

非脱垂子宫疾病经阴道全子宫切除术 与经腹全子宫切除术临床疗效比较

梁茂芸, 陈智明, 赵 珺, 叶娟华, 王安双

[摘要] **目的:**探讨非脱垂子宫疾病经阴道全子宫切除术(TVH)与经腹全子宫切除术(TAH)的临床应用价值。**方法:**回顾性分析非脱垂子宫(良性病变)切除术患者80例,其中TVH组26例,TAH组54例,比较2组手术时间、术中出血量、住院时间、术后镇痛率、肛门排气时间、术后感染、下床活动时间和术后体温恢复时间。**结果:**2组患者手术均成功,与TAH组比较,TVH组手术时间短、术中出血量少、术后疼痛轻、肛门排气时间短、下床活动时间早、术后体温恢复快、住院时间短($P < 0.01$)。**结论:**非脱垂子宫行TVH更符合当代外科微创理念,能显著提高患者生活质量,安全可行,是一种较为理想的术式。

[关键词] 子宫疾病/外科手术;非脱垂子宫疾病;经阴道全子宫切除术;经腹全子宫切除术

[中图分类号] R 713.4

[文献标志码] A

DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2015.03.023

The clinical effect comparison of transvaginal hysterectomy and abdominouterectomy in the treatment of non - prolapsed uterus

LIANG Mao-yun, CHEN Zhi-ming, ZHAO Jun, YE Juan-hua, WANG An-shuang

(Department of Obstetrics and Gynecology, The Second People's Hospital of Chizhou, Chizhou Anhui 247000, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the application value of trans-vaginal and trans-abdominal hysterectomy (TVH and TAH) in non-prolapsed uterus disease. **Methods:** The data of 80 patients with non-prolapsed uterus (benign lesions) treated with hysterectomy were retrospectively analyzed, which included 26 cases treated with TVH and 54 cases treated with TAH. The time of operation, hospitalization, anus exhaust, ambulation and postoperative temperature recovery, blood loss and postoperative analgesia rate and infection between two groups were compared. **Results:** All operations in two groups were successful. Compared with patients treated with TAH, the shorter time of operation, hospitalization, anus exhaust, ambulation and post-operative temperature recovery, less blood loss and lighter postoperative pain were observed in patients treated with TVH ($P < 0.01$). **Conclusions:** TVH significantly improves the life quality of patients with non-prolapsed uterus disease, which is safe, feasible and ideal surgery.

[Key words] uterine diseases/surgery; non-prolapsed uterus disease; transvaginal hysterectomy; transabdominal hysterectomy

子宫良性病变是妇科常见疾病,子宫切除也是妇产科最常见手术之一。传统子宫切除多经腹完成,随着人们对生活质量要求提高,以及微创理念深入和微创技术的发展,使得非脱垂子宫经阴道全子宫切除术越来越受到妇科医师们的青睐和重视。我们对同期非脱垂子宫施行经阴道全子宫切除术(TVH)和经腹全子宫切除术(TAH),对两种术式的临床效果及应用价值进行对比,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2010~2013年我院行TVH的26例患者作为观察组(TVH组),同期行TAH者54例作为对照组(TAH组)。2组患者均为非脱垂子宫疾病,且全子宫切除手术指征明确,子宫活动度

可,体积小于孕14周大小,无腹部手术史;术前经妇科检查、B超、肿瘤标志物检测,宫颈管脱落细胞学检查或阴道镜检查,有不规则阴道流血予分段诊刮送病理,排查恶性病变;围手术期予预防性抗生素治疗。2组患者年龄、子宫大小和病种类型差异均无统计学意义($P > 0.05$) (见表1),具有可比性。

表1 2组患者一般资料比较

分组	n	年龄/岁	子宫大小 (孕周/周)	病种		
				子宫功能性出血	子宫肌瘤	子宫肌瘤腺症
TVH组	26	46.19 ± 0.584	10.65 ± 1.90	4	20	2
TAH组	54	46.04 ± 0.733	11.39 ± 2.32	2	43	9
t	—	0.91	1.4		1.85*	
P	—	>0.05	>0.05		>0.05	

*示 u_c 值

1.2 手术方法 均采用连续硬膜外或腰硬联合麻醉。

1.2.1 TVH术 采用膀胱截石位,臀部超出手术台边缘5~10cm。于子宫颈阴道交界处的阴道黏

膜下注入 1:20 万肾上腺素 0.9% 氯化钠注射液(高血压患者用缩宫素稀释液),于膀胱沟下 0.3~0.5 cm 处环形切开阴道黏膜前壁,深达筋膜,紧贴子宫颈分离膀胱宫颈间隙,并上推膀胱暴露膀胱反折腹膜,打开腹膜进入腹腔。于子宫颈阴道后壁黏膜交界处下方 0.2 cm 处 Allis 钳夹阴道壁,沿 Allis 钳上方直接剪开阴道壁及后腹膜进入腹腔。切开两侧阴道壁与前后阴道壁连接,分离子宫颈侧间隙,垂直子宫颈分别钳夹切断两侧子宫骶韧带,7 号丝线缝扎残端;平行子宫颈依次钳夹切断两侧子宫主韧带、子宫动静脉,7 号丝线缝扎残端 2 针。用卵巢固有韧带钩形钳钩住卵巢固有韧带、圆韧带及输卵管并向下牵引再钳夹,切断,7 号丝线贯穿缝合残端。或者切除子宫颈,外翻(或内翻)子宫体朝外,再依次钳夹输卵管、圆韧带及卵巢固有韧带并切断缝扎。若子宫体积过大,可采用子宫肌瘤剔除、对半切开、碎解等方法缩小子宫体积后再处理附件及圆韧带。取出子宫后探查盆腔,若有输卵管积水或卵巢囊肿,则术中予以切除输卵管或附件,再探查各创面有无出血点。0 号可吸收线全层连续缝合前后腹膜及阴道残端,不留死腔,止血彻底。

1.2.2 TAH 术手术方式 参见刘新民主编的《妇产科手术学》^[1]。

1.3 观察指标 对 2 组手术时间、术中出血量、住院时间、术后镇痛率、肛门排气时间、下床活动时间、

术后感染率和术后体温恢复时间进行比较。

1.4 统计学方法 采用 t (或 t') 检验、 χ^2 检验和秩和检验。

2 结果

2 组患者手术经过均顺利。TVH 组无一例中转开腹,无术中及术后并发症发生,体表不留瘢痕;TAH 组 4 例切口液化裂开,1 例切口感染,均经换药切口二期缝合后愈合。

2.1 2 组患者术中情况比较 TVH 组手术时间和术中出血量均明显少于 TAH 组($P < 0.01$)(见表 2)。

表 2 2 组患者术中情况比较($\bar{x} \pm s$)

分组	n	手术时间/min	术中出血量/ml
TVH 组	26	121.04 ± 6.78	190.97 ± 17.64
TAH 组	54	144.57 ± 4.20	298.70 ± 25.41
t'	—	16.25	22.02
P	—	<0.01	<0.01

2.2 2 组患者术后情况比较 TVH 组术后肛门排气时间、术后下床活动时间和术后体温恢复时间均显著少于 TAH 组($P < 0.01$),TVH 组住院时间和术后镇痛率均明显少于 TAH 组($P < 0.01$),而 2 组患者发生切口液化或感染差异无统计学意义($P > 0.05$)(见表 3)。

表 3 2 组患者术后情况比较

分组	n	肛门排气 时间/h	下床活动 时间/h	体温恢复 时间/d	使用 镇痛泵	切口液化 或感染	住院 时间/d
TVH 组	26	30.00 ± 1.76	33.27 ± 1.17	1.94 ± 0.23	5	0	11.46 ± 0.42
TAH 组	54	49.78 ± 2.09	61.30 ± 1.49	2.25 ± 0.22	54	8	13.26 ± 0.35
t	—	41.64	84.15	3.38	59.14*	2.79*	20.17
P	—	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	>0.05	<0.01

*示 χ^2 值

3 讨论

子宫切除术是妇科最常见手术之一,TVH 与 TAH 是子宫切除术 2 种不同路径的手术方式。TAH 是子宫切除术基本术式,适用于所有需子宫切除且无手术禁忌的患者,也是困难和复杂的子宫切除术以及失败 TVH 的最后选择^[2]。TAH 术中需纱布排垫肠管及大网膜,对腹腔脏器有一定干扰,且整个手术过程中盆腹腔暴露空气中,污染术野的机会增多。TAH 腹壁伤口长,疼痛、发热、禁食时间长,切口液化或感染发生的概率增加,所以 TAH 引起的

创伤较大,恢复慢,体表有较大的瘢痕,越来越多的患者不愿意接受^[3]。TVH 利用阴道作为入路进行子宫切除术,符合微创观念,随着微创手术的飞速发展,患者行 TVH 比例显著增加。国外报道 TVH 占子宫切除的 60%~90%,国内少数医院高达 90%^[4],尤其对于肥胖、糖尿病、高血压等不能耐受开腹手术患者,是一种理想的术式^[4]。TVH 以往的手术适应证主要是脱垂子宫疾病,随着麻醉技术的提高,手术器械更新,术者的经验积累和手术技巧的提高,TVH 也较广泛应用于非脱垂子宫疾病。本研究中 TVH 组患者均为非脱垂子宫疾病,结果显示与

TAH 组比较,其手术时间短、术中出血量少,手术后排气时间、术后活动时间、体温恢复时间均明显短于 TAH 组,术后镇痛率明显低于 TAH 组。TVH 具有无腹壁切口、体表不留瘢痕、手术创伤小、肠道干扰少、术后疼痛轻、术后恢复快、住院时间短和术后病率低等优点^[5],更符合患者对美学的心理要求;TVH 是一种理想的术式,顺应了当前微创手术的潮流,得到广大患者和医生的认可。

但 TVH 术野小,操作困难,易损伤膀胱、直肠、输尿管等临近脏器。所以临床病例的选择是手术成功的前提,满意麻醉以及术者有着脱垂子宫 TVH 基本功和经验是手术成功的重要保证。术前评估和手术过程中应注意:(1)术前病例的选择。选择既往无盆腔手术史,有生育史,阴道松弛,妇检子宫大小小于孕 14 周,子宫活动度好的患者,B 超了解子宫肌瘤大小、数目、位置,再结合术者手术经验和手术基本功进行选择。随着术者手术经验的积累和手术技巧的提高,手术适应证也可不断拓宽。(2)熟悉盆底解剖结构。清楚局部的解剖层次,能否顺利打开前后腹膜是手术关键,我们发现子宫旁注射稀释肾上腺素可减少术中出血,后腹膜连同后穹窿阴道黏膜一起剪开,快而出血少;前腹膜打开关键是切口阴道黏膜的位置要适合,须在膀胱沟下 3~5 mm 处,且深度达子宫颈筋膜层,沿子宫颈上推膀胱,则很容易暴露前腹膜。(3)对大子宫下降困难者,可

实行子宫肌瘤剔除、子宫椎切碎解、子宫挖核术(向宫底方向挖出子宫中心组织)等,对于大子宫常常多种方法共用,子宫体积减小后均能成功从阴道切除子宫^[7],避免暴力牵拉子宫引起盆底撕裂。(4)将阴道残端与前后腹膜一起缝合,可以充分地封闭手术创面,起到腹膜化作用,关闭死腔,减少出血^[8]。

[参 考 文 献]

- [1] 刘新民. 妇产科手术学[M]. 3 版. 人民卫生出版社, 2004: 191 - 200.
- [2] 黄珍珍. 子宫良性疾病腹式与阴式子宫切除手术的临床分析[J]. 微创医学, 2009, 4(5): 514 - 515.
- [3] 邓海燕, 冯笑丰, 莫奕彩, 等. 不同术式子宫切除手术的临床效果比较分析[J]. 白求恩医学院学报, 2008, 6(2): 77 - 79.
- [4] 罗新. 阴式子宫手术的历史地位及现实地位[J]. 实用妇产科杂志, 2007, 23(1): 1 - 3.
- [5] 柳晓春, 谢庆煌. 非脱垂子宫经阴道切除术[J]. 实用妇产科杂志, 2000, 16(2): 64 - 65.
- [6] 韦育红. 非脱垂大子宫阴式改良式子宫切除术临床分析[J]. 右江民族医学院学报, 2006, 28(3): 421 - 422.
- [7] 侯琼梅, 蒋绍莉, 罗常华, 等. 改良式阴式全宫切除术在非脱垂大子宫中的临床应用[J]. 广西医科大学学报, 2012, 29(1): 149 - 150.
- [8] 黄丽萍, 陈春慧. 改良阴式子宫切除术 42 例临床分析[J]. 宜春学院学报, 2008, 30(6): 92.

(本文编辑 刘梦楠)

(上接第 363 页)

压, 双额骨瓣加颞肌下减压, 亦可达到外减压的要求。

术后随访 1 年, 21 例患者存活 19 例, 死亡 2 例; 根据格拉斯哥预后评分评价疗效: 良好 11 例 (52.3%), 轻残 5 例 (23.8%), 重残 3 例 (14.2%), 死亡 2 例 (9.5%), 手术效果良好, 救治存活率 90% 以上, 死亡 2 例系合并严重肺部感染、呼吸衰竭。总结本组手术优点如下: 入路耗时短、去骨瓣减压速度快; 利于结扎矢状窦、剪开大脑镰, 使减压效果更均衡, 避免因两侧脑组织压力差出现的大脑镰下疝、脑组织嵌顿等; 较保留骨桥的双额颞骨瓣减压手术, 额部骨瓣去除更大, 清除血肿、切除坏死脑组织更彻底, 减压效果更充分, 降低先减压一侧脑膨出概率; 通过本组手术我们认为冠状切口双额骨瓣开颅减压术对双侧额叶重度脑挫裂伤患者手术效果确切, 及时准确把握手术指征、规范手术, 可有效改善患者预后, 降低致残率和死亡率。

[参 考 文 献]

- [1] 夏咏本, 李爱民, 颜士卫. 冠切双额大骨瓣开颅术在双额叶脑

挫裂伤中的运用[J]. 中国临床神经外科杂志, 2010, 12(15): 742 - 744.

- [2] 王宏国, 蔡强, 杜浩, 等. 中央型脑疝的临床特点及诊治[J]. 中国临床神经外科杂志, 2011, 16(6): 340 - 342.
- [3] 黄文飞, 黎岳强, 郭柞国, 等. “3”分法在颞额叶脑挫裂伤治疗决策中的应用研究[J]. 中国基层医药, 2011, 18(4): 502 - 504.
- [4] 陈煜, 赖润龙, 李勇. 对冲性前额叶挫裂伤诊治策略[D]. 汕头: 汕头大学医学院, 2010.
- [5] 董吉荣, 胡旭, 王玉海, 等. 双侧平衡去骨瓣减压术对特重型颅脑损伤致双侧瞳孔散大患者的救治[J]. 中华神经外科杂志, 2011, 27(6): 706 - 709.
- [6] Whitfield PC, Patel H, Hutehinson PJ, et al. Bifrontal decompressive craniectomy in the management of posttraumatic intracranial hypertension[J]. Br J Neurosurg, 2001, 15(6): 500 - 507.
- [7] 陈晋, 李玻, 郑文明. 双额叶重度脑挫裂伤并发中央型脑疝的手术治疗[J]. 国际神经病学神经外科学杂志, 2009, 36(5): 403 - 405.
- [8] Cooper DJ, Rosenfeld IV, Murray L, et al. Decompressive craniectomy in diffuse traumatic brain injury[J]. New Engl J Med, 2011, 364(16): 1493 - 1502.

(本文编辑 卢玉清)