

阴式全子宫切除术及阴道前后壁修补术 48 例临床分析

吴月莲¹ 黄琳²

(1 广西壮族自治区人民医院妇产科, 南宁市 530021; 2 广西壮族自治区妇幼保健院妇产科, 南宁市 530003)

【摘要】 目的 探讨阴式全子宫切除术及阴道前后壁修补术操作要点及其并发症的防治。**方法** 对 48 例阴式全子宫切除术及阴道前后壁修补术患者的临床资料进行回顾性分析。**结果** 48 例患者均无膀胱或直肠损伤、阴道残端脱垂, 无中转开腹病例; 术后性生活基本满意, 无阴道狭窄的病例。术后尿潴留 1 例, 阴道残端肉芽组织生长 1 例。**结论** 行阴式全子宫切除术及阴道前、后壁修补术应严格掌握手术适应证, 防止并发症的发生。

【关键词】 子宫脱垂; 阴道膨出; 阴式全子宫切除术; 阴道壁修补术; 并发症

【中图分类号】 R 713.42 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 0253-4304(2011)06-0770-02

全子宫切除术是最常用的妇科手术之一。在提倡微创手术的今天, 经腹全子宫切除术的比例有下降趋势, 而经阴道全子宫切除术的比例显著上升。经阴道全子宫切除术占全子宫切除术的 60% ~ 90%, 国内有些医院高达 90%, 而大多数医院还不足 10%^[1], 有的医院尚未开展阴式全子宫切除术。笔者 2008 年 11 月至 2010 年 11 月在尼日尔工作, 进行阴式全子宫切除术 48 例, 现对临床资料进行总结分析。

1 资料与方法

1.1 临床资料 因子宫脱垂合并阴道前后壁膨出患者 48 例, 无明显的内科合并症, 大多无手术史, 在病人知情同意后, 全部行阴式全子宫切除术及阴道前后壁修补术。患者年龄 31 ~ 67 岁, 平均 42.32 岁; 孕次 1 ~ 13 次, 平均 7.23 次, 产次 1 ~ 9 次, 平均 6.77 次。曾行子宫腹壁悬吊术失败 2 例, 有剖宫产史 3 例, 曾行子宫肌瘤剔除术 5 例。合并卵巢囊肿 2 例, 合并子宫肌瘤 3 例, 尿失禁 14 例, 伴有排尿困难和尿潴留 9 例。子宫脱垂 II 度 35 例, 子宫脱垂 III 度 13 例; 阴道前壁膨出 I 度 19 例, II 度 23 例, III 度 6 例。48 例患者均合并有不同程度的阴道后壁脱垂和(或)陈旧性会阴 II 度裂伤。

1.2 手术方法 所有病人在征得其本人同意后均行全身及妇科检查, 必要时行盆腔 B 超检查, 排除恶性疾病。由于非洲医疗条件有限, 术前 3 d 未能常规阴道清洗、消毒或清洁灌肠。但大多数病例术前口服抗生素 3 d。采用蛛网膜下腔阻滞麻醉, 患者取膀胱截石位, 碘伏消毒外阴、阴道、宫颈。

手术操作要点: 导尿后, 以金属导尿管指示膀胱于阴道前壁近宫颈两侧的最低点, 并用两把皮钳钳夹作为指示点, 钳夹宫颈, 向阴道膀胱间隙注入 0.01% 肾上腺素生理盐水 20 ~ 30 ml, 于膨出的阴道前壁作三角形切口, 顶端在尿道外口下 1 cm 左右, 底部在宫

颈外口上膀胱附着处稍下方(即将作为指示点的两把皮钳稍往宫颈口方向移动), 可用电刀切开, 深达膀胱筋膜。三角形切开阴道前壁时, 上 1/3 近尿道口处因为阴道黏膜较薄, 钝性分离有些困难且易撕裂者行锐性分离; 下 2/3 钝性分离, 并向两侧分离阴道膀胱间隙 0.5 cm。上推膀胱直至膀胱子宫反折腹膜, 并剪开腹膜。将前阴道壁上的切口向宫颈后侧延长, 于直肠宫颈交界的间隙处分离阴道后壁, 整个阴道穹窿环行切开。紧贴宫颈分离阴道直肠间隙, 直至子宫直肠窝反折腹膜, 并剪开腹膜。充分暴露子宫底、主韧带, 紧贴宫颈使骶、主韧带一并钳夹、切断, 7 号丝线单次缝扎。若宫颈长, 可再次钳夹切断骶、主韧带, 直至子宫峡部, 保留最后一道缝线。松开皮钳, 将宫颈推进阴道; 将子宫体从膀胱子宫反折腹膜切口牵出。靠近宫角使卵巢固有韧带、输卵管、圆韧带一并钳夹、切断, 7 号丝线双重缝扎, 保留一道缝线, 探查盆腔是否有病变。如卵巢有病变需要切除, 可一并切除。钳夹、切断子宫血管, 7 号丝线双重缝扎, 保留一道缝线, 随即切除子宫, 检查盆腔是否出血, 查两侧子宫切除蒂无出血, 把保留的结线两两结扎加固盆底。用 4 号丝线在膀胱底做荷包缝合, 深度不能穿透膀胱壁。如膀胱比较松弛, 可以由小到大, 做 2 个或 3 个同心圆的荷包缝合。要避免一次性大的荷包缝合, 因为术后容易再次松弛。用 0 号微荞线连续缝合前壁阴道断端。修补阴道后壁: 鼠齿钳挟持两侧小阴唇下端, 向阴道直肠间隙注入 0.01% 肾上腺素生理盐水 10 ~ 20 ml, 于膨出的阴道后壁作小三角形切口, 深达直肠筋膜。用刀锐、钝性分离阴道后壁, 然后切除。分离两侧肛提肌, 并分别用皮钳钳夹。如后壁膨出明显, 可用 4 号丝线间断或呈同心圆缝合直肠表面筋膜(注意不能穿透直肠)。7 号丝线缝合两侧肛提肌, 加固盆底。0 号可吸收线间断缝合阴道后壁及会阴体。如患者仍有性生活要求, 缝合后的阴道在麻醉状态下

以通过两指或三指为宜。要尽量避免术后阴道狭窄。术后留置导尿管,72 h 拔尿管,阴道内放凡士林纱卷,24 h 取出。广谱抗生素预防感染。

2 结果

48 例患者均无膀胱或直肠损伤、阴道残端脱垂,无中转开腹病例;术后尿潴留 1 例,曾行子宫腹壁悬吊术失败患者 1 例,手术过程比较艰难,术中不能翻出子宫体,但是紧贴着子宫角也能处理卵巢固有韧带、输卵管、圆韧带,手术时间是其他病例的 2 倍。术后性生活基本满意。术后没有出现阴道狭窄的病例。有 1 例阴道残端肉芽组织生长,导致性生活后阴道少许出血,经电灼及药物处理后症状消失。手术时间 50 ~ 180 min,平均 72 min,出血 40 ~ 180 ml,平均 90 ml。术后 3 d 内,体温超过 38℃ 者 5 例。

3 讨论

迄今为止,阴式全子宫切除术及阴道前、后壁修补术是治疗子宫脱垂合并阴道前后壁膨出,不需要保留子宫患者最有效、创伤最小、最经济的治疗方法,如何避免或减少手术并发症是临床工作的重点问题,也是难点问题。

手术操作要点和适应证:阴式全子宫切除术及阴道前、后壁修补术中顺利打开膀胱腹膜反折及直肠窝盆腹膜,是手术成功的关键。本组 1 例 10 年前曾行子宫腹壁悬吊术,手术比较艰难,勉强可以打开前后腹膜,但是圆韧带将宫体固定于腹直肌前筋膜上,术中不能翻出子宫体,只能紧贴着宫角处理卵巢固有韧带、输卵管、圆韧带;手术时间是其他病例的 2 倍。对于曾行子宫腹壁悬吊术的 II 度子宫脱垂病例,视术者手术经验选择适应证,对于阴式全宫切除术经验不足者,不主张选为适应证。对于因子宫肌瘤增大的子宫,如肌瘤位于子宫峡部以上,可在子宫壁筋膜内或浆膜下挖除肌瘤,缩小病变的子宫,以便于翻出子宫体,是手术成功的关键;如肌瘤位置在宫颈或峡部,在需要挖除肌瘤时要注意勿损伤膀胱。随着术者经验的积累,手术适应证也在扩大,下腹部有手术史、盆腔轻度粘连及无阴道分娩史者,并非手术禁忌证,但其适应证不能无限扩大。本组有 1 例合并子宫肌瘤患者,曾行子宫肌瘤剔除术,子宫如孕 12 周大小,肌瘤位于峡部突向阔韧带,术中剔除肌瘤及止血困难,出血 180 ml。如术前双合诊子宫 > 12 孕周,B 超提示单个肌瘤直径 > 8 cm 以及盆腔脏器广泛粘连者,考虑开腹全宫切除为宜,以免给患者带来不必要损伤^[2,3]。

术后并发症及预防:本组资料中 1 例术后拔除尿管不能自解小便,出现尿潴留。给予再插尿管,钳夹尿管,每 2 ~ 4 h 间歇性开放 1 次,并热敷膀胱区等处理,12 h 后尿潴留症状解除。本组病例未出现阴道里缝线排斥反应,仅有 1 例阴道残端肉芽组织生长,导致性生活后阴道少许出血,经电灼及药物处理后,症状消失。缝线排斥反应以及阴道残端肉芽组织生长的发病率比刘丽炜^[4]报告的结果低,可能与术中缝扎子宫骶主韧带、子宫血管、圆韧带等均用 7# 丝线以减少缝线排斥反应有关。

本组虽然行阴式全子宫切除术及阴道前、后壁修补术,但无病例发生阴道残端脱垂,但是预防很重要。笔者的经验是,每例患者不论阴道后壁膨出程度如何,都应进行阴道后壁修补术,缝合肛提肌,加强其对盆腔的支托作用。因为盆底肌肉是维持盆底支持结构的主要成分,在盆底肌肉中肛提肌起着最主要的支持作用,承托并保持子宫、膀胱、直肠等盆腔脏器在正常位置^[5]。

阴道手术由于术野小,操作困难,易损伤膀胱、直肠、输尿管,术中要注意分离阴道、膀胱和膀胱宫颈间隙,如出血多,要高度警惕误入膀胱肌壁层,尤其有剖宫产史者。分离和切断宫颈旁组织及骶主韧带时不可力求一步达到反折腹膜处。在子宫筋膜或浆膜下挖除肌瘤时防止过强牵拉造成膀胱、输尿管的撕裂伤。盆腔粘连打开腹膜困难,但能从子宫的前或后一侧入腹腔,可在减少瘤体后直视下分离粘连。若前后腹膜均不能打开时,可在腹膜外挖除肌瘤,病变子宫缩小后,便于其下移,方能继续手术,否则宜及时改开腹手术。术前口服抗生素肠道准备。

阴式全子宫切除术及阴道前、后壁修补术,要严格掌握手术适应证。具备手术基本功,熟悉盆腹腔解剖层次及毗邻关系,力争做到避免或减少手术并发症,提高患者术后生活质量。

参 考 文 献

- [1] 罗 新. 阴式子宫手术的历史及现实地位[J]. 实用妇产科杂志,2007,23(1):1-3.
- [2] 关红玲,白美春,郭雨春. 阴式子宫切除术 50 例体会[J]. 中国现代医生,2008,46(8):151.
- [3] 桂 黎. 腹腔镜辅助下改良式阴式子宫切除术 76 例临床分析[J]. 临床和实验医学杂志,2008,7(5):74-75.
- [4] 刘丽炜. 阴式全子宫切除术及阴道前后壁修补术 52 例临床分析[J]. 中国医药导报,2009,6(31):33-35.
- [5] 罗 新. 女性盆底解剖结构的新概念[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2006,22(1):78-80.

(收稿日期:2011-02-16 修回日期:2011-03-17)