维普资讯 http://www.cqvip.com

子宫体中心切除术的临床应用价值

梁蜀敏，王 琼 （达州市中心医院妇产科，四川 达州 635000）

［摘要］ **目的** 探讨腹式子宫体中心切除术的临床应用价值。**方法** 将80例子宫肌瘤或保守治疗无效的功能性子宫出血病例随机分为2组，每组40例。观察组行子宫体中心切除术，对照组行子宫次全切除，然后对两组进行比较。**结果** 子宫体中心切除术与子宫次全切除相比，因手术方式的简化，手术时间短，术后恢复时间明显缩短，疼痛的发生率明显减少，手术感染率较底，患者抗生素应用减少，住院时间短，无手术并发症，卵巢功能正常。**结论** 子宫体中心切除术是一种安全、可靠、保留女性生理功能和盆底正常解剖结构的手术方式。

［关键词］子宫体中心切除；子宫次全切除；残留卵巢综合症；宫肌瘤
［中图分类号］R719 ［文献标识码］A ［文章编号］1672－5042(2005)01－0013－02

Clinical evaluation of removal of central uterine body

LIANG Shu-min, WANG Qiong (Department of Obstetrics & Gynecology, Dazhou Central Hospital, Dazhou 635000, China)

Abstract: Objective To evaluate the clinical value of removal of central uterine body. **Methods** A total of 80 cases of hysteromyoma and intractable functional uterine hemorrhage treated by drugs were randomly divided into 2 groups (n = 40 in each group). The 40 patients (38 cases of hysteromyoma and 2 cases of intractable functional uterine hemorrhage) in the treatment group underwent removal of the central uterine body. The age of patients ranged from 31 to 54 years [mean: (40 ± 3.15) years]. The other 40 patients (39 cases of hysteromyoma and 1 case of intractable functional uterine hemorrhage) in the control group underwent subtotal hysterectomy. Their age ranged from 33 to 59 years [mean: (41 ± 4.30) years]. **Results** Compared with subtotal hysterectomy, removal of central uterine body could result in shorter operative time, shorter time for recovery, lower infection rate due to surgery, less application of antibiotics, and fewer complications. **Conclusion** Removal of the central uterine body, a safe and liable surgical procedure, can preserve normal pelvic anatomic structures and physiological functions.

Keywords: removal of central uterine body; hysteromyoma; subtotal hysterectomy

妇科保留生理功能的手术是广大妇女，尤其是青中年妇女的愿望，保留子宫形态和功能的方法多种多样，效果也不尽相同。我院在2002年采用子宫体中心切除术治疗40例病人，效果满意，报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2002年我院收治子宫肌瘤或保守治疗无效的功能性子宫出血病例共80例，随机分为观察组和对照组。观察组行子宫体中心切除术，共计40例，年龄31～54岁，平均年龄(40±3.15)岁。其中功能性子宫出血2例，占5.0%，子宫肌瘤38例，占95.0%。对照组行子宫次全切除术，共计40例，年龄33～59岁，平均年龄(41±4.30)岁。其中功能性子宫出血1例，占2.5%，子宫肌瘤39例，占97.5%。所有病例术后均随访6个月以上。术前月经周期第12天测血清性激素含量用于手术后随访比较。术后用Prima阴道B超(西门子公司，德国，探头频率7.5 MHz)探测保留的子宫及双侧卵巢体积。

1.2 手术指征

3例功能性子宫出血，因失血而导致中、重度慢性贫血，且严重影响生活和工作，严格药物治疗无效。78例子宫肌瘤患者表现为月经量多，腹痛和腰骶部不适等，影响生活，子宫肌瘤直径5～9 cm，并符合以下条件：无生育要求，愿意切除子宫，无生殖器官恶性疾病，术前宫颈细胞学检查，巴氏Ⅰ～Ⅱ级。

1.3 手术方法

采用持续硬膜外麻醉或全麻，经腹部切口暴露盆腔，用2把组织钳夹持子宫两侧角部向盆腔外牵拉，用血浆管套扎子宫峡部的子宫血管及两侧骨盆漏斗韧带及卵巢血管，暂时阻断子宫及双侧附件血供，用电凝刀或手术刀距两侧子宫角内侧2～2.5 cm向子宫峡部呈到三角形切除子宫底、肌瘤的子宫体中心部分及子宫腔部分前后壁及上段子宫内膜，尽量保留子宫两侧壁和角部浆肌层，手指触摸确认无病灶残留。保持卵巢固有韧带，输卵管和子宫圆韧带完整性。最后有1/0可吸收线将两侧壁肌层由峡部螺旋向上缝至自宫底部。缝合下段不留死腔。以上操作在20 min内完成，避免止血带束扎时间过长导致器官缺血坏死。在血供状态下用1/0号可吸收线将子宫前壁浆肌层切缘与子宫后壁切缘缝合，缝合后成形的子宫体积(6～7)cm×(3～4) cm×(2～2.5) cm，挤压子宫切缘排出积血后关腹。对照组按传统方法实施手术。

1.4 术中，术后观察指标

手术时间、术中出血量，术后排气时间，盆腔血肿(子宫体切除及宫颈残端出血所致的血肿)。

1.5 术后随访

观察组及对照组术后随访6个月。随访内容包括月经、性生活质量，更年期症状，B超探查卵巢与术中保留卵巢体积比

［作者简介］梁蜀敏(1954－)女，四川省达州市人，副主任医师，大学本科，主要从事妇科、产科及计划生育的临床研究工作。电话：(0818)2386629

［收稿日期］2004－03－18 ［修回日期］2004－06－28

维普资讯 http://www.cqvip.com

较。术后6个月,1年测血清性激素,与术前比较。

1.6 统计学处理

采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 术中和术后观察的结果见表1

表1 两组术中和术后观察指标比较($\bar{x} \pm s$)

观察指标	中心切除组	次全切除组
手术时间(min)	45 ± 8	45 ± 10
术中出血(ml)	152 ± 12	148 ± 10
术后排气时间(h)	20 ± 4	21 ± 3
盆腔血肿(%)	3.3	0

注:两组比较,$P > 0.05$

2.2 手术后随访结果见表2

表2 两组术后随访结果比较

随访项目	中心切除组		次全切除组	
	n	%	n	%
有月经	25	83.3		3.3
性生活质量下降	0	0	6	20.0
更年期症状	0	0	6	20.0
卵巢萎缩	0	0	11	36.7

注:两组比较,$P < 0.01$

2.3 手术前后血清性激素含量测定比较见表3

表3 两组手术前后血清性激素含量比较($\bar{x} \pm s$)

项目	术前		术后	
	中心切组	次全切除组	中心切除组	次全切除组
E2(1ml)	256.24 ± 92	271.88 ± 88.81※	260.42 ± 89.32	117.80 ± 32.24
FsH(mlu/ml)	12.57 ± 9.4	15.53 ± 8.82	13.82 ± 10.29	61.92 ± 18.38
Ih(mu/ml)	25.02 ± 15.43	22.06 ± 7.84#	22.66 ± 16.18	14.22 ± 3.51

※:术后与术前比较,$P < 0.01$;#:$P < 0.05$

3 讨论

3.1 子宫体中心切除术的临床意义

子宫体中心切除与子宫次全切除相比,因手术方式的简化,手术时间、术后恢复时间明显缩短,术中出血少,手术感染率低,抗生素的应用减少。住院时间缩短,降低住院费用。由于子宫体中心切除保留了大部分子宫浆肌层,未切断子宫韧带,术后腹痛,性交痛及阴道前后壁膨出等并发症明显降低。子宫不仅是一个受激素作用的靶器官,也是一个功能激素的内分泌器官。目前已知子宫能分泌前列腺素,泌乳素、胰岛素生长因子,松弛素、上皮生长因子等。因此,中、青年女性应尽可能保留子宫组织。

子宫体中心动脉的上行支,末梢在子宫角附近吻合[2]。传统治疗子宫肌瘤的手术方法是全子宫或次全子宫切除术。手术必须断扎卵巢固有韧带及子宫动脉。虽切除了病灶,但因断扎了来自子宫动脉的血供及切除了子宫角附件的血管吻合网,影响了卵巢正常的血液循环,使保留的卵巢血供减少50%,导致卵巢萎缩及功能衰退。而子宫体中心切除术仅切除了子宫体中心部分及宫腔上段的内膜,保留下段的内膜,手术无须断扎附件及正常的卵巢血循环,避免了传统子宫切除术断扎附件及子宫动脉使卵巢血供减少而发生卵巢萎缩及功能衰退。保留子宫腔下段的内膜,术后可有少量月经,满足了中青年轻妇女的心理需求。

3.2 子宫体中心切除术的优势

切除子宫体中心部分,留下的子宫两侧壁约2~2.5 cm厚,经手指触摸确认无肌瘤残留,可以避免肌瘤剜除术深部肌瘤残留复发的缺点。保留子宫两侧壁肌层创面整齐,大小对称,对应缝合容易,与多发性肌瘤剜除术比较降低了缝合难度及术后粘连。本组1例多发性子宫体部肌瘤剖视标本见35枚大小不等的肌瘤位于子宫各层组织。本术式适合于患子宫体部肌瘤者,而顽固性功能出血者采取此术式,切净子宫内膜,及治愈了疾病又不影响卵巢功能,对尚未有宫腔镜治疗条件的医院,是一种可取的方法。

3.3 子宫体中心切除与预防残留卵巢合并症的发生

文献报道残留卵巢综合症的发生率为0.88%~8%,子宫切除术同时切除输卵管,切除术后,并发盆腔或卵巢周围炎症与粘连,干扰了保留卵巢的正常生理功能。致使卵泡发育障碍或不排卵,可能导致发生ROS的主要原因。为预防ROS的发生曾行改良子宫切除,即在两侧子宫角部作椭圆形切口,保留角部浆肌层,不切断卵巢固有韧带,输卵管和圆韧带,然后按常规步骤切除子宫[4]。子宫体中心切除与做改良术式相比保留了子宫两侧及完整的子宫动脉上行支,减少了手术创面,更有利于保持卵巢的功能正常及减少ROS的发生。子宫体中心切除术设计合理,操作简单,手术安全,术后无复发可能,与子宫次全术比较,不增加手术时间及出血。根据Siddle等的研究,子宫切除后,卵巢衰竭年龄比自然绝经提前4年,而且34%妇女在术后2年内出现卵巢衰竭和更年期症状,因此,选择小于45岁的患者进行子宫体中心切除术,可以避免卵巢功能提早衰竭。

[参考文献]

[1] 苏应宽,刘新民. 妇产科手术学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1973. 115-117.

[2] 乐 杰. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000.10-11.

[3] 王行智, 罗焕频, 石一复. 妇产科专家经验问答[M]. 沈阳:沈阳出版社, 1999.479.

[4] 佟丽波,佟秀凤. 腹膜外子宫切除术在临床中应用[J]. 局解手术学杂志,2004, 13(1):34-35.

(编辑:蒋登金)