维普资讯 http://www.cqvip.com

阴道后壁改良式紧缩术与传统手术的比较

Comparison of posterior Vagina improved reefing and traditioral operation to cure posterior Vaginal prolapse

马秀娟,杨 微 (佳木斯大学第一临床医学院,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 阴道后壁膨出;紧缩术
[中图分类号] R713.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)06-0387-01

阴道后壁膨出是已育妇女的常见疾病,常造成患者反复感染阴道炎、阴道松驰及排便障碍等,约有11%的患者需行手术治疗[1]。传统手术只是将阴道粘膜切除一部分后再予缝合,术后容易复发,阴道后壁改良式紧缩术较之有许多优势。自2003年8月至2005年2月,我院共对56例阴道后壁膨出患者进行了手术治疗,现将两种手术治疗方法做一对比分析。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者共56例,均为第1次行阴道后壁修补术。按随机化原则分组,阴道后壁改良式手术组(改良组)27例,平均年龄(38.6±2.4)岁,平均孕次2.9次,产次1.5次;正常阴道分娩17例,剖宫产10例;轻度膨出2例,中度18例,重度7例。传统阴道后壁修补术组(传统组)29例,平均年龄(39.5±2.3)岁,平均孕次3.3次,产次1.6次;正常阴道分娩18例,剖宫产11例;轻度膨出4例,中度20例,重度5例。以上指标两组比较,差异无统计学意义。

1.2 手术方法

改良组患者排空膀胱后取截石位,用生理盐水配成0.5%利多卡因100 ml,内加肾上腺素2滴为稀释液(血压高者用麻黄素或催产素),在阴道后壁粘膜层下方注入稀释液约30 ml,使阴道后壁局部粘膜形成约3~5 mm厚的苍白"水垫",确定两侧小阴唇下方的两点,用组织钳钳夹,使阴道可容纳2指。在阴道后穹窿顶端至会阴体之间做一倒三角形的切口,顶端在阴道后穹窿,三角形的面积根据阴道后壁膨出的程度来决定。在三角形的切口处全层切开阴道粘膜直达直肠筋膜层,形成一个三角形的"桥"体,锐性分离三角形切缘并使之游离3~5 mm,以便缝合。用单极电凝热透法电凝三角形表面的粘膜组织,使其丧失分泌功能。用3/0的可吸收线连续褥式内翻缝合电凝热处理后的三角形粘膜,使其形成一个管状结构,电凝创面在里面,外层为新鲜的创缘。用4号丝线将阴道后壁"桥"体两侧的筋膜间断缝合,在处女膜缘内1 cm处分别在两侧提取提肛肌,用7号丝线间断缝合2次,最后用华力康可吸收线缝合阴道后壁粘膜,同时修整阴道外口的形态。传统组手术先游离并切除多余的三角形阴道粘膜,荷包缝合后再做褥式缝合以紧缩膨出的阴道壁,缝合两侧提肛肌,最后缝合阴道壁并修整阴道外口的形态。

2 结果

分别记录两组患者的手术时间、出血量、阴道分泌物颜色,并随防术后第4、6、12个月的性生活情况。改良组手术时间为15~20 min,平均17 min,传统组为16~23 min,平均18 min,差异无统计学意义($P>0.05$);改良组术中出血量为10~18 ml,平均14 ml,传统组为20~38 ml,平均26 ml,差异有统计学意义($P<0.01$);改良组手术2周后20人阴道无血性分泌物,7人有淡血性分泌物持续到22 d后停止,传统组中23人阴道无血性分泌物,6人淡血性分泌物持续到18 d后停止,差异无统计学意义($P>0.05$);改良组术后4、6、12个月的性生活改善人数分别为22、25、23,传统组分别为20、21、22,差异无统计学意义($P>0.05$)。2组病人均未发生阴道后壁再次膨出。

3 讨论

目前治疗阴道后壁膨出的术式较多,过去传统的观念是"切除"多余的阴道粘膜组织,而新的观念重视如何"重建"盆底的支持结构[2]。正常的阴道四周有许多肌肉及韧带,使其保持一定张力。阴道后壁膨出均伴有阴道松弛,患者盆底肌力减弱,韧带松弛,粘膜皱襞减少。本文将改良式阴道后壁紧缩术与传统修补手术进行比较,在手术时间、阴道分泌物颜色及术后性生活改善方面均无明显的差别,但术中出血量的差异有统计学意义。传统手术在分离切除阴道后壁膨出粘膜的过程中出血较多,只能靠压迫止血和缩短手术时间来减少出血,而改良手术没有分离阴道粘膜,术中出血明显少于前者。

行改良式阴道后壁紧缩术时应注意几点:①稀释液中肾上腺素的浓度一般为1:200 000,浓度过高则会引起病人心慌,脉搏加快;②在阴道后壁膨出最明显处准确地定位要切开的阴道粘膜边缘,以合拢两侧小阴唇后能容纳两指为最佳;③切开阴道粘膜时深度要适当,勿伤及直肠;④在对三角形"桥"体进行单极电凝热透处理时,注意全面破坏阴道粘膜的分泌功能,以防术后形成包涵囊肿。

[参考文献]

[1] Flynn BJ,Webster GD. Surgical management of the apical vaginal defect[J]. Curr Opin Urol,2002,12(4):353-358.
[2] Petros PE. Vault prolapse Ⅱ:Restoration of dynamic vaginal supports by infracoccygeal sacropexy,an axial day-case vaginal procedure[J]. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct,2001,12(5):296-303.

[收稿日期] 2006-08-02 [修回日期] 2006-10-10
(编辑:雷 艳)