

阴式扩大性全子宫切除术式探讨(附 5 例病例报道)

胡小青 李诚信
(江西省妇幼保健院 南昌 330006)

关键词:阴式扩大性全子宫切除术;适应症;术式探讨;病例报告

中图分类号:R 713.4²

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)03- 0036-02

阴式扩大性全子宫切除术如同阴式子宫切除术具有手术时间短、并发症少、腹腔干扰少、术后疼痛轻、恢复快、住院时间短、腹壁无疤痕、医疗费用低等诸多优点,且更符合微创手术的原则,会越来越受到临床医生的青睐^[1]。和腹式扩大性全子宫切除术相比,各有适宜的病例。阴式扩大性全子宫切除术,特别是在行宫颈锥切术后施行阴式扩大性全子宫切除术,目前国内尚未见报道。结合我院开展阴式扩大性全子宫切除手术的 5 例情况,对阴式扩大性全子宫切除术的适应症及术式探讨报道如下:

1 病例报道

例 1. 46 岁, G3P3, 因阴道流黄水伴外阴搔痒 1 月余就诊。查宫颈直径 3cm, 后唇 1/2 糜烂, 前唇光滑, 宫颈活检病理报告为“宫颈鳞状细胞癌, 不排外早期浸润癌”。为进一步明确诊断, 先行宫颈锥切术, 术中送快速病理切片, 病理报告为“宫颈鳞状上皮原位癌, 早浸可疑”, 临床诊断为“宫颈鳞癌 0 期”。即行阴式扩大性全子宫切除术, 术中切除阴道壁长约 2cm, 术中出血总量约 200mL, 术后一般情况好, 5d 平安出院。术后病理报告“宫颈鳞状早期间质浸润癌 (Ia1 期) 阴道断端无病变”。

例 2. 37 岁, G2P1, 因月经不调 7~8 年就诊。查宫颈直径 4cm, 后唇 2/3 糜烂。并行刮片示细胞异型性, 行宫颈活检病理报告为“宫颈鳞状上皮癌早期浸润”, 临床诊断为“宫颈鳞癌 Ia1 期”。行阴式扩大性全子宫切除术, 术中切除阴道壁长约 1cm, 宫旁组织约 1cm, 术中出血总量约 100mL, 术后一般情况好, 5d 平安出院。术后病理报告“宫颈鳞状上皮原位癌, 阴道断端无病变”。

例 3. 32 岁, G4P1, 因妇检发现宫颈糜烂。宫颈直径 4cm, 单糜, 质硬, 行宫颈活检, 宫颈活检病理报告为“宫颈鳞状细胞癌, 不排外早期浸润癌”。为进一步明确诊断, 先行宫颈锥切术, 送快速病理切片, 病理报告为“宫颈鳞状上皮原位癌, 早浸可疑”, 临床诊断为“宫颈鳞癌 0 期”。即行阴式扩大性全子宫切除术, 术中切除阴道壁长约 2cm, 术中出血总量约 100mL, 术后病理报告“宫颈早期浸润鳞状上皮癌”, 临床诊断为“宫颈鳞癌 Ia1 期”, 术后一般情况好, 5d 平安出院。

例 4. 45 岁, G2P1, 因白带增多、色黄伴腰痛 1 月余就诊。妇检宫颈直径 3.5cm, 少糜, 行宫颈刮片示细胞异型性, 在阴道镜下行宫颈活检, 病理报告为“宫颈鳞状上皮中度不

典型增生, 部分上皮可疑早浸”。为明确诊断, 先行宫颈锥切术, 术中快速病理切片并报告为“宫颈早浸癌 (Ia1 期)”。即行阴式扩大性全子宫切除术, 术中切除阴道壁长约 2cm, 术中出血约 200mL。术后病理报告“宫颈鳞状上皮细胞癌 II 级, 间质脉管内见癌栓”。术后一般情况好, 术后 2 周补充外照射 TD4500cGy。

例 5. 42 岁, G4P2, 因妇检发现宫颈糜烂。宫颈直径 4cm, 乳糜, 质中, 行宫颈活检, 宫颈活检病理报告为“宫颈鳞状细胞癌, 不排外早期浸润癌”。为进一步明确诊断, 先行宫颈锥切术, 送快速病理切片, 病理报告为“宫颈鳞状上皮癌早期间质浸润, 浸润深度约 0.2~0.4mm”, 临床诊断为“宫颈鳞癌 Ia1 期”。即行阴式扩大性全子宫切除术。术中切除阴道壁长约 2cm, 术中出血总量约 100mL, 术后病理报告“宫颈早期浸润鳞状上皮癌”, 临床诊断为“宫颈鳞癌 Ia1 期”。术后一般情况好, 5d 平安出院。

2 术式介绍

术前准备同阴道全子宫切除术。麻醉: 连续硬膜外麻。体位: 膀胱截石位。步骤: 术中金属导尿管导尿, 2 把宫颈钳夹宫颈向下牵引, 先行宫颈锥切术待快速切片病理报告后施行阴式扩大性全子宫切除术。在宫颈外口水平上 2.5~3cm 环形切开阴道壁粘膜, 先注入生理盐水加肾上腺素混合液利于减少术中出血, 向宫颈方向环形剥离阴道壁, 将分离的阴道壁翻转呈“袖口样”包裹宫颈, 用 10 号丝线缝合后牵引子宫, 向上推膀胱达膀胱返折处腹膜, 钝性分离宫旁疏松组织, 缝扎、切断主韧带, 对侧同法处理。钳夹, 切断, 10 号丝线缝扎子宫动静脉, 对侧同法处理。剪开子宫膀胱反折腹膜及阴道直肠反折腹膜后, 用特殊卵巢固有韧带拉钩将一侧卵巢固有韧带、圆韧带、输卵管根部钩住, 展开, 于钩形钳两叶间钳夹、切断, 10 号丝线缝扎并加固 1 次, 对侧同法处理。将子宫拖出阴道, 用 1 号薇乔线连续锁边缝合盆腔前后腹膜和阴道前后壁, 检查无出血, 填入碘纺纱条, 48~72h 取出。

3 讨论

3.1 阴式扩大性全子宫切除适应症 (1) 宫颈 CIN III 级; (2) 宫颈原位癌; (3) 宫颈癌 Ia1 期患者无脉管浸润者; (4) 子宫内膜癌 I 期病人, 病理腺癌 G₁ 期或 G₂ 期, B 超。CT (MRT) 提示无肌层浸润或 G₁ 期病人肌层浸润深度小于 1/2 者。手术范围超过了保守的或标准的全宫切除范围, 目的在于保证切除

参考文献

2 332

[1]康佳丽, 刘佩.显微技术修复输卵管病变对不孕病的疗效[J].中华显微外科杂志, 1996, 9 (1): 48~49

[2]曹泽毅.中华妇产科学[M].北京: 人民卫生出版社, 1999. 2 331~

[3]罗丽兰.不孕与不育[M].北京: 人民卫生出版社, 1998. 149~150

(收稿日期: 2005-01-27)

肩锁钩钢板治疗Ⅲ度肩锁关节脱位 38 例报告

欧阳永宁 黄伟韬 李文任

(广东省佛山市顺德区中西医结合医院 佛山 528333)

摘要:目的:探讨肩锁钩钢板治疗Ⅲ度肩锁关节脱位的方法和疗效。方法:本组 Allman 分类Ⅲ度肩锁关节脱位 38 例,其中男 26 例,女 12 例,年龄 19~58 岁,平均 35 岁,所有病例采用切开复位肩锁钩钢板内固定治疗。结果:本组随访 6~36 个月,平均 18 个月,内固定无失效,未再发生脱位,以 Karlsson 标准进行肩关节功能评价:优 32 例,良 6 例。结论:肩锁钩钢板治疗Ⅲ度肩锁关节脱位,固定可靠,可早期活动,早期功能锻炼,功能恢复良好,值得推广。

关键词:肩锁关节脱位;内固定术;肩锁钩钢板;手术疗法

中图分类号:R 684.7

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)03-0037-02

肩锁关节脱位是临床比较常见的肩部损伤,临床治疗的方法较多,约 60 余种,对于Ⅲ度肩锁关节脱位,普遍认为需手术治疗手术方式很多,也各有优缺点^[1]。自 2000 年 10 月~2004 年 10 月应用肩锁钩钢板治疗Ⅲ度肩锁关节脱位 38 例,经随访疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 38 例,男 26 例,女 12 例;年龄 19~58 岁,平均 35 岁;左侧 20 例,右侧 18 例;车祸伤 21 例,运动损伤 9 例,坠落伤 8 例,均为新鲜Ⅲ度肩锁关节脱位。本组患者均有患肩疼痛,伤肢无力,体检时发现患者锁骨远端向上翘起,“琴键征”阳性,肩外展上举困难,当上举大于 100 度,或外展大于 90 度,肩锁关节出现疼痛。X 光照片示:肩锁关节完全分离,符合 Allman^[2]Ⅲ度脱位表现。我们常规作健侧照片对比,避免误诊。手术时间 30~60min,平均手术时间约 40min。

1.2 手术方法 本组 38 例均采用切开复位肩锁钩钢板内固定术。应用肌间沟臂丛麻醉,仰卧位,患肩垫高约 30 度,采用锁骨远端至肩峰弧形切口,显露锁骨远端,肩锁关节及肩峰,清除关节内血肿和关节囊碎片及软骨碎片,把肩锁钩钢板钩板部分自肩锁关节间隙插入肩峰下,然后把肩锁关节整复,钢板部分用直径 3.5mm 皮质骨螺钉固定,用可吸收线或丝

线修复关节囊及肩锁韧带,探查喙锁韧带,并作修补。术中注意肩锁钩钢板有左右之分。我们早期有些病例为了钢板侧与锁骨更加平贴而稍作屈曲,但随完成例数的增多发现并不需把钢板屈曲,复位效果同样满意。术后以三角巾悬吊,3d 后开始肩关节外展前屈功能锻炼,休息时仍用三角巾保护 3~4 周,2 周后允许肩关节外展 90 度,6~8 周允许肩关节自由活动。

2 结果

本组 38 例均获得随访,随访时间 6~36 个月,未发生锁骨下血管、神经损伤,切口无感染,内固定无松动、断裂,肩峰、锁骨远端无骨折发生,术后复查 X 线照片 38 例均完全复位。按 Karlsson^[3]标准进行肩关节功能评价:优 32 例,良 6 例,优良率 100%。其中 19 例于术后 8~15 个月拆除内固定,其中 15 例经 3~10 个月随访无 1 例发生再脱位。患者恢复工作劳动时间为术后 2~4 个月,平均 3 个月。

3 讨论

肩锁关节是一个不典型球窝关节,其稳定性主要依赖于喙锁韧带,肩锁韧带,此外三角肌、斜方肌也有稳定肩锁关节的作用。Ⅲ度肩锁关节脱位时肩锁韧带及喙锁韧带均发生撕裂,造成肩锁关节在水平方向及垂直方向的不稳,不但影响肩关节及上肢的活动,而且还可能导致继发性喙突下血管神

全部宫颈,同时切除阴道 1~2cm^[4]。特别适应于宫颈锥切术后快速病理切片为宫颈 CIN Ⅲ 级、原位癌或宫颈癌 Ia1 期患者无脉管浸润者,可免去再次开腹之苦,节约了时间,减少出血和术后病率的发生。手术的关键:(1)阴道袖口的形成:根据对阴道壁切除的范围需要,垂直切开阴道壁,其深度达到切断膀胱阴道中隔以及直肠阴道中隔的结缔组织,将阴道壁切开部的内缘进行全周分离、翻转,将阴道壁的翻转缘用丝线缝合数针以进行牵引。(2)分离膀胱将阴道袖口用力向后下方牵引,将膀胱和阴道以及宫颈之间紧张的疏松结缔组织,在中央部用剪刀锐性分离,分离膀胱达到可以看到子宫膀胱反折腹膜为止。不必过早剪开反折腹膜,以防止大网膜、肠管膨出干扰手术野。

3.2 宫颈锥切后根据快速切片报告选择手术术式 我们认为如同宫颈锥切术适应症,对宫颈原位癌、重度非典型增生、宫颈早期浸润癌 Ia1 期以及宫颈细胞学报告多次 HSIL 者施行宫颈锥切术以进一步明确诊断,以便选择最合适的术式,

提高医疗质量^[5]。本文 5 例中,宫颈锥切标本快速切片病理报告 2 例为宫颈原位癌、早浸可疑;2 例为宫颈癌 Ia1 期而选用了阴式扩大性全子宫切除术。手术切除标本病理报告证实本术式是适宜的。但例 4 阴式扩大性全子宫切除术后手术切除标本病理报告为“宫颈鳞状上皮细胞癌 Ⅱ 级,间质脉管内见癌栓”,尚需进行辅助放疗,与术中快速切片报告为宫颈癌 Ia1 期相差较大,这样的病例如何处理有待于进一步探索合理的方法和术式。

参考文献

[1]李亚,单年秀,曹国华.非脱垂子宫阴式切除术的临床应用[J].实用妇科与产科杂志,2000,16(2):81~84
[2]陈惠祯,李诚信,吴峰雄.妇科肿瘤手术图谱[M].武汉:湖北科学技术出版社,2000.74~78,87~88
[3]中华医学会妇产科分会,中华妇产科杂志编辑委员会.妇科常见恶性肿瘤诊断与治疗规范(草案)[J].中华妇产科杂志,1998,33(11):696~701

(收稿日期:2005-02-07)