维普资讯 http://www.cqvip.com

420-421

(32)

文章编号：0253-3626(2000)04-0420-02

乙状结肠人工阴道成形术

梅耀宇，邵 勇
（重庆医科大学临床学院妇产科 重庆 400016）

R711.105
R713.31

摘 要：目的 探讨乙状结肠人工阴道成形术的术式。**方法** 回顾性分析1991年1月至1999年6月先天性无阴道患者25例行乙状结肠人工阴道成形术的情况。**结果** 25例手术全部成功，无严重的术后并发症。21例随访6月至8年，人工阴道在外观及功能上极似自然阴道，夫妻性生活满意。**结论** 乙状结肠人工阴道成形术是治疗先天性无阴道的最好的手术方式，手术成功率高，远期效果好。

关键词： 先天性无阴道；乙状结肠；阴道成形术
中国图书分类法分类号： R713.3+1 **文献标识码：** B **收稿日期：** 2000-02-27

Vaginal reconstruction with a sigmoid loop

MEI Yao-yu, et al
(Department of Obstetrics and Gynecology, College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University, 400016)

Abstract: Objective To explore the operation of vaginal reconstruction with a sigmoid loop. **Methods** To analyse retrospectively the 25 cases of congenital absence of vagina who have got a vaginal reconstruction with a sigmoid loop from January, 1991 to June, 1999. **Results** The 25 cases of operation are all successful, without any bad result. 21 cases have been followed up postoperatively for at least 6 months to 8 years, and the profile and the function of the vagina are as same as the natural. Husband and wife are satisfied with it. **Conclusion** Vaginal reconstruction with a sigmoid loop is the best operation now for congenital absence of vagina, with a high rate of success and a good long term result.

Key Words: Congenital absence of vagina; Sigmoid; Vaginal reconstruction

自1991年1月至1999年6月，我院采用乙状结肠人工阴道成形术治疗先天性无阴道25例，均获得满意效果。现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组先天性无阴道患者共25例，年龄18～41岁，平均年龄24.9岁，均无月经来潮，已婚者11例，均有性交困难，未婚者14例。3例曾作阴道成形术，其中2例为腹膜代阴道，1例为外阴皮瓣法阴道成形术，但术后发生阴道顶端闭锁，人工阴道长度仅3cm～5cm，性生活仍不满意。25例均为痕迹子宫，卵巢及输卵管发育良好，第二性征发育正常。

1.2 术前肠道准备

术前3天进半流质饮食，并口服抑制肠道细菌的药物，丁胺卡那0.2g，每12h一次及甲硝唑0.4g，每8h一次；或新霉素1.0g，每6h一次，手术前1天晚上及术日晨清洁灌肠，术前置胃肠减压管。

1.3 手术方法

患者取膀胱截石位，分腹部及阴部两部分进行[1]。(1)腹部手术：取左下腹旁正中切口，长约14cm，逐层入腹。开腹后探查子宫及附件，了解其发育情况；同时探查乙状结肠系膜长度及系膜血管分布情况。选择游离一段乙状结肠作为人工阴道的管腔，同时保留乙状结肠动脉主干以保证游离肠管的血供，切断乙状结肠动脉的最下分支及左结肠动脉的降支。在骶岬水平作为切除乙状结肠远端的平面，由此向结肠近端测量14cm～18cm切断之，游离肠管的两断端用丝线连续全层缝合，封闭肠腔，用纱布覆盖以备移植。将保留的乙状结肠两断端行端端吻合术。间断缝合肠系膜切口。(2)阴道造穴：在尿道膀胱与直肠间隙注入1:300的肾上腺生理盐水(肾上腺素1mg，生理盐水300ml)约200～300ml，以前庭凹陷为中心作一长约4cm～5cm的“U”形切口，用手指向上钝性分离尿道膀胱与直肠间隙造穴，直达盆底腹膜，穴腔应容3指。横形剪开子宫直肠腹膜反折，长约5cm～6cm，于是阴道穴腔与盆腔贯通。将准备好的游离的乙状结肠近端或远端下置入阴道穴腔，并拆除移植肠管外置端的缝线，将肠腔口与前庭粘膜切口对应间断缝合形成“阴道外口”。从“阴道

作者介绍：梅耀宇（1956- ），女，讲师

维普资讯 http://www.cqvip.com

外口”向移植肠腔内填塞油纱卷。将盆腔腹膜切口间断缝合在移植肠管的周围，使移植肠管的上1/3段在盆腔腹膜内。

2 结 果

本组25例患者手术均获得成功，其中1例在阴道造穴时损伤直肠1.5cm，当即修补，无肠瘘及移植肠段的坏死脱落。11例在术后3～5天开始放置阴道模型，14例未放模型。25例中21例获得随访(6月至8年)，人工阴道外观及功能极似正常阴道。阴道深度超过10cm，宽度可容两指松，粘膜呈粉红色，湿润，柔软弹性好。术后2～3月内分泌物较多，随着时间的推移，分泌物逐渐减少，无臭味。4例失访。凡有性生活者双方均较满意。术后无急性腹痛、腹泻发生。

3 讨 论

3.1 疗效评价

先天性无阴道是一种并不罕见的生殖器官畸形。人工阴道成形术方法较多，有皮瓣移植术、腹膜代阴道术、羊膜代阴道术等，但以乙状结肠代阴道成形术效果最满意。其优点：(1)成功率最高，本组25例全部成功。获随访的21例无1例发生阴道狭窄，远期疗效好。(2)由于移植肠管上皮具有分泌功能，所以人工阴道内有一定量的分泌物；另外阴道的深度及宽度充裕，这些都使夫妻性生活更满意。因此，乙状结肠代阴道优于其它人工阴道。

3.2 手术时机和围手术期处理

原则是生殖器官发育成熟后，最好是结婚前2～3月施行手术，婚后人工阴道可因性生活而扩张，从而防止阴道尤其外口的狭窄，以保证良好的远期效果。因为乙状结肠为下消化道，肠腔内压力不高，吻合口一般能按期愈合，若术前肠道准备充分，术前可不置胃肠减压管。本组病例中有12例未置胃肠减压管，术后无1例发生肠瘘。乙状结肠为肌性管道，自身有一定的张力，术后阴道穴腔不会塌陷闭锁，故术后也可不放置阴道模型。为了防止阴道口狭窄，应教会病人用中、食指自行扩张阴道，每天2次，每次10～20min，持续2～3个月。本组有14例术后未放置阴道模型，随访均未发现阴道狭窄者。

3.3 手术成功的关键

术中处理好肠系膜血管，确保移植肠管的存活是手术成功的关键[2]。措施是术中仔细辨认乙状结肠动脉，注意其变异与畸形，切断血管分支前务必严格试夹，观察阻断血供后肠管颜色有无缺血性变化。若试夹后出现血供障碍，应再试夹其它血管分支。选择乙状结肠的近端还是远端下置阴道口，以下置阴道后较松的一端而定。下置肠管至阴道穴时，不能扭转，系膜张力不能过大。下置肠管较紧张往往是游离系膜血管较短所致，而不是游离肠管的长度不够，由于阴道穴腔一般前壁较短，后壁较长，将较短的系膜缘肠壁对应较短的阴道穴腔的前壁，较松弛的对系膜缘肠壁对应较长的穴腔后壁，可使移植肠管顺利牵至阴道口。当下置肠管仍有困难时，可在保证肠管主血管的基础上，单独结扎、切断个别小血管分支，或横形切开牵拉较紧的系膜至近主血管的根部，或游离阴道口外的皮肤、粘膜向内与肠管连接。

保证阴道口宽敞避免狭窄也很重要。阴道造穴时宽度至少容3指，必要时取“M”形切口，切断部分肛提肌，以防外口狭窄。穴顶盆腔腹膜切口也不应少于3指宽。

此外，还应防止肠瘘及腹内疝的发生。为保证吻合口处血液供应良好以利于愈合，防止肠瘘的发生，肠管切断处的系膜游离不宜太多，应限于1cm以内。肠管吻合时第一层用中丝线全层间断内翻缝合，第二层浆肌层用细丝线间断褥式缝合，针距0.5cm左右，吻合后肠腔可容大拇指为宜，且应无张力。为了防止腹内疝的发生，应该将切开的肠系膜间断缝合并固定游离下置的乙状结肠系膜于后腹膜[3]。但是若下置的肠管系膜较紧张时，亦可不予固定以免存留小间隙。如留有小间隙，则更易形成腹内疝甚至绞窄性疝。本组病例中有12例未将下置肠管的系膜固定于后腹膜上，远期随访无1例发生急腹症。

参 考 文 献

[1] 王明乾，王广辉，等. 乙状结肠法人工阴道成形术的术式研究[J]. 中华妇产科杂志，1988;23(3):153-155.

[2] 刘新民. 乙状结肠人工阴道成形术53例报告[J]. 中华妇产科杂志，1988;23(3):156-158.

[3] 苏应宽，刘新民. 妇产科手术学[M]. 北京：人民卫生出版社，1992;278-283.