

改良阴式子宫切除术 282 例临床分析

赵淑婷¹, 孟庆芝¹, 柯佩琪²

(1. 广东省新会市妇幼保健院妇产科, 广东 新会 529100; 2. 中山医科大学附属第一医院妇产科, 广东 广州 510080)

摘要: 【目的】比较非脱垂子宫经阴道切除术与腹式子宫切除术的手术效果。【方法】分析 282 例非脱垂子宫的改良阴式切除术和 250 例同期指征相近的腹式子宫切除术的手术时间、术中出血量、术后体温、肛门排气时间、术后病人下床活动时间、住院天数及术后 3 个月随访情况进行比较。【结果】改良阴式子宫切除术组在手术时间、术中出血量、术后体温、术后排气时间、下床活动时间及住院天数均少于腹式子宫切除术组($P < 0.01$), 术后 3 个月随访阴道残端愈合、下腹部疼痛等($P > 0.05$)。【结论】改良阴式子宫切除术, 术后患者的恢复明显优于腹式子宫切除术。

关键词: 非脱垂子宫; 子宫切除术, 经阴道; 子宫切除术

中图分类号: R713.42 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-257X(2001)05-0390-03

The Analysis to 282 Cases of the Improved Vaginal Hysterectomy

ZHAO Shu-ting¹, MENG Qing-zhi¹, KE Pei-qi²

(1. Department of Obstetric and Gynecology, Xinhui Mother and Child Health Hospital, Guangdong

Xinhui 529100, China, 2. Department of Obstetric and Gynecology, First Affiliated Hospital,

Sun Yat-sen University of Medical Sciences, Guangzhou 510080, China)

Abstract: 【Objective】For the sake of comparing the postoperative effect between the improved vaginal hysterectomy and panhysterectomy without metroptosis. 【Method】To review and make a comparative analysis 282 cases of improved vaginal hysterectomy and 250 cases of panhysterectomy, which have the similar target at the same term, in the respect of operation time, bleeding, postoperative temperature, postoperative fart, the first time to move about, hospitalized time, and the patient's position after 3 months. 【Result】The operation time, bleeding, postoperative temperature, postoperative fart, the first time to move about, and the hospitalized time in the improved vaginal hysterectomy cases, was less than the panhysterectomy cases respectively ($P < 0.01$), but the remnant vagina, hypogastrum pain after 3 months were out of notable difference ($P > 0.05$). 【Conclusion】The improved vaginal hysterectomy can make the postoperative patient recovered better than the hysterectomy distinctly.

Key words: cases without metroptosis; hysterectomy, vaginal; panhysterectomy

随着微创手术在妇产科领域内的深入开展, 探讨创伤小、恢复快、手术质量高的术式是妇产科界的热点话题。非脱垂子宫经阴道切除术具有损伤小、恢复快、术后疼痛轻、无腹壁瘢痕、住院时间短等优点, 而传统经阴道子宫切除术仅局限于脱垂子宫。本文收集我院妇科自 1997 年 1 月~2000 年 6 月, 共开展非脱垂子宫经阴道切除术 282 例, 通过在术式的改进^[1] (以下称改良阴式子宫切除术), 使

手术简单易行, 扩大了手术适应证, 与同期指征相近的腹式子宫切除术 250 例的手术效果对比, 具体分析如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择

282 例需行子宫切除术的患者 (简称阴式组)

收稿日期: 2000-12-13

作者简介: 赵淑婷(1967-)女, 广东新会人, 主治医师, 1999 年中山医科大学附属第一医院妇产科访问学者。 <http://www.cnki.net>

年龄 35~61 岁,其中有腹部手术史 52 例,占 18.44%(输卵管结扎术 46 例,阑尾切除术 5 例,胆囊切除术 1 例),术中加入会阴或阴道后壁修补术 26 例占 9%。子宫大小:子宫<12 孕周者共 190 例占 67%,12~14 孕周共 92 例占 32%。282 例的主要病种为子宫肌瘤、子宫腺肌症和功能失调性子宫出血,合并有卵巢囊肿术前检查囊肿活动度好,囊性,单侧,直径<5 cm,排除恶性病变的病例也可选择。其中 1 例术中剖开子宫疑子宫内膜癌而中转开腹,术后病理报告证实为子宫内膜腺癌。1 例术后 5 d 排便用力后感下腹胀痛,术后 7 d 经 B 超检查证实为腹腔内出血(约 400 mL),经腹腔镜处理好转,考虑为腹压增加缝扎线滑落致内出血,此 2 例不作在内,余 280 例手术成功;无 1 例直肠、膀胱损伤。随机选择同期住院手术指征相同的腹式子宫切除术 250 例进行对照(简称腹式组)。

1.2 手术方法改良要点

采用连续硬膜外麻醉,取膀胱截石位,手术中均采用电刀切割电凝止血,以防小血管滑落、阴道部位深止血困难。手术方法:①宫颈黏膜环切:切口位置在膀胱宫颈沟下 0.3 cm 处,横形切口深达宫颈筋膜并向两侧环绕宫颈切开,向上分离推开膀胱达子宫膀胱腹膜反折(用手触摸此处有滑动感)^[3],在此处打开前腹膜。剪开后腹膜时,在后穹窿的中 1/3 处近宫颈侧直接全层剪开阴道黏膜和后腹膜并向两侧延长 3~4 cm,分别置入长阴道拉钩拉开膀胱和直肠。②子宫骶主韧带、子宫血管可一把钳钳夹,切断后双重缝扎,各残端均不保留缝线,无需相互打结,宫颈侧断端无需缝扎。③处理子宫附件及圆韧带,不常规从前穹窿或后穹窿翻出子宫。根据输卵管结扎术提钩法原理,用特制长弯钩钳(佛山市妇儿医院谢庆煌设计)操作:触及宫底部后将钩钳偏左或右侧宫角部稍用力向下拉,将固有韧带一并钩出;钩出后张开钩钳,在钳间用一把

长 24 cm 有齿直钳钳夹后双重缝扎。如子宫大小<10 孕周可在断扎双侧骶主韧带和子宫血管后,将子宫推往盆腔的一侧,暴露对侧附件及圆韧带,直视下钳夹、断扎,无需使用钩钳,如术前合并有卵巢囊肿或术中探查附件有病变,可同时切断患侧附件,仍在长弯钩钳引导下,钳夹切断骨盆漏斗韧带,也可切除子宫后再切除附件。④取出子宫:子宫完全游离后,如子宫体积>10 孕周牵出困难者,可先将肌瘤剔出或将子宫对半切开等方法取出。⑤阴道断端及腹膜用可吸收肠线连续缝合,从一侧角阴道后壁黏膜进针、至后腹膜、韧带残端、前壁腹膜、前壁阴道黏膜出针。

1.3 统计学方法

采用 *t* 检验和 χ^2 检验。

2 结 果

2.1 改良阴式子宫切除术与腹式子宫切除术手术效果

改良阴式子宫切除术与腹式子宫切除术手术效果比较,本研究结果是改良阴式子宫切除术的手术时间短、术中出血少、术后体温高峰低,肛门排气早、下床活动早,平均住院天数缩短(表 1)。

2.2 术后 3 个月随访

阴式组 280 例中,术后随访人数 205 例,占 73%,术后 3 个月随访阴道残端息肉 5 例占 2%;间有下腹部轻微疼痛 8 例占 4%;腹式组随访人数 187 例占 75%,术后 3 个月随访阴道残端息肉 4 例占 2%,下腹轻微疼痛 6 例占 3%,各数据 χ^2 检验经统计学处理无显著差异($P>0.05$)。

3 讨 论

3.1 改良阴式子宫切除术要点及优点

表 1 两种手术方法效果比较

Table 1 Comparative of the postoperation effect in the two methods

($\bar{x} \pm s$)

Group	Operation time (<i>t</i> / <i>min</i>)	Bleeding (<i>V</i> / <i>mL</i>)	Postoperative temperature (<i>T</i> / <i>°C</i>)	Postoperative fart (<i>t</i> / <i>h</i>)	Postoperative to move (<i>t</i> / <i>h</i>)	Hospitalized time (<i>t</i> / <i>d</i>)
Improved vaginal hysterectomy (<i>n</i> = 280)	70.09±20.03	99.38±45.91	37.71±0.42	31.27±9.88	40.60±10.71	6.23±2.41
Panhysterectomy (<i>n</i> = 250)	93.56±30.20	144.36±60.12	38.46±0.32	43.80±12.21	53.76±12.23	9.34±3.26
<i>P</i>	< 0.01	< 0.01	< 0.01	< 0.01	< 0.01	< 0.01

①常规阴式子宫切除术是先切开阴道壁,分离膀胱宫颈间隙和子宫直肠间隙和处理子宫韧带和血管后再打开前后腹膜,本手术改良之处是切开宫颈黏膜深达筋膜层,后腹膜连同阴道壁黏膜一同剪开,可简单迅速地打开前后腹膜并置入长阴道拉钩拉开膀胱和直肠,避免膀胱和直肠的损伤;②一并处理子宫韧带和血管,近宫颈侧断端无需缝扎,减少术中出血,节省手术时间;③采用特制的长弯钩钳在处理子宫附件和圆韧带时解决了暴露术野的困难,无需常规要从前或后穹窿翻出子宫才能处理圆韧带和附件;④腹膜和阴道壁一层缝合,不留死腔,减少术后阴道残端息肉形成。通过上述术式的改进,简化手术程序,缩短了手术时间,减少术中出血量,有利于患者术后的恢复。同时,利用阴道这一天然穴道切除子宫,无腹壁切口,盆腹腔干扰小,尤适宜于肥胖患者;患者术后疼痛轻,在术后发热、术后排气时间、下床活动时间等指标优于腹式组,从而缩短患者住院时间。

3.2 可一并行阴道壁及会阴修补术

在进行改良阴式子宫切除术时,对于合并有会阴裂伤、阴道前后壁膨出者可同时进行会阴或阴道壁修补术^[3]。本资料中有16例患者因会阴陈旧性Ⅱ度裂伤行会阴修补术,10例阴道后壁轻度膨出同时行阴道后壁修补术,效果满意。

3.3 改良阴式子宫切除术的适应证和禁忌证

改良阴式子宫切除术除具有子宫切除术的一般指征外,术前应妇科检查子宫活动度好,无盆腔广泛粘连;子宫体积不宜大于14孕周,子宫过大,手术操作空间小,暴露困难,易引起周围组织的损伤,子宫切除后取出困难;术前应除外妇科恶性肿瘤,对于子宫肌瘤和子宫腺肌症的患者,合并有不

规则子宫出血患者应行诊断性刮宫或宫腔镜检查,排除子宫恶性病变,对于功能失调性子宫出血经系统的内分泌治疗半年无效的患者,术前常规行诊断性刮宫术及送病理排除子宫恶性病变;本资料中有1例行改良阴式子宫切除术中中转开腹、术中冰冻切片及术后病理证实为子宫内膜腺癌。因此,总结改良阴式子宫切除术的禁忌证为:①子宫体积>14孕周;②既往有妇科手术病史如卵巢肿瘤手术、子宫肌瘤剔除术、剖宫产术等;③合并有子宫内膜异位症;④妇科恶性肿瘤;⑤阔韧带肿瘤及宫颈段肌瘤。

3.4 改良阴式子宫切除术注意事项

改良阴式子宫切除术因术野小、术中暴露相对困难,因此要求手术者必须熟悉盆腔和局部解剖位置以及有一定的阴道手术基础,术中采用电刀切割电凝止血,各韧带残端不小于0.5 cm,术后保持大便通畅、避免腹压骤增引起血管和残端滑脱,掌握好手术适应证,以保证手术的成功^[4]。

参考文献:

- [1] 孟庆芝.非脱垂子宫经阴道切除术的改进[J].中华妇产科杂志,1999,33(3):192.
- [2] 汤春生.经阴道子宫切除术[M].见:苏应宽,刘新民.妇产科手术学.第2版.北京:人民卫生出版社,1994.118~119.
- [3] 曹泽毅.子宫肿瘤[M].见:曹泽毅.中华妇产科学.下册.北京:人民卫生出版社,1999.1818~1819.
- [4] 柳晓春,郭晓玲,谢庆煌.新式非脱垂子宫经阴道切除术[J].中华妇产科杂志,2000,35(3):186.

(编辑 关淡庄)

·简讯·

我校实验动物中心被国家科技部确定为“十五”规划重大项目投标单位

6月25日,国家科技部条件财务司沈中祺副司长、省科技厅李中铎副厅长等有关领导和专家来到我校实验动物中心考察。随着人类功能基因组研究开发的深入发展,国家科技部立项在“十五”期间建立国家基因工程小鼠(转基因动物)遗传资源库。该项目是国家73项重大项目之一,采取定向投标方式进行,项目资助强度为3000万元,我校是第一个获得招标资格的单位。目前,实验动物中心在省科技厅的领导下,正积极准备有关申报工作。

(陈颖青)