹膜, 剪开、进入腹腔。②处理骶韧带、主韧带、子宫动静脉同一般阴式子宫切除术。③减小子宫体积: 可根据子宫、肌瘤的大小及位置, 采用以下方法处理: 子宫肌瘤切除术、子宫

收稿日期: 2002-03-12

基金项目: 广州市科委科研基金资助项目(2001-J-004-01)

作者简介: 刘穗玲(1967-), 女, 广东中山人, 硕士, 主治医师

对半切开术、子宫分碎术。④处理肌瘤:肌瘤径线大、阻碍手术进行者,行肌瘤剔除术;难于一次完全剔除时,则逐步切除至肌瘤完全剔除;肌瘤难于暴露者,先离断对侧宫旁组织,使对侧宫壁游离,增加子宫活动度后,再处理该侧宫旁组织。⑤切除子宫、处理附件、缝合腹膜和阴道断端见文献[4]。

## 2 结果

50例均成功完成阴式全子宫切除术,其中,2例并行双输卵管切除术,3例行卵巢囊肿剔除术,1例行附件切除术,8例行阴道后壁修补术,3例行腹腔镜检查术。术中为减小子宫体积,行子宫肌瘤剔除术者21例,剖开子宫2例,子宫分碎术9例;术中发现轻度盆腔粘连4例,其中3例因术前怀疑盆腔粘连,术中采用腹腔镜监视,术毕见盆底光滑。全部病例均无膀胱损伤、输尿管损伤、直肠损伤、大出血等并发症。手术时间35~205 min(中位数80 min),出血量40~300 mL(中位数100 mL)。4例因术前贫血,血红蛋白57~81 g/L,术中输血200~400 mL,其余患者均无输血。术前血红蛋白平均115 g/L(57~157 g/L),术后血红蛋白平均101 g/L(70~129 g/L)。

术后病理诊断,单发肌瘤33例,多发肌瘤17例;宫颈肌瘤2例,其中1例宫颈后唇肌瘤10 cm×8 cm×8 cm,1例巨大宫颈后壁肌瘤16 cm×15 cm×15 cm;宫体肌瘤48例,肌瘤最大径线10 cm,其中子宫下段肌瘤5例,最大径线8 cm,阔韧带肌瘤2例,最大径线4 cm。卵巢良性囊肿4例,囊肿最大径线6 cm。50例中,切除子宫最重者700 g,其中肌瘤重量500 g,手术时间200 min,术中出血量300 mL。

术后最高体温平均38℃(37.0~39.2℃),体温恢复正常时间平均3 d(1~8 d)。1例患者术后20 d出现阴道残端活动性出血,经阴道缝合1针止血,其余患者均无须特殊止血治疗。术后住院时间平均5 d(3~10 d)。全部患者术后6周随诊,阴道残端愈合良好。

## 3 讨论

本资料50例子宫肌瘤阴式子宫切除术,全部成功,未出现手术并发症,说明阴式子宫切除术是治疗子宫肌瘤安全、有效的术式,可适用于无子宫脱垂的患者,尤其适合于子宫体积较小或同时合并子宫脱垂、阴道前后壁膨出需同时行生殖道修补手

术的病例。

子宫肌瘤行阴式子宫切除术,术前必须综合考虑子宫的大小、活动度、阴道的容量、肌瘤的位置和大小、患者的绝经情况以及术者的经验等多种因素,仔细进行评估。子宫活动度好、有阴道足月分娩史、无骨盆狭窄,较大的子宫也可经阴道切除。阔韧带肌瘤、宫颈肌瘤以及直径超过10 cm的肌瘤影响术野的暴露,应慎用阴式子宫切除术。老年患者生殖道组织萎缩,质脆,组织支撑力差,不利于术中钳夹组织牵引,手术难度增加,本资料1例73岁子宫黏膜下肌瘤,绝经20年,子宫增大孕6周,无脱垂,术中钳夹宫颈牵引,多次出现组织撕裂,暴露左侧宫旁组织时,卵巢固有韧带、输卵管、圆韧带撕裂出血,需寻找残端,多次缝扎方止血。故老年患者手术难度大,亦应慎用阴式子宫切除术。开展手术早期,往往经验不足,以选择难度小的病例为宜。

本资料中,16例盆腔手术史,6例合并输卵管卵巢良性病变,手术均获成功。我们认为,子宫肌瘤有腹部手术史或合并附件病变并非阴式子宫切除术的禁忌,子宫、附件活动度好、排除恶性病者,仍可采取微创的阴式子宫切除术;术前如估计盆腔粘连可能导致手术困难,可先行腹腔镜检查,分离粘连后再行阴式子宫切除术。

手术操作要点:①正确选择阴道黏膜切口有利于顺利分离膀胱宫颈间隙、直肠宫颈间隙,避免损伤膀胱、直肠;②术中应紧贴子宫颈分离膀胱直肠,若剖宫产术后子宫下段疤痕或子宫直肠窝粘连,分离困难,可钝性、锐性分离结合,逐步分离,不可急于求成;③减小子宫体积前尽可能结扎子宫动静脉,结扎要牢固,宫体注射催产素,剔除肌瘤;④根据肌瘤的大小、部位采取措施,有效地克服肌瘤对手术的障碍;⑤术中患者正确的体位,良好的麻醉效果,适合的手术器械有助于手术成功。

### 参考文献:

- [1] 李小毛,范建辉,侯红瑛,等.腹式子宫切除术的临床评价(附347例临床分析)[J].中国现代手术学杂志,2000,4(2):132.
- [2] Doucette R C, Sharp H T, Alder S C. Challenging generally accepted contraindications to vaginal hysterectomy[J]. Am J Obstet Gynecol, 2001, 184(7): 1386.
- [3] 刘凤珠,郎景和,孙大为.阴式大子宫切除术25例临床分析[J].中华妇产科杂志,1999,34(8):456.
- [4] 李小毛,刘穗玲,陶淑芸,等.非脱垂子宫经阴道切除术(附42例临床分析)[J].中国现代手术学杂志,2001,5(3):196.

(编辑 张恩健)