

阴式子宫切除术与开腹子宫切除术的临床对比

代赤敏, 徐生敏

(风冈县医院 妇产科, 贵州 风冈 564200)

[摘要] 目的: 探讨阴式子宫切除术的临床效果和优越性。方法: 行阴式子宫切除术 27 例患者为治疗组, 同期抽取 27 例开腹子宫切除术的患者为对照组, 比较两组手术时间、出血量、术后疼痛、排气时间以及住院天数。结果: 两组术中情况比较差异无显著性 ($P > 0.05$); 术后恢复情况, 阴式组明显优于开腹组, 切口愈合佳, 住院时间短, 术后疼痛轻, 两组比较差异有显著性 ($P < 0.05$)。结论: 阴式子宫切除术具有损伤小、恢复快、住院时间短、并发症少等优点, 是一种值得推广的较好的手术方式。

[关键词] 子宫切除术, 阴道式; 子宫切除术; 对比研究

[中图分类号] R713.42 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2013)01-0086-03

随着医疗事业的不断发展和进步, 病人对其治疗期望值不断提高, 外科手术趋向微创, 阴式子宫切除术为微创手术之一, 阴式手术利用阴道这一天然的生理通道进行手术, 体表无手术瘢痕、创伤小、对盆腹腔干扰小、恢复快, 尤其适用于肥胖、有皮肤病、阴道膨出及子宫脱垂患者, 随着手术经验和手术技巧的提高, 阴式子宫切除术对较大子宫也是安全的, 所以阴式子宫切除术越来越受妇科医生及病人的青睐。现就我院 27 例阴式子宫切除术报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2009 年 7 月 ~ 2011 年 11 月阴式子宫切除术 27 例为治疗组, 年龄 33 ~ 65 岁。27 例患者均有一胎以上足月分娩史, 绝经 8 例。子宫切除原因: 子宫肌瘤 15 例, 功能性子宫出血 3 例, 子宫腺肌症 3 例, 子宫脱垂 6 例。同期抽取子宫切除原因相同的开腹子宫切除者为对照组, 两组既往均无手术史, 两组子宫大小相近, 子宫大小为正常大小至 3 月妊娠大小, 经妇科检查、B 超及阴道细胞学检查, 部分行诊断术, 排除恶性病变。两组一般资料比较差异无统计学意义, 详见表 1。

1.2 方法

术前常规检查无手术禁忌, 碘伏阴道擦洗 3 天, 采用硬膜外麻醉或全麻, 取膀胱截石位, 常规外阴阴道消毒铺巾。手术方法: 充分暴露术野, 金属导尿管确定膀胱附着宫颈位置, 向下牵拉宫颈, 于

表 1 两组患者年龄、分娩史、子宫大小情况 ($\bar{x} \pm s$)

Tab. 1 Comparison of ages, birth history, and uterus sizes of the 2 groups

组别	年龄	分娩史	子宫大小
阴式组	49.56 ± 8.72	2.96 ± 1.65	2.12 ± 0.45
开腹组	47.48 ± 9.20	2.77 ± 1.45	2.68 ± 1.01
<i>t</i>	1.08	0.41	0.52
<i>P</i>	0.29	0.69	0.61

阴道宫颈交界线 12、3、6、9 点处黏膜下, 注射含有肾上腺素的生理盐水 (生理盐水 100 ml 加肾上腺素 1 ~ 2 滴) 做水垫, 利于分离, 减少出血。于膀胱宫颈沟下方大约 0.5 cm 处用电刀环形切开阴道黏膜, 深达宫颈筋膜, 用剪刀或刀柄锐性钝性分离膀胱宫颈及直肠宫颈间隙达子宫膀胱反折腹膜及子宫直肠反折腹膜, 右手食指和中指伸入前间隙, 顺势向上向两侧推移, 推开膀胱、输尿管; 伸入后间隙, 推开直肠, 打开前后反折腹膜, 进入腹腔, 拉钩分别伸入子宫前后方, 同时向一侧牵拉阴道壁, 宫颈钳夹宫颈, 向对侧下方牵拉宫颈, 2 把中弯止血钳从宫颈旁紧靠宫颈逐一向上钳夹宫颈主骶韧带, 保留止血钳, 于止血钳内侧靠宫颈切断, 基本在宫颈筋膜内切除宫颈, 1 号可吸收缝合线双重缝扎断端, 同法向上钳夹切断子宫动脉及阔韧带、圆韧带、卵巢固有韧带、输卵管近端, 交换拉钩及牵拉宫颈方向, 处理对侧宫旁组织及韧带, 取出子宫。术中若子宫体积大影响术野暴露, 则行子宫粉碎术, 碘伏冲洗盆腔, 缝合阴道残端 (阴道黏膜和腹膜一层缝合)。阴道壁膨出及会阴陈旧性裂伤者, 同时行桥式修补术或会阴修补术。术毕常规纱布填塞

阴道,术后加压止血 24 ~ 48 h,留置导尿管 24 ~ 48 h,术中常规头孢呋辛 2 g 加生理盐水 100 ml 静滴。术后根据情况,有高危因素者头孢呋辛 2 g 加生理盐水 100 ml 静滴,联合甲硝唑 0.5 g 静滴,每日 2 次,连续 2 d。

开腹组:按常规开腹子宫切除术,行全子宫切除,术后处理同阴式组。

1.3 统计学分析方法

用 Excel 和 SPSS 13.0 统计软件进行配对样本 *t* 检验进行分析,用 $\bar{x} \pm s$ 表示, $P < 0.05$ 表示有统

计学意义。

2 结果

2.1 术中情况

阴式组无中转开腹,无膀胱、直肠输尿管损伤,无大出血、感染等并发症,术中出血及手术时间两组比较差异无显著性($P > 0.05$),详见表 2。阴式组手术时间 50 ~ 130 min,出血量 100 ~ 300 ml;开腹组手术时间 60 ~ 125 min,出血量 100 ~ 350 ml。

表 2 两组手术时间、术中出血量、术后排气时间及留置导尿时间比较($\bar{x} \pm s$)

Tab. 2 Comparison of operation time, bleeding amounts during the operation, gas release time post-operation and urethral catheterization detaining time of the 2 groups

组别	手术时间(min)	术中出血量(ml)	术后排气时间(h)	留置导尿管时间(h)
阴式组	89.81 ± 21.11	199.63 ± 41.62	16.81 ± 3.51	43.07 ± 9.49
开腹式组	95.51 ± 19.83	212.60 ± 52.89	32.67 ± 9.83	44.07 ± 9.61
<i>t</i>	1.25	1.18	7.94	0.45
<i>P</i>	0.22	0.25	0.08	0.52

2.2 术后情况

阴式组仅有轻微下腹及腰骶部疼痛,均未用止痛药,术后 5 ~ 8 d 出院,切口愈合良好;开腹组术后切口疼痛重,均予止痛剂(曲马多或杜冷丁),术后 10 ~ 12 d 出院 25 例,2 例因切口脂肪液化,切口延期愈合,分别延长住院时间至 18 d、22 d,两组对比差异有显著性($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者住院天数、术后疼痛及住院费用比较($\bar{x} \pm s$)

Tab. 3 Comparison of hospital days, post-operation pain, and costs of the 2 operation groups

组别	住院天数(d)	住院费用(元)
阴式组	6.56 ± 1.01	3 499.22 ± 328.41
开腹式组	12.15 ± 2.86	4 439.07 ± 362.54
<i>t</i>	9.59	21.35
<i>P</i>	0.00	0.00

3 讨论

传统的开腹手术,术中视野好、层次清楚、操作方便,但术后医师工作量大,如术后切口换药、拆线,切口愈合不良者需反复多次换药等,更重要的是可能因病人的不理解,而造成医患矛盾。针对病人而言,阴式子宫切除术优于腹式子宫切除术^[1]。阴式手术特点:术后体表无疤痕、疼痛轻、痛苦小、

恢复快、住院时间短、医疗费用少等。尽管阴式子宫切除术有如上诸多优点,但阴式子宫切除术临床上始终未得到广泛开展,其原因可能还是医生对盆底解剖知识缺乏,对阴式手术基本功及技巧掌握不够,加强医生阴式手术的培训是有必要的,尤其是基层医院。因为阴式子宫切除医疗费用少,也不需要昂贵的医疗器械,值得基层医院推广^[2-3]。但应注意适应症及禁忌症。禁忌症:盆腔严重粘连、恶性肿瘤、扩韧带肿瘤、子宫体积过大。有人认为子宫体积过大不是绝对的,主要取决于医师经验^[4]。但子宫体积过大,毕竟增加手术难度,对于缺乏经验的术者,应选择体积较小,妊娠 3 月内且选择阴道较宽松,有轻度子宫脱垂者为适宜,而且不能盲目追求速度,手术安全是手术方式选择的基本原则^[5-7]。

阴式子宫切除术手术要点:(1)正确找到膀胱沟位置,于其下方 0.5 cm 切开黏膜层,深达宫颈筋膜为宜,在该部位很容易分离宫颈膀胱间隙和宫颈直肠间隙,出血少,过深或太浅都不易进入间隙;(2)顺势向上、向两侧推移,充分游离膀胱,将输尿管隧道推移至隐沟外,可避免膀胱及输尿管损伤^[8];(3)紧靠子宫颈钳夹宫颈主韧带,可保留部分宫颈筋膜,有利于术后盆底的支撑;(4)钳夹子宫血管要准、稳,是减少出血及手术成功的关键^[9];(5)阴道黏膜与腹膜一层缝合,不留死腔,减少术后出血及感染^[10]。

通过本文两组资料比较,术中出血及手术时间两组无差异,分析原因:开腹手术虽然手术步骤多,但因视野好,操作方便,可减少手术时间。而阴式手术,虽手术步骤少,但视野窄小,操作不便,相对耗时多,因此两组手术时间及术中出血差异无显著性($P>0.05$)。术后疼痛:阴式组术后疼痛明显轻于开腹组。考虑是因为阴式切除不需开腹,无腹壁损伤及腹腔脏器干扰小,创伤及炎症反应小,故疼痛轻。本组 27 例术后均疼痛轻,未用止痛药,与刘美兰等^[11]报道相符。由于开腹手术有腹部切口存在,恢复慢,住院时间长。本组 27 例开腹子宫切除患者住院时间明显长于阴式组患者,均因为腹部切口愈合欠佳所至,增加了医疗费用,给病人造成一定的经济和精神负担。综上所述,阴式子宫切除术明显优于开腹式手术,只要掌握好手术指征及适应症,阴式手术是一种安全的微创手术。

4 参考文献

- [1] 杭国红. 改良式经阴道全子宫切除术与经腹全子宫切除术临床对比分析[J]. 实用妇产科杂志, 2010(8): 623-624.
- [2] 朱秀梅. 阴式子宫切除术 35 例体会[J]. 医学理论与实践, 2011(4): 441-442.

(上接第 85 页)

灌注预防浅表性膀胱癌术后复发的临床疗效和安全性。本研究结果中观察组术后的 2 年复发率明显低于对照组,所有患者均未见明显的肝肾功能损害等全身表现,仅表现为局部不良反应,且观察组的并发症发生率明显低于对照组。观察组之所以仅仅表现为局部并发症及能有效预防术后复发,主要是由于化疗药物均经过局部灌注,同时与 TPH 的高选择性及抗肿瘤活性所决定的,同时国内学者也认为 THP 膀胱灌注预防肿瘤术后复发疗效肯定,毒副作用较为轻微多能耐受^[8]。

综上所述, TURBT 术后联合 TPH 膀胱内灌注可降低和延缓肿瘤复发,防止肿瘤发生浸润,提高患者生存率和生活质量是一种安全有效的治疗方式,值得临床推广应用。

4 参考文献

- [1] 陆虹兵, 李益飞. 经尿道膀胱肿瘤等离子电切术 116 例报告[J]. 中华腔镜泌尿外科杂志(电子版), 2009(1): 78-79.

- [3] 李文莲. 改良阴式全子宫切除术 23 例临床分析[J]. 现代妇产科进展, 2010(7): 558-560.
- [4] 林琼, 曾荔萍, 李素洁. 非脱垂子宫经阴道和经腹切除术对比分析[J]. 中国实用妇产科杂志, 2004(7): 410-411.
- [5] 林静, 邓小明, 陈志勇. 非脱垂子宫阴式切除 200 例分析[J]. 实用妇产科杂志, 2007(3): 97-98.
- [6] 刘娇兰, 吴翩, 杨凯芬, 等. 改良阴式筋膜内子宫切除术的术式探讨[J]. 中国妇幼保健, 2010(8): 1139-1140.
- [7] 李丽. 开腹、阴式、腹腔镜辅助阴式子宫全切术临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2010(16): 2309-2310.
- [8] 马翠, 晋家萍. 改良阴式子宫切除术 128 例临床分析[J]. 实用妇产科杂志, 2010(6): 471-472.
- [9] 赵绍杰, 顾颈松, 盛春艳. 腹腔镜下巨大子宫切除术 60 例临床探讨[J]. 中国妇幼保健, 2011(18): 2830-2831.
- [10] 韩宇. 阴式子宫切除 108 例临床分析[J]. 中外健康文摘, 2011(4): 436-437.
- [11] 刘美兰, 郭玉华, 于小玲, 等. 经阴道子宫三角形切除术 47 例临床观察[J]. 中国现代医学杂志, 2010(9): 2821-2824.

(2012-11-30 收稿, 2013-01-09 修回)

编辑:张丽君

- [2] Dalbagni G. The management of superficial bladder cancer[J]. Nat Clin Pract Urol, 2007(5): 254-260.
- [3] 李炫昊, 杜林栋. 膀胱尿路上皮癌化疗现状[J]. 临床药物治疗杂志, 2011(1): 51-54.
- [4] 汪波, 程帆. 经尿道电切术联合吡柔比星膀胱内灌注治疗浅表性膀胱肿瘤的疗效观察[J]. 华中医杂志, 2009(5): 262-266.
- [5] 张钊华, 宋桂敏, 高波. 浅表性膀胱癌手术后药物膀胱内灌注复发率比较[J]. 中国医学工程, 2011(5): 89.
- [6] 李建华, 朱生云. 吡柔比星与丝裂霉素膀胱灌注预防浅表性膀胱癌术后复发的疗效观察[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2012(5): 393-394.
- [7] 王建国, 张先觉, 陈士祥, 等. 吡柔比星术后早期与常规膀胱灌注化疗治疗浅表性膀胱癌的疗效分析[J]. 临床泌尿外科杂志, 2012(8): 588-590.
- [8] 安瑞, 赵玉宝, 高平. 经尿道膀胱肿瘤电切术后膀胱灌注吡柔比星治疗浅表性肿瘤的疗效观察[J]. 中国药物与临床, 2012(S1): 38-40.

(2012-11-29 收稿, 2013-01-10 修回)

编辑:张丽君