

treatment for central precocious puberty. [J]. Horm Res, 1999, 51 (Suppl): 364-369.

erty in 28 boys [J]. Med Sci Monit, 2008, 14(1): CR10-14.
[收稿日期 2009-11-19][本文编辑 谭毅 刘京虹]

11 Pigneur B, Trivin C, Brauner R. Idiopathic central precocious pu-

临床研究

大子宫经阴道和经腹部切除术的效果对比分析

陈佩玉

作者单位: 245000 安徽, 黄山首康医院妇产科

作者简介: 陈佩玉(1967-), 女, 本科, 学士学位, 副主任医师, 研究方向: 妇产科疾病临床诊治。E-mail: jnxccpy@126.com

[摘要] 目的 探讨大子宫经阴道手术的可行性、手术要点及并发症的防治。方法 2004-08~2009-08 对 ≥ 12 孕周大小的子宫经阴道切除术(TVH)31 例与经腹部切除术(TAH)33 例进行分析比较。结果 TVH 组肛门排气时间和术后住院时间均短于 TAH 组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 手术时间和出血量差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 只要掌握娴熟的手术技术和恰当的适应证, 大子宫经阴道切除术具有安全、微创、恢复快的优点。

[关键词] 大子宫; 经阴道子宫切除术; 微创

[中图分类号] R 713.4 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2010)03-0243-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.03.12

Clinical analysis of transvaginal and transabdominal hysterectomy for large uterus CHEN Pei-yu. Department of Gynecology and Obstetrics, Shoukang Hospital, Huangshan 245000, China

[Abstract] **Objective** To investigate the feasibility, operative points and the prevention of complications of transvaginal hysterectomy for large uterus. **Methods** The transvaginal hysterectomy (TVH) for ≥ 12 weeks of gestation on the size of the uterus were performed in 31 cases in the Shoukang Hospital of Huangshan from August 2004 to August 2009, and compared with transabdominal hysterectomy (TAH) group (33 cases). **Results** Compared with the TAH group, the TVH group had a significantly reduction in anus exhaustion time and postoperative hospital stay ($P < 0.05$). There were no significant difference in operation time and volume of blood loss between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** With a skilled surgical technique, and mastering of the right indication, TVH for large uterus is safe, with minor trauma and rapid recovery.

[Key words] Large uterus; Transvaginal hysterectomy; Minor trauma

子宫切除术是治疗妇科疾病常见的方法之一, 随着微创外科的发展, 具有腹部无切口、损伤小、恢复快、患者易于接受等微创手术优点的经阴道子宫切除术(transvaginal hysterectomy, TVH)在国内已得到广泛应用。我院近年来对 31 例大子宫行经阴道切除术, 并与 33 例大子宫经腹部切除术(transabdominal hysterectomy, TAH)进行回顾性比较分析, 旨在探讨大子宫经阴道切除术的可行性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 自 2004-08~2009-08 间, 我院对 64 例大子宫良性疾病患者进行了手术治疗, 其中行

TVH 切除 31 例(观察组), 平均年龄 45.77 岁(31~53 岁), 内中子宫肌瘤 15 例, 子宫肌瘤合并子宫肌腺症及单纯子宫肌腺症共 16 例, 有手术史者占 45.16% (输卵管结扎 11 例, 有剖宫产、附件切除术、阑尾切除术各 1 例)。行 TAH 切除 33 例(对照组), 平均年龄 46.52 岁(35~65 岁), 其中子宫肌瘤 22 例, 子宫肌瘤合并子宫肌腺症及单纯子宫肌腺症共 11 例, 有手术史占 27.27% (输卵管结扎 7 例, 剖宫产、阑尾切除术各 1 例)。两组病例均为非脱垂 ≥ 12 孕周大小的子宫, 术前均进行有关检查和检验, 排除其他恶性疾病。

1.2 TVA 手术方法 (1)环切宫颈:将电刀头部略扳弯曲,约呈120°角,沿膀胱横沟下约5 mm处环切阴道粘膜全层,组织剪弯头朝宫颈方向,紧贴宫颈筋膜分离膀胱宫颈间隙及宫颈直肠间隙后,术者用食指充分分离上推疏松组织达返折腹膜。(2)紧贴宫颈及宫体两侧,在腹膜外向处理主骶韧带及子宫动静脉,在此过程中,前后腹膜自然暴露而易快速打开,无需在处理子宫血管前费时费力地寻找腹膜。(3)因子宫体积大,先切除宫颈,使子宫成近球形,利于在盆腔内翻转,可交替使用子宫对半切开法、肌瘤剝除法、粉碎法、去核法、削果皮等方法使子宫体积缩小。(4)用固有韧带钩形钳将卵巢固有韧带、圆韧带及输卵管峡部一并钩住向外牵引,撑开钳柄,于钩形钳叶间用直克科钳钳夹、切断上述组织,取出宫体,7号丝线双重缝扎残端。(5)查附件有病变者,长组织钳钳夹卵巢悬韧带,7号丝线先套扎2次,切断后再缝扎1次。(6)将阴道粘膜与腹膜一

起,用1号可吸收线分别从3点、9点起始向中点缝合,放置盆腔引流管一根。

1.3 统计学方法 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术中情况比较 平均手术时间TVH组为(97.48 ± 42.594)min,TAV组为(87.94 ± 21.700)min。平均出血量TVH组为(186.77 ± 205.352)ml,TAV组为(167.88 ± 100.647)ml。两组比较 $P > 0.05$,差异无统计学意义。TVH组1例中转开腹。

2.2 两组术后情况比较 平均肛门排气时间TVH组为(22.06 ± 4.647)h,TAV组为(30.76 ± 7.319)h。平均术后住院时间TVH组为(5.68 ± 0.909)d,TAV组为(7.21 ± 0.740)d,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。TVH组1例术后拔管时将输卵管脱出。见表1。

表1 两组术中及术后情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间(min)	手术出血量(ml)	肛门排气时间(h)	术后住院时间(d)
TVH组	31	97.48 ± 42.594	186.77 ± 205.352	22.06 ± 4.647	5.68 ± 0.909
TAH组	33	87.94 ± 21.700	167.88 ± 100.647	30.76 ± 7.319	7.21 ± 0.740
t	-	1.119	0.463	5.631	7.429
P	-	0.269	0.646	0.000	0.000

3 讨论

3.1 两种术式优缺点比较 TVH被认为是子宫切除术的首选入路。它是利用女性阴道这一天然洞穴进行手术,腹部无疤痕,对盆腔干扰少,恢复快。因阴道空间狭小,对于大子宫经阴道切除,难度明显增大。我院目前使用传统阴式手术器械,对大子宫行TVH,手术时间及出血量较TAH无明显差异。若将Ligasuer系统应用于经阴道手术,可改善术野暴露情况,使有剖宫产史、手术史、盆腔粘连及大子宫患者采用经阴道全子宫切除的比例明显提高,且手术时间、术中出血量低于传统的经阴道手术,使手术指征有所扩大^[1]。TAH是一种成熟的传统手术方式,手术视野开阔,手术难度较小。因需开腹,故存在对腹盆腔干扰较大、术后肛门排气晚、行动不便、腹部切口感染及术后住院时间长等缺点。

3.2 TVH手术要点 (1)根据宫颈管长度正确选择阴道粘膜切口,对非高血压患者,切开阴道壁前用适量的1:20万肾上腺素生理盐水稀释液注入阴道粘膜下及膀胱宫颈间隙内,有高血压者则注入含20U缩宫素的生理盐水液。合适的切口是顺利进入盆

腔的关键步骤,切口过低,误入宫颈致出血多;切口过高易误伤膀胱或直肠。(2)因粘连因素不能顺利打开前后腹膜时,可根据情况先打开前腹膜或后腹膜,断扎粘连相对较轻一侧宫旁组织,逐渐由宫旁打开不能顺利打开的腹膜,渐由打开腹膜侧翻转子宫顺利剥离粘连,安全打开粘连之腹膜^[2]。(3)少数肌瘤位于腹膜外宫颈峡部则先剝除肌瘤,再暴露出反折腹膜,直视下剪开。(4)先切除宫颈,防止宫颈外口污染盆腹腔。各种缩小子宫体积的方法,目的是利于暴露和处理圆韧带及宫角部。在实施缩瘤术之前最好先阻断子宫主要血供以减少术中出血。缩瘤时注意保护阴道前后壁及膀胱、直肠。操作中要防止过度牵拉而造成阔韧带内血管或卵巢悬韧带内血管撕裂所致的水肿或大出血。(5)术中采取头低臀高位,大子宫行缩小体积术时,一般出血较多,故须放置盆腔引流管以利于预防盆腔感染及观察术后病情。(6)使用有弧度的前列腺持针器,利于经阴道盆腔等狭小空间的组织缝合。有条件的医院使用Ligasure系统,可减少术中出血和缩短手术时间。

3.3 TVH适应证 随着手术技术的提高,手术医

生在实践中经验的不断积累以及适宜电外科器械的应用,TVH 适应证已明显拓宽:(1)子宫 ≤ 16 孕周行 TVH 是安全可行的。(2)有盆腹腔手术史者不是 TVH 绝对禁忌证,但手术中必须警惕并发症的发生,柳晓春报道^[3] 833 例既往有盆腹腔手术史的阴式非脱垂子宫切除者,成功率为 92.6%。本文 31 例行 TVH 者,有盆腔及下腹部手术史者 14 例。术中若发现粘连重、出血多,适时改开腹手术是明智的选择。有多次盆腹腔手术史和术前检查提示广泛严重粘连者,以开腹手术为宜。(3)TVH 同时可处理附件。本文 TVH 组有 10 例同时行附件手术,TVH 时取出子宫后附件易暴露,便于操作。

3.4 TVH 并发症的防治

3.4.1 膀胱、直肠、输尿管损伤:主要因为术者经验不足,局部解剖层次不清,盆腔粘连等因素所致。需根据术者自身技术水平,严格掌握相适宜的手术适应证,循序渐进,稳妥开展 TVH,一旦损伤应及时发现,有效缝合处理。

3.4.2 术中术后出血:多见于手术困难的病例,主要是韧带残端漏扎或者滑脱。需仔细操作,确切缝扎止血,大子宫术后盆腔放置引流管,若发生术后大出血,可再次经阴道检查处理。本组 1 例 17 周大小

子宫,有手术史,盆腔粘连重,术中出血多而中转开腹,故 > 16 孕周的子宫,经阴道手术需慎之又慎。

3.4.3 感染:常为术前阴道准备不充分,术时消毒不严,手术时间长,出血多或盆腔引流不畅等因素所致。术前需排除阴道炎,注意无菌操作,减少出血量以防止感染的发生。

3.4.4 输卵管脱垂:发生率很低,因为阴道残端引流开口较大,阴道残端感染裂开或拔引流管时将伞端带出^[4]。此并发症是完全可预防的,本组 1 例手术次日拔管时将伞端带出,需重视术后阴道排液流血等情况,妇科检查及早发现,切除脱出的输卵管,缝合阴道残端。

参考文献

- 1 王虹,宋磊. 1270 例经阴道全子宫切除术的临床分析[J]. 实用妇产科杂志, 2007, 23(1): 25-27.
 - 2 王丹波,焦伊胜,穆庆,等. 非脱垂子宫阴式切除术临床应用价值[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2009, 25(6): 456-458.
 - 3 柳晓春,谢庆煌,郑玉华,等. 既往盆腹腔手术史的非脱垂子宫经阴道切除术 833 例分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2006, 22(4): 279-280.
 - 4 朗景和. 妇科手术笔记[M]. 第 2 卷. 北京:中国科学技术出版社, 2005: 96-97.
- [收稿日期 2009-10-09][本文编辑 刘京虹 韦颖(见习)]

经验交流

曲美他嗪治疗充血性心力衰竭的临床观察

吴奇志, 李丽雪

作者单位: 361006 福建,厦门大学附属中山医院湖里内科

作者简介: 吴奇志(1968-),男,大学本科,医学学士,副主任医师,副教授,科室主任,研究方向:高血压、心律失常等心血管疾病的临床和介入治疗。E-mail: doctorwqz@126.com

[摘要] 目的 探讨曲美他嗪对充血性心力衰竭患者的影响。方法 30 例缺血性心肌病和扩张性心肌病在常规治疗(洋地黄、利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂、硝酸酯类)基础上,口服曲美他嗪 20 mg, 3 次/d, 6 周后观察临床疗效。超声心动图测定治疗前后左室舒张末期内径(LVEDD)、左室射血分数(LVEF)及心功能的变化。结果 治疗后 LVEDD 明显下降[(68.3 $\pm$ 7.2)mm vs (53.2 $\pm$ 5.4)mm, $P < 0.01$], LVEF 增加[(0.36 $\pm$ 0.02)% vs (0.49 $\pm$ 0.04)%, $P < 0.05$], 心功能改善 1~2 级。无发现与药物相关的不良反应。结论 曲美他嗪能改善缺血性心肌病和扩张性心肌病的心功能。

[关键词] 曲美他嗪; 充血性心力衰竭; 心功能

[中图分类号] R 541.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2010)03-0245-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.03.13