

[文章编号] 1000-2200(2008)04-0448-02

· 临床医学 ·

## 非脱垂子宫阴式手术 37 例临床分析

施晓燕, 施晓莺, 田梅, 唐佳音

**[摘要]** 目的: 探讨非脱垂子宫阴式手术方法及临床应用价值。方法: 选取非脱垂子宫阴式手术 37 例, 子宫为正常大小至 14 孕周。术式为子宫全切 6 例(其中子宫碎解及对半切开后再切除各 1 例), 次全切 12 例(其中肌瘤剔除后再切除 11 例), 肌瘤剔除术 19 例, 并对手术方法、要点、适应证及禁忌证等加以讨论。结果: 37 例经阴道手术成功, 术后病理为子宫肌瘤 33 例, 子宫腺肌病 3 例, 宫颈上皮内瘤变 3 级 1 例, 术后并发症 2 例, 均治愈。结论: 非脱垂子宫阴式手术适用于子宫活动度良好、无明显盆腹腔粘连、阴道较宽松、有明确手术指征的患者, 且需排除盆腔子宫内异位症及生殖器恶性肿瘤; 该术式具有损伤小、恢复快、住院时间短、腹壁无瘢痕、费用低等优点, 适用于各级医院。

[关键词] 子宫切除术, 经阴道; 非脱垂子宫

[中国图书资料分类法分类号] R 713.42 [文献标识码] A

### Vaginal surgery for 37 cases with no prolapsed uterus

SHI Xiao-yan, SHI Xiao-ying, TIAN Mei, TANG Jia-yin

(Department of Obstetrics and Gynecology, Fuyang Tumor Hospital, Fuyang Anhui 236033, China)

**[Abstract]** **Objective:** To explore the value of vaginal surgery for patients with no prolapsed uterus. **Methods:** Thirty-seven patients with no prolapsed uterus were included in the study. The sizes of the uterus were from normal to 14 gestational weeks. Hysterectomy was performed in six cases (including 1 uterine morcellation and 1 semi-open before the resection), hypo-hysterectomy in 12 cases and myomectomy in 19 cases. The surgical procedures, key points, indications and contraindications were discussed. **Results:** The operation was successful in all the 37 cases. The postoperative pathology proved that 33 cases were uterine fibroids, 3 cases adenomyosis and 1 was cervical intraepithelial neoplasia of grade-3. Two cases of postoperative complications were cured. **Conclusions:** Vaginal surgery is adapt to patients with good uterus activity, no obvious abdominal adhesions, relaxed vagina and clear surgical indications; Pelvic endometriosis and genital cancer should also be excluded. The procedure has the advantages of less lesion, quicker recovery, shorter hospital stay, no abdominal scar and low cost. It can be applied to hospitals of all levels.

[Key words] hysterectomy, vaginal; non-prolapsed uterus

经阴道子宫切除术 (total vaginal hysterectomy, TVH) 的应用已有近百年的历史, 比经腹子宫切除术 (total abdominal hysterectomy, TAH) 早开始 50 年<sup>[1]</sup>, 以往国内 TVH 多限于子宫脱垂的小子宫患者。近 10 多年来, 随着微创技术的深入, 非脱垂子宫阴式手术已在国内多家医院陆续开展。现总结我院非脱垂子宫阴式手术 37 例的临床资料, 探讨非脱垂子宫阴式手术的方法及临床应用价值。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2006 年 7 月~2007 年 6 月我院施行的非脱垂子宫阴式手术 37 例, 年龄 34~49 岁。均有经阴道足月分娩史, 产次 1~5 次; 子宫为正常大小至 14 孕周。包括子宫平滑肌瘤、子宫腺肌病、子宫颈血管瘤及子宫颈上皮内瘤变 (CIN) 3 级。术前均经 B 型超声、彩色多普勒、妇检、子宫颈液基细胞学、分段诊刮及子宫颈锥切病检等相关检查排

除子宫颈和子宫内膜恶性病变、盆腔严重粘连及急性生殖道炎症。子宫活动度基本良好, 附件无 >5 cm 的囊性病变, 阴道较宽松。37 例中有经腹绝育手术史 7 例。

**1.2 手术方法** 采用连续硬膜外或硬膜外联合腰麻麻醉。膀胱截石位, 留置导尿, 钳夹子宫颈前后唇并向下牵拉, 用 250 ml 生理盐水加肾上腺素 1 mg 溶液, 环子宫颈一周黏膜下注入作水垫并减少术中渗血。切开阴道黏膜, 用巾钳钳夹子宫颈, 轻轻上下移动, 找到子宫颈与阴道黏膜交界 (即膀胱附着于子宫颈、膀胱沟处) 下 0.3~0.5 cm 处切开阴道壁达子宫颈筋膜, 钝性及锐性分离膀胱子宫颈间隙达膀胱腹膜返折, 切开腹膜; 对肌瘤位于后壁者, 切开后穹窿显示宫体行肌瘤剔除, 或切断结扎子宫血管及各韧带行子宫全切及次切; 对肌瘤多发或瘤体过大者, 需逐个剔除或碎解子宫再行切除, 若仅剔除肌瘤, 在剔除后缝合瘤床。缝合腹膜及阴道残端, 将盆腹膜及子宫颈分离面作连续缝合后再缝合阴道前后壁。对术中渗血多的患者于膀胱或直肠间隙放置引流管, 阴道填塞碘附纱布 1 块, 24 h 后取出。

[收稿日期] 2007-09-21

[作者单位] 安徽省阜阳市肿瘤医院 妇产科, 236033

[作者简介] 施晓燕 (1968-), 女, 主治医师。

1.3 术式选择 阴式子宫全切 6 例,其中子宫粉碎及对半切开后切除各 1 例;子宫次全切 12 例,其中肌瘤剔除后再切除 11 例;子宫肌瘤剔除术 19 例。

## 2 结果

37 例全部经阴道手术成功,无膀胱、直肠及输尿管等副损伤,切除子宫最大 14 孕周。术后病理为子宫肌瘤 33 例,腺肌病 3 例(其中 1 例伴子宫颈血管瘤),CIN 3 级 1 例;手术时间 65 ~ 180 min。术中出血 20 ~ 400 ml。术后肛门排气时间 10 ~ 48 h,术后发生盆腔感染并发症 2 例,其体温恢复时间分别为 14 天和 16 天,术后住院天数分别为 16 天和 18 天。其余 35 例体温恢复时间为 0 ~ 72 h,术后住院天数为 2 ~ 10 天。出院后 4 ~ 5 周复查阴道残端愈合良好,盆腔检查无异常,无切口感染。并发症 2 例为肌瘤剔除后,盆腔及瘤床渗血致局部积血感染,均在 B 超定位下经 2 ~ 3 次穿刺、抽吸出混浊积液后体温逐渐正常,痊愈出院。

## 3 讨论

3.1 子宫阴式切除术的应用价值 经阴道子宫手术是利用阴道这一天然孔穴进行操作的手术,具有损伤小、不需作腹部切口、体表不留瘢痕、手术时盆腹腔干扰少、术后康复快、住院天数少和住院费用低等优点<sup>[2]</sup>。国外研究<sup>[3]</sup>认为,在同等条件下,若具备施行阴式手术的条件,应尽量实施阴式手术。非脱垂子宫阴式手术虽然术野小,术中暴露相对困难,但是只要熟悉局部解剖,具有熟练的基本功,掌握关键操作步骤,就能由浅入深,顺利完成手术全过程。我院开展非脱垂子宫阴式手术尽管起步较晚,病例有限,但从全组病例中(除 2 例并发症外)的手术时间、术中出血量、术后康复及住院时间等资料分析,都充分体现了该术式的优越性及较高的临床应用价值。

3.2 适应证及禁忌证 非脱垂子宫阴式手术,适用于具备子宫活动度好、无明显盆腹腔粘连、有阴道分娩史、阴道宽松者,且排除附件疾患及生殖器恶性肿瘤,有明确子宫全切、次全切、肌瘤剔除术指征的患者。全切术时子宫体积 < 20 孕周,次全切除术和肌瘤剔除术子宫 ≤ 14 孕周<sup>[3]</sup>。禁忌证为子宫活动度差、子宫周围广泛致密粘连、附件肿块过大、合并有盆腔子宫内异症及生殖器恶性肿瘤患者。本组选择的 37 例中,全切术的子宫体积最大为 14 孕周,次全切和肌瘤剔除术子宫最大为 13 孕周,7 例有经腹绝育手术史。近年来,随着手术方法的改进和手术技术的提高,大子宫 TVH 的报道日益增多<sup>[4]</sup>,适

应证逐步扩大。王敏等<sup>[5]</sup>认为 TVH 唯一禁忌是子宫过大(超过脐部)或阴道过于狭窄,无性生活者。汪星星等<sup>[6]</sup>完成 TVH 无阴道分娩史者 17 例,陈龙等<sup>[7]</sup>完成非脱垂大子宫(> 10 孕周)TVH 483 例,其中 16 ~ 18 孕周 75 例。说明对技术熟练者,可以扩大大子宫的手术适应证,甚至只要有性生活史,无阴道分娩史也不列为禁忌。

3.3 手术要点 手术人员熟练的基本功、熟悉的局部解剖及子宫阴式手术的经验是保证手术成功的前提。在操作中,首先是正确寻找子宫颈阴道黏膜分界处,在膀胱沟下 0.5 cm 左右切开阴道黏膜,达子宫颈筋膜时要掌握正确的深浅度,才能顺利地分离膀胱阴道与直肠阴道间隙进入腹腔,而避免膀胱与直肠的损伤;在钳夹子宫血管时,将膀胱自子宫颈游离,用拉钩向上拉开,并向下牵拉子宫颈,可将子宫血管结扎处与输尿管间距拉开,从而在结扎切断子宫血管时避免输尿管损伤;早期结扎子宫血管是缩小子宫体积的先行条件,而且再行子宫对半切开、肌瘤剔除、子宫碎解术等操作时,子宫不会出血或出血很少<sup>[5]</sup>。

3.4 注意事项 非脱垂子宫阴式手术的基本术式是 TVH,经阴道子宫肌瘤剔除和次全切除术的适应证较广,但手术时间、术中出血量、术后下床活动时间均高于 TVH,提示经阴道保留子宫或保留子宫颈的手术难度较大,所以必须熟练掌握 TVH 的手术技巧,才能尽可能的减少这两种手术的并发症,提高手术质量,充分发挥经阴道手术的优点<sup>[6]</sup>。本组病例中在顺利完成 TVH 基本术式后,2 例逐步开展保留子宫和子宫颈手术。在行难度较大保留子宫的肌瘤剔除术病例中,出现 2 例盆腔积血感染并发症,这是由于早期操作不熟练、术野暴露不佳、止血不彻底、术后引流不畅所致,已吸取教训,引以为戒。

### 【参 考 文 献】

- [1] 王晓芳,张平宁,高桂琴. 36 例大子宫阴式子宫切除分析[J]. 天津医药, 2002, 30(2): 116 - 117.
- [2] 周 萍. 非脱垂子宫阴式全子宫切除术的临床应用[J]. 蚌埠医学院学报, 2007, 32(3): 320 - 321.
- [3] 谢庆煌,柳晓春,郑玉华,等. 非脱垂子宫经阴道手术术式分析[J]. 中华医学杂志, 2005, 85(18): 1 281 - 1 283.
- [4] Paparella P, Sizzi O, Rossetti A, et al. Vaginal hysterectomy in generally considered contraindications to vaginal surgery[J]. Arch Gynecol Obstet, 2004, 270(2): 104 - 109.
- [5] 王 敏,高 山,朱 楠,等. 非脱垂子宫阴式切除术 31 例临床分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2005, 21(3): 185 - 186.
- [6] 汪星星,宋安安,廖东霞. 经阴道子宫切除术 206 例分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2001, 17(7): 427 - 428.
- [7] 陈 龙,柳晓春,谢庆煌. 非脱垂大子宫经阴道切除 483 例临床分析[J]. 四川肿瘤防治, 2004, 17(3): 162 - 164.