

清晰显示;乳腺内脂肪较多时,钼靶 X 线片对比良好,显示清晰^[2]。但肿块的活动度、肿块的质地、皮肤表面的改变、乳头溢液溢血、肿大淋巴结的质地以及活动度等征象却难以在钼靶 X 线上显示,而这些临床征象对乳腺癌的诊断有着重要的参考价值,上述征象可通过对乳腺的触诊等检查得出。对无典型恶性肿瘤钼靶 X 线表现者,了解上述情况显得尤为重要。本组 81 例,单一钼靶 X 线诊断准确率 86.4%,与一般报道^[1]无明显差异,配合乳腺的触诊,诊断准确率提高到 97.5%,显示两者协同,能显著提高乳腺癌的诊断准确率。

多数乳腺癌患者是因发现乳房肿块前来就诊的,查体时如果触及质硬、边界不清、活动度差的肿块或局限性组织增厚且触及的病变体积大于 X 线上显示的肿块时,更有助于乳腺癌的诊断^[3]。乳房肿块的活动度,是相对于胸壁、胸肌或周围乳腺组织而言的,若肿块与胸壁及(或)胸肌无浸润粘连,仅与周围乳腺组织粘连,此时肿块仍有一定的活动度,但此类活动是连同着周围乳腺组织,仍应考虑与周围有浸润,恶性可能性大。本组病例中,与上述组织浸润粘连,相对活动度不佳的肿块均为恶性。瘤细胞堵塞皮下淋巴管时,可引起肿块表面皮肤水肿,由于表皮在毛囊处与皮下组织连接紧密,周围水肿较严重时可使毛囊处表现为点状凹陷,形成“橘皮

征”^[4]。某些乳腺表面皮肤橘皮样改变,在钼靶片上不易识别,但存在“橘皮征”、乳头内陷者,排除外伤、炎症等原因,亦应考虑为恶性。

总之,钼靶 X 线结合触诊检查在乳腺良恶性病变检查中起到重要作用^[5],具有方便快捷,诊断准确率高的特点。

参考文献:

- [1] 林李梅,陈桃英,蒋飞宇,等.乳腺超声与钼靶 X 线检查乳房肿块的联合应用[J].吉林医学,2010,31(5):648-649.
- [2] 李洁冰,张艳华,张本平.联合应用超声与 X 线钼靶诊断乳腺小肿块的临床研究[J].实用肿瘤学杂志,2007,21(3):257-258.
- [3] 史芸芳,黄裕宏.乳腺癌的钼靶 X 线摄影与临床触诊评价(附 66 例报告)[J].实用医学影像杂志,2011,12(2):117-125.
- [4] 徐兵河.乳腺癌[M].北京:北京大学医学出版社,2005:95.
- [5] 彭晓澜,郑青霞.数字钼靶 X 线摄影结合触诊在乳腺病变诊断中的价值[J].中国误诊学杂志,2011,11(21):5053-5055.

经阴道子宫肌瘤剔除术 15 例临床体会

Clinical Experience on 15 Cases with Transvaginal Myomectomy

ZHANG Hai-yan

张海燕

(南京迈皋桥医院,江苏 南京 210028)

摘要: [目的] 探讨经阴道子宫肌瘤剔除术的临床效果和诊疗经验。[方法] 回顾性分析 2009 年 3 月至 2011 年 9 月行经阴道子宫肌瘤剔除术的 15 例子宫肌瘤患者,术前严格筛选已经阴道分娩者,子宫体积如孕 14 周以内,肌瘤最大直径 $<10\text{cm}$ 。[结果] 15 例患者均无膀胱直肠损伤及中转开腹等发生,手术时间 $(45\pm 16)\text{min}$,术中出血 $(50\pm 8)\text{ml}$,住院时间 $(5.7\pm 0.6)\text{d}$ 。[结论] 对于子宫体积如孕 14 周以内,肌瘤最大直径 $<10\text{cm}$ 者,采用经阴道子宫肌瘤剔除术的治疗方式,具有手术时间短、机体恢复快、出血少、腹部无切口等优点,值得推广。

主题词: 子宫肌瘤;阴式手术;子宫肌瘤剔除术

中图分类号: R713.4 **文献标识码:** B

文章编号: 1671-170X(2012)08-0639-02

随着医学的发展,子宫肌瘤的手术方式发生了很大的变

化,原来的传统开腹肌瘤剔除术渐渐被腹腔镜下肌瘤剔除术所代替,而腹腔镜下手术又面临气腹及手术中缝合困难的问题,且无触感,对于深藏于子宫肌层内的小肌瘤不能有效发现。现在阴式手术的日益成熟,使得经阴道子宫肌瘤剔除术越来越得到推崇,这种手术方式弥补了上述两种手术方式的不足,又综合了这两种手术的优势,为此我们从 2009 年起开始此手术,积累了一些经验,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

入组要求:所有子宫大小不超过 14 孕周,肌瘤最大直径 $<10\text{cm}$ 。本组 15 例患者年龄 25~42 岁,平均年龄 35.6 岁。

收稿日期:2012-04-06

多发肌瘤 11 例, 单发肌瘤 4 例。肌瘤大小: 直径 $\geq 5\text{cm}$ 者 13 例(其中最大直径为 7cm), $< 5\text{cm}$ 者 2 例。浆膜下肌瘤 7 例, 壁间肌瘤 8 例。肌瘤位于子宫体下部者 12 例, 位于子宫底部 3 例。患者均为经阴道分娩, 2 次分娩者 5 例, 1 次分娩者 9 例, 3 次分娩者 1 例, 阴道伸展性好, 无疤痕挛缩。术前充分检查, 子宫肌瘤诊断明确, 手术适应证存在。

1.2 手术方法

患者在连续硬膜外麻醉成功后取膀胱截石位, 常规消毒铺巾, 根据肌瘤所在位置选择阴道穹窿切口, 后壁肌瘤予阴道后穹窿横切口, 前壁肌瘤取阴道前穹窿横切口, 必要时前后穹窿均打开。将 1:250 氯化钠肾上腺素稀释液注于准备切开的宫颈阴道交界黏膜下, 于膀胱沟水平下 $1\sim 3\text{mm}$ 处环行切开阴道黏膜, 深达宫颈筋膜。锐性及钝性分离膀胱宫颈间, 直达腹膜反折处, 打开腹膜反折, 后壁肌瘤行阴道后穹窿横切口, 拉钩置于穹窿腹膜切口, 用单爪抓钳牵拉子宫肌瘤或将子宫翻出宫体, 剥离肌瘤, 如肌瘤较大则可一边剥离一边将肌瘤作楔形切除, 分块经阴道取出, 检查发现深藏于子宫体肌壁间肌瘤, 用可吸收线缝合子宫肌层切口, 一般缝合 2 次, 注意不要留死腔, 缝合后予生理盐水冲洗阴道术野, 将子宫回纳盆腔。连续缝合腹膜和阴道黏膜。术后阴道填塞碘伏纱布压迫止血, 24h 后取出。

2 结果

15 例患者均顺利完成手术, 无 1 例发生膀胱和直肠损伤。术中未出现因出血多而中转开腹或因止血不严格出现术后腹腔内血肿等情况。统计结果显示手术时间 $25\sim 80\text{min}$, 平均 $(45\pm 16)\text{min}$; 术中出血 $40\sim 90\text{ml}$, 平均 $(50\pm 8)\text{ml}$; 住院时间 $4\sim 6\text{d}$, 平均 $(5.7\pm 0.6)\text{d}$ 。术后病理检查结果证实为子宫平滑肌瘤。术后随访 3 个月, 患者伤口愈合良好, 月经改善。

3 讨论

我们对 15 例子宫肌瘤患者实施经阴道子宫肌瘤剔除术, 取得了良好的治疗效果, 得到患者的一致认可, 现将其优点总结如下: ①不在腹壁做切口, 避免了腹壁的损伤, 减少机体的创伤, 不存在伤口能否愈合的问题; ②对肠道的干扰小, 肠道功能恢复快; ③术中可亲手触摸子宫, 减少较深位置小肌瘤的残留, 从而大大降低复发率, 体现了手术彻底性的优点^[1]; ④不需要昂贵的手术器械, 费用低; ⑤不需气腹, 减少 CO_2 中毒的风险, 杜绝空气栓塞及皮下气肿的产生; ⑥创伤小, 住院时间短, 社会效益提高; ⑦对于较大的瘤体, 比腹腔镜下手术操作更方便。

但经阴道子宫肌瘤剔除术, 由于手术视野较小, 操作没有经腹手术施展得开, 所以要求操作者要有较娴熟的操作技巧, 对盆底及子宫与周围脏器的解剖关系了如指掌, 特别是分离膀胱宫颈间隙及宫颈直肠间隙时注意电刀切割的位置和深度, 避免分离过深或过浅, 造成手术困难或难以进入腹腔, 损伤邻近脏器。做该手术的技术要点在于翻出子宫, 而方向选择正确来源于术前对肌瘤的定位, 术前应在 B 超指导下明确方位, 有些子宫峡部肌瘤尤其靠近子宫动脉的肌瘤应谨慎选择, 且术前妇科检查注意感受子宫的活动度, 对手术的难度有一个充分的估计。肌瘤直径 $6\sim 10\text{cm}$ 之间, 子宫体积 > 10 周时常需一边剥离一边切除^[2]。对于阴道严重狭窄和疤痕者, 考虑手术困难, 我们不主张运用该手术方式。

我院自 2005 年开展经阴道手术以来积累了一些经验和教训, 为了使手术顺利进行, 我们选择了适合经阴道手术的子宫肌瘤病例, 肌瘤的位置位于下段的病例占 80%, 这无形中降低了手术的难度, 而且该 15 例患者均已顺产, 阴道条件好, 能容 3 指以上^[1], 故手术时间和出血量均大大优于其他手术方式。但这不代表所有的子宫肌瘤患者都能运用该种手术, 根据张皓等^[3]关于经阴道手术风险模型评分的报道, 经阴道手术风险预测模型评分 ≤ 4 分时, 经阴道手术是安全可行的。回顾性地对我院的 15 例患者进行经阴道手术风险评分, 仅 2 例为 5 分, 其余均为 4 分及 4 分以下, 手术的高成功率与张皓等研究结果相符。另外手术时间的长短、出血量的多少还与术者手术的娴熟程度和肌瘤大小、部位有极大关系, 本文所报道的手术时间及出血量并不能全面地代表该种术式手术时间及出血量, 为此仅供参考。

总之, 子宫体积如孕 14 周以内, 行经阴道子宫肌瘤剔除术, 具有手术彻底、时间短、出血少、创伤小、腹壁无切口、费用低等优点, 值得临床推广应用, 但是要选择合适的病例, 不能一味地追求某种术式或挑战某种极限而增加手术的风险性。

参考文献:

- [1] 陈亚琼. 经阴道子宫手术的现状 & 前景[J]. 实用妇产科杂志, 2007, 23(1): 3-5.
- [2] 谢庆煌. 经阴道子宫手术技巧[J]. 实用妇产科杂志, 2007, 23(1): 6-7.
- [3] 张皓, 徐丛剑, 尧良清. 经阴道手术风险预测模型的建立[J]. 实用妇产科杂志, 2011, 27(4): 298-299.