# 78 例阴式非脱垂子宫切除术临床疗效分析

于凤英 （临泉县人民医院妇产科，安徽 阜阳 236400）

［摘 要］ **目的** 探讨非脱垂子宫阴式切除术（TVH）在妇科疾病中的临床应用价值及可行性。**方法** 回顾性分析 2009 年 5 月至 2010 年 10 月 78 例实施非脱垂子宫阴式切除术患者的病例资料，观察手术时间、出血量、并发症等。**结果** 76 例成功经阴道完成手术，成功率 97.4%，手术平均时间 57 min，术中出血量 50 ~ 100 mL。**结论** 非脱垂子宫阴式切除手术具有创伤小、恢复快、住院时间短、腹部不留瘢痕等优点，符合现代微创观念，有临床使用价值，值得推广。

［关键词］ 经阴道子宫切除术；非脱垂；治疗

［中图分类号］ R713.42 ［文献标识码］ A ［文章编号］ 1672-5042（2011）05-0516-02

## Clinical efficacy of transvaginal hysterectomy for non-prolapsed uterus

YU Feng-ying （Department of Gynecology and Obstetrics, People's Hospital in Linquan County, Fuyang Anhui 236004, China）

**Abstract: Objective** To explore the feasibility and clinical value of transvaginal hysterectomy (TVH) for non-prolapsed uterus in gynecological disease. **Methods** The operation duration, blood loss volume, operative complications of 78 patients who underwent transvaginal hysterectomy form May 2009 to October 2010 were analyzed. **Results** The operations for 76 patients were successful, the successful rate reaching 97.4%. The mean operative time was 57 minutes and blood loss was 50 ~ 100 mL. **Conclusion** With the advantages of less pain, shorter operation duration, quick recovery and no scars, TVH for non-prolapsed uterus accords with the concept of minimally invasive, therefore, it is worth promoting in clinics.

**Keywords:** transvaginal hysterectomy; non-prolapsed; treatment

子宫切除术是治疗子宫疾病最常用的手术方式之一，其中 90% 以上是因为子宫良性病变而行手术。手术途径有经阴道子宫切除、经腹部子宫切除、经腹腔镜子宫切除及腹腔镜辅助下经阴道子宫切除[1-3]。非脱垂子宫阴式切除术（transvaginal hysterectomy, TVH）具有手术时间短，腹部无切口，术后恢复快等优点。本文对我院 2009 年 5 月至 2010 年 10 月 78 例具有完整病历资料的行 TVH 患者进行分析，现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

我院 2009 年 5 月至 2010 年 10 月共行非脱垂子宫阴式切除术 78 例，患者年龄 35 ~ 64 岁，平均（43.2 ± 2.6）岁。其中子宫平滑肌瘤 40 例，子宫内膜病变 21 例，宫颈上皮内瘤变 9 例，子宫腺肌症 8 例。16 例子宫正常大小，47 例子宫增大小于 12 周，15 例子宫增大在孕 12 ~ 16 周大小。所有患者术前均行妇科检查、B 超、宫颈细胞学检查，不规则出血者行内膜诊刮术排除子宫内膜恶性病变，且均为已婚已生育妇女，符合子宫切除术指征。

［作者简介］ 于凤英（1968 -），女，安徽省临泉县人，主治医师，学士，主要从事普通妇科及难产方面的研究。E-mail: yufengying1968@163.com

［收稿日期］ 2011-04-10 ［修回日期］ 2011-05-05

### 1.2 手术方法

采用硬膜外或腰麻与硬膜外联合麻醉，取膀胱截石位。用宫颈钳钳夹宫颈前后唇并向下牵拉宫颈，用生理盐水注入膀胱宫颈间隙、直肠宫颈间隙、宫旁间隙后，于膀胱横沟水平环形切开阴道粘膜，深达宫颈筋膜并向两侧及宫颈后方延长至环形切口。宫颈前壁和后壁切口深而两侧切口相对较浅[2]。先后用刀柄、示中指钝性分离较致密的间隙组织，然后用阴道拉钩充分分离并上推膀胱，自宫颈中线分离膀胱宫颈间隙。后推直肠，充分显露膀胱反折腹膜和直肠反折腹膜。将宫颈向一侧上方牵拉，暴露宫颈骶主韧带，紧贴宫颈及宫体两侧，在腹膜外向上处理两侧骶主韧带，双重结扎以确保安全和止血。切断宫颈旁组织后，分离子宫动脉周围组织，手指伸入子宫动脉后方可使之暴露更清楚，平子宫内口紧贴子宫钳夹子宫动脉及周围组织，切断后，7 号丝线双重缝扎断端，处理子宫圆韧带及子宫、卵巢血管蒂。采用特制的固有韧带钩形钳协助将子宫圆韧带、固有韧带、输卵管一起钩住向下牵拉，钳夹切断上述组织，7 号丝线双重缝扎残端[4]。摘除子宫后检查各结扎残端及双侧卵巢。由两侧开始全层连续缝合阴道后壁粘膜并包括前后壁腹膜。术毕，阴道置油纱卷。

## 2 结果

76 例成功经阴道完成手术，成功率 97.4%，其中 1 例因子宫腺肌症合并子宫内膜异位而中转开腹，另 1 例系盆腔炎症粘连子宫难以牵拉且术中麻醉效果欠佳改行剖腹手术。本组病例手术经过均顺利，无副损伤。手术最短时间 32 min，最长 98

min,平均时间 57 min,术中出血量 50 ~ 100 mL,其中 1 例输浓缩红细胞 2 U,所有经阴道完成手术患者术后感下腹部轻度疼痛,一般不需用镇痛药物。术后 6 h 均拔出尿管,无排尿困难。术后体温均在 38 ℃以下。术后 1 个月门诊复查,阴道切口愈合良好,其中 2 例肉芽组织增生给予对症处理后好转。

## 3 讨论

非脱垂子宫阴式切除与腹式子宫切除相比,具有对腹腔干扰少、创伤小、出血少、恢复快、住院时间短等优点,特别适用于伴有肥胖、糖尿病、冠心病、高血压病等内科合并症不能耐受开腹手术者[2]。但其无法直视盆腔病变情况,所以其手术适应证受子宫大小、盆腔粘连、附件病变的制约[4]。阴式子宫切除的禁忌证是[5]:生殖道恶性肿瘤,须探查和淋巴清扫者;盆腔子宫内膜异位症、慢性炎症等引起的广泛粘连,子宫固定者;急性盆腔炎、急性生殖道感染;全身情况差不能耐受手术,全身出血性疾病;较大和位置较低的宫颈肌瘤、阔韧带肌瘤,伴有较大的和有粘连的附件肿块(直径大于 6 cm);阴道极度狭窄;宫底高超过脐部。本组中,1 例因子宫腺肌症合并子宫内膜异位而中转开腹,另 1 例系盆腔炎症粘连子宫难以牵拉且术中麻醉效果欠佳改行剖腹手术。因此,术前应认真做好妇科检查,详细了解子宫大小、活动度、韧带增厚程度及盆腔有无严重粘连,以便选择手术方式。

由于有剖宫产史的患者原手术切口位置高于子宫峡部,膀胱下部解剖平面仍未改变,不要试图在分离膀胱宫颈间隙时一起打开膀胱子宫陷凹,而应在术者用手指探查膀胱子宫陷凹确认子宫前壁或底部之后再予以打开[6-7]。切除全部宫颈旁骶主韧带时常遇到风险因素是无法打开直肠子宫陷凹,即使能够夹住子宫动脉,但却无法将其游离以增加活动度,如果有宫颈峡部肌瘤存在,可切除肌瘤打开腹膜陷凹。手术中应注意避免过度牵拉,避免子宫周围血管断裂出血,遇到难以控制的出血应及时中转开腹。若因子宫内膜异位结节导致致密粘连无法分离时,损伤直肠的风险大大增加,必要时应中转开腹,避免副损伤。

非脱垂子宫阴式切除术具有手术时间短、出血少、并发症少、患者创伤小等诸多优点,符合微创手术的原则。成功的关键在于选择合适的患者,术者丰富的阴道手术经验,助手的默契配合,另外,满意的麻醉等也是阴式手术成功的重要因素[8]。

## [参考文献]


[1] Harmanli OH, Gentzler CK, Byun S, et al. A comparison of abdominal and vaginal hysterectomy for the large uterus[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2004, 87(1): 19 - 23.

[2] Kalogirou D, Antoniou G, Karakitsos P, et al. Comparison of abdominal and vaginal hysterectomy: Study of complication[J]. Clin Exp Obstet Gynecol, 1996, 23(3): 161 - 167.

[3] Lenihan JP Jr, Kovanda C, Cammarano C. Comparison of laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy with traditional hysterectomy for cost-effectiveness to employers[J]. Am J Obstet Gynecol, 2004, 190(6): 1714 - 1720.

[4] 伍凤莉,罗立华,申桂华,等. 阴式子宫切除术适应证及并发症探讨[J]. 实用妇产科杂志, 2005, 21(7): 439 - 440.

[5] 谢庆煌,柳晓春,郑玉华,等. 非脱垂子宫阴式子宫全切除术的适应证和禁忌证探讨[J]. 中华妇产科杂志, 2005, 40(7): 441 - 441.

[6] 谢文阳,熊员焕. 经阴道非脱垂子宫切除术的现状与展望[J]. 实用临床医学, 2010, 11(1): 133 - 135.

[7] 雷春荣. 非脱垂子宫阴式切除 132 例临床分析[J]. 咸宁学院学报(医学版), 2009, 23(3): 224 - 225.

[8] 韩雪梅. 经阴道子宫肌瘤剔除术的手术配合[J]. 局解手术学杂志, 2010, 19(3): 245.


(编辑:左艳芳)

(上接第 515 页)

## 2 优点

压疮是因为血液循环障碍、身体局部皮肤受压、不能供给皮肤和皮下组织所需的营养,而导致局部组织失去正常机能而形成的溃烂及坏死。护颈枕在预防神经外科头部手术后压疮中的应用具有以下优点:取材方便、经济实用,易于推广。护颈枕在各大超市均有售,每个售价 10 元左右,可反复使用。操作简单。护士、护工、病人家属均可操作。实用性强。家庭医院均可使用。面料可水洗,有一定的弹性和透气性。具备一定的按摩功能。护颈枕的塑泡粒子可随着患者头部移动而变形,对受压部位有一定的按摩功能。患者感觉柔软舒适,可减轻头部局部伤口受压,促进伤口愈合,防止压疮发生。

神经外科的患者是发生压疮的高危人群,因患者术后需长期卧床治疗,头部需制动,过程中,头部、耳廓及躯干突出部位易受压后发生压疮,增加护理工作难度。因此做好压疮的护理一直是临床工作的重点和难点,如何给患者提供更优更实惠的压疮护理还需要在实践中不断地摸索和总结,把更好的护理方法提供给患者,减轻其负担[2]。

## [参考文献]


[1] 杨德彦,王秀平. 压疮形成的原因分析[J]. 全科护理, 2008, 6(10B): 2692.

[2] 张锦琼,姚明兰,黄群英. 水袋预防神经外科危重病人头部压疮的效果观察[J]. 现代康复, 2001, 5(2): 137.


(编辑:何泓睿)