

改良传统子宫脱垂手术在治疗子宫脱垂中的临床效果初探

李 芊

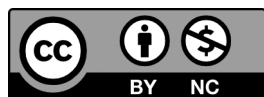
荆州市人民医院，荆州

摘 要 | 研究改良传统子宫脱垂手术在治疗子宫脱垂中的临床效果。方法：2016 年 1 月—2019 年 12 月收治子宫脱垂患者 80 例，随机分为两组，各 40 例。对照组采用阴式子宫切除加阴道前后壁修补术治疗；观察组采用改良传统子宫脱垂手术治疗。比较两组治疗效果及复发率。结果：观察组手术时间、术中出血量、术后排气时间、术后出院时间及术后 1 年复发率均低于对照组，治疗总有效率高于对照组，差异均有统计学意义（ $p < 0.05$ ）。结论：采用改良传统子宫脱垂手术治疗子宫脱垂患者效果显著。

关键词 | 改良传统子宫脱垂手术；阴式子宫切除术；阴道前后壁修补术；子宫脱垂；临床效果

Copyright © 2021 by author (s) and SciScan Publishing Limited

This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



1 引言

子宫脱垂是一种常见的妇科疾病，既往阴式子宫切除术加阴道前后壁修补术是其主要的治疗方式。但是由于术中将子宫切除，子宫韧带对盆腔器官的支撑作用消

作者简介：李芊，荆州市人民医院。

文章引用：李芊. 改良传统子宫脱垂手术在治疗子宫脱垂中的临床效果初探 [J]. 临床医学前沿, 2021, 3 (2) : 24–28.

<https://doi.org/10.35534/fcm.0302004c>

除,因而术后可能出现多种情况,如阴道穹隆短窄、阴道长度缩短、阴道顶端脱垂等,影响患者术后性生活质量。目前新型手术方法效果理想,补片修补,保留子宫,优势明显,而网片价格昂贵及侵蚀暴露等问题也同样存在。相比之下,在手术中将子宫保留,单纯行改良阴道前后壁修补术及曼式术治疗,能够将围手术期风险大大降低,对于患者术后生活质量的改善有良好的作用。2016年1月—2019年12月收治子宫脱垂患者80例,研究改良传统子宫脱垂手术在治疗子宫脱垂中的临床效果。

2 资料与方法

2016年1月—2019年12月收治子宫脱垂患者80例,随机分为两组,各40例。对照组患者年龄46~72岁,平均 (58.5 ± 2.5) 岁;病程2~9年,平均 (5.5 ± 1.3) 年。观察组患者年龄45~71岁,平均 (58.4 ± 2.6) 岁;病程2~8年,平均 (5.2 ± 1.2) 年。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($p > 0.05$),具有可比性。

纳入标准:①符合子宫脱垂的诊断标准;②年龄均在40岁以上、80岁以下;③均符合手术指征,对手术治疗及本研究均知情同意,并经医学伦理委员会批准。

排除标准:①合并血液系统疾病或有出血史的患者,过敏体质或有精神病史的患者;②合并子宫恶性病变、子宫肌瘤、盆腔炎症的患者;③合并中枢神经系统、肝肾系统病变的患者。

方法:①对照组:采用阴式子宫切除加阴道前后壁修补术。完善妇科检查,常规清洁皮肤,取截石位,头低臀高 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。行连续硬膜外麻或腰麻或插管全麻,常规消毒铺巾,插导尿管。术中用丝线将两侧小阴唇分别固定于大阴唇外侧皮肤上,使用阴道拉钩,将术野充分暴露。用鼠齿钳将宫颈前后缘夹住下拉,使宫颈切缘充分暴露,明确脱垂情况。向宫颈膀胱间隙注入生理盐水(或1:400的上腺素以减少出血,合并高血压、心脏病禁用)进行“水分离”,宫颈阴道黏膜环形切开,分离旁观宫颈间隙,腹膜向上反折,向前翻出宫体。将子宫两侧间隙分离,分别将输卵管、卵巢固有韧带、侧圆韧带切断并双重缝扎残端,将主韧带、骶韧带、子宫血管切断并双重缝扎残端。切开后穹隆将子宫取出。盆腔腹膜、阴道残端缝合,置管引流。②观察组:观察组采用改良传统子宫脱垂手术治疗。行连续硬膜外麻醉或腰麻或插管全麻,患者取膀胱截石位。以3

把皮钳于膨出阴道处前壁黏膜做一个“△”标记，顶点在尿道外口下，底边在宫颈外口上膀胱附着稍下处。可以用1:400的上腺素（合并有高血压、心脏病者不用）或缩宫素与无菌生理盐水按1:25注入“△”区域内的阴道壁黏膜下。用电刀自上而下从三角形顶端起纵行切开阴道黏膜至宫颈前穹隆，为便于游离膀胱，首先应向两侧分离阴道黏膜与膀胱间的结缔组织，在尿道中段于两侧耻骨弓水平行“U”形缝合，采用7丝线，紧贴以上水平对阴道壁连续外翻缝合，将多余的阴道壁在缝线上约0.5~0.7 cm处进行剪除，连续锁扣缝合，采用2-0号可吸收线。将小阴唇下端会阴分别用两把鼠齿钳进行钳夹，作为术中牵引和标记，保留阴道宽度的直径为3 cm，用尖刀切开或剪刀剪开两钳中间皮肤边缘和阴道后壁黏膜，分离直肠间隙与阴道壁黏膜，凹面向上分离。用剪刀剪开阴道黏膜（阴道下1/3是正三角形，其底边为会阴切口，阴道上2/3长方形）至阴道后穹隆（“长方形”的顶端）。切除宽度视膨出的程度而确定，使麻醉下缝合后阴道口宽度能容二三横指为宜。充分分离直肠，用直钳在直肠下端分离两侧窝，再用组织钳提拉肛提肌束。如阴道后壁重度膨出可用0号或1号可吸收线在直肠外筋膜做1~2圈荷包缝合，整复膨出的直肠加固盆底组织，自内向外用0号可吸收线连续或间断锁扣缝合阴道黏膜。用1号丝线分别间断缝合皮下组织及皮肤。用7号丝线“8”字缝合肛提肌1~2针。

疗效评价标准：①治愈：临床症状完全消失，对日常工作生活无影响，术后1年未复发；②有效：临床症状有所缓解，对日常工作生活影响较小，术后1年未复发；③无效：临床症状无明显改善，对日常生活工作影响较大，术后1年内有复发情况。总有效率 = (治愈 + 有效) / 总例数 × 100%。疗效评价标准：①治愈：临床症状完全消失，对日常工作生活无影响，术后1年未复发；②有效：临床症状有所缓解，对日常工作生活影响较小，术后1年未复发；③无效：临床症状无明显改善，对日常生活工作影响较大，术后1年内有复发情况。总有效率 = (治愈 + 有效) / 总例数 × 100%。

评价指标：比较两组的手术时间、术中出血量、术后排气时间、术后出院时间，同时比较两组随访一年的疗效及复发情况。

统计学方法：采用SPSS20.0统计学软件分析数据。计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示，

采用t检验;计数资料用[n(%)]表示,采用 χ^2 检验; $p<0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

两组患者相关临床指标比较:观察组患者各临床指标低于对照组,差异有统计学意义($p<0.05$)。两组患者治疗效果及复发情况比较:观察组患者术后1年复发率低于对照组,观察组患者治疗总有效率高于对照组,差异均有统计学意义($p<0.05$)。

4 讨论

对于Ⅱ度及以上的子宫脱垂患者而言,唯一有效的治疗方法就是手术治疗。改良传统子宫脱垂手术的方法,更能够满足保留脏器、恢复功能、重建解剖的手术原则要求,具有很多方面的优势。手术可通过阴道自然穴洞完成,同时简化了手术步骤流程,能够缩短手术时间,减少手术创伤和术中出血,也不会对盆腔脏器造成较大的干扰。同时手术中不需要使用昂贵的材料或设备,能降低手术费用,更好地满足患者要求。综上所述,采用改良传统子宫脱垂手术方法治疗子宫脱垂,有显著效果。

参考文献

- [1] 刘亚敏,吴和子,余海洋.改良经阴道子宫全切除术治疗非子宫脱垂良性子宫病变的效果分析[J].中国性科学,2017,26(4):51-54.
- [2] 伍燕,罗岳西,刘先平.腹腔镜下改良子宫骶骨固定术治疗子宫脱垂的近期疗效观察[J].西部医学,2015,27(10):1545-1547.
- [3] 赵国霞,徐娟,徐福霞.保留子宫的改良盆底重建术与阴式子宫切除术治疗子宫脱垂疗效比较[J].实用临床医药杂志,2017,38(23):136-137.
- [4] 冯紫雅,刘颖琳,陈少青.盆底肌肉电刺激联合生物反馈、Kegel训练及胸膝卧位治疗产后子宫脱垂的疗效[J].热带医学杂志,2017,17(10):42-45.

- [5] 高桂香, 王鲁文, 刘冬霞, 等. 盆底重建术临床疗效及术后网片侵蚀暴露相关因素研究[J]. 现代妇产科进展, 2015, 24(11): 844-847.

Preliminary Study on the Clinical Effect of Modified Traditional Uterine Prolapse Surgery in the Treatment of Uterine Prolapse

Li Qian

The People's Hospital of JingZhou, JingZhou

Abstract: To study the clinical effect of improved traditional uterine prolapse surgery in the treatment of uterine prolapse. Methods: From January 2016 to December 2019, 80 patients with uterine prolapse were treated and randomly divided into two groups, each with 40 cases. The control group was treated with vaginal hysterectomy and vaginal anterior and posterior wall repair. The observation group was treated with modified traditional uterine prolapse surgery. The treatment effect and recurrence rate were compared between the two groups. Results: The operation time, intraoperative blood loss, postoperative exhaust time, postoperative discharge time and recurrence rate of one year in the observation group were all lower than those in the control group, and the total effective rate was higher than that in the control group, with statistical differences ($p < 0.05$). Conclusion: The improved traditional uterine prolapse surgery is effective in treating patients with uterine prolapse.

Key words: Modified traditional uterine prolapse operation; Vaginal hysterectomy; Repair of anterior and posterior vaginal wall; Uterine prolapse; Clinical effect