

A Comparative Study of Clinical Efficacy of Vaginal Hysterectomy and Abdominal Hysterectomy

Kunyang Gao¹, Yongxian Zhang^{1,2}, Gaodong Zhou^{2,3*}, Shaojun Fu¹, Xiaojuan Tian¹

¹Xunyang Population and Family Planning Service Station, Xunyang Shaanxi

²2014 Grade Clinical Medicine, Xi'an Jiao Tong University, Xi'an Shaanxi

³The People's Hospital of Ankang City, Ankang Shaanxi

Email: *kangsuhospital@163.com

Received: Feb. 15th, 2016; accepted: Mar. 4th, 2016; published: Mar. 7th, 2016

Copyright © 2016 by authors and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

Abstract

Objective: To compare the clinical efficacy of vaginal hysterectomy and abdominal hysterectomy. **Methods:** The clinical data of 212 patients who underwent vaginal hysterectomy and abdominal hysterectomy in our station from May 2015 to May 2010 were analyzed retrospectively. Hospitalization time, surgical blood loss, operating time and complications postoperative of the two groups were compared. **Results:** Exhaust time, incision length, hospitalization time and postoperative complications in the vaginal hysterectomy group were superior to the abdominal hysterectomy group ($P < 0.05$). Operation time in the abdominal hysterectomy group is shorter than that of the vaginal hysterectomy group ($P < 0.05$). Differences of preoperative hemoglobin in perioperative period, preoperative albumin, intraoperative blood loss, tumor location and the maximum diameter of the tumor between the vaginal hysterectomy group and the abdominal hysterectomy group have no statistical significance ($P > 0.05$). The difference of preoperative complications and postoperative complications between the vaginal hysterectomy group and the abdominal hysterectomy group has no statistical significance ($P > 0.05$). **Conclusion:** Vaginal hysterectomy is safer and feasible, and can achieve the minimally invasive effect.

Keywords

Vaginal Hysterectomy, Abdominal Hysterectomy, Clinical Efficacy, Comparative Study

*通讯作者。

阴式子宫切除术与腹式子宫切除术临床疗效的对比研究

高坤炆¹, 张永贤^{1,2}, 周高东^{2,3*}, 付绍军¹, 田晓娟¹

¹旬阳县计划生育服务站, 陕西 旬阳

²西安交通大学继续教育学院2014级临床医学, 陕西 西安

³安康市人民医院, 陕西 安康

Email: kangsuhospital@163.com

收稿日期: 2016年2月15日; 录用日期: 2016年3月4日; 发布日期: 2016年3月7日

摘要

目的: 比较阴式子宫切除术与腹式子宫切除术的临床疗效。**方法:** 回顾性分析2010年5月至2015年5月在本站行阴式子宫切除术与腹式子宫切除术的212例患者的临床资料。分别对照两组患者住院时间、手术出血量、手术时间和手术并发症。**结果:** 2010年5月至2015年5月, 阴式子宫切除术组排气时间、切口长度、住院时间、术后并发症优于腹式子宫切除术组($P < 0.05$), 腹式子宫切除术组手术时间优于阴式子宫切除术组($P < 0.05$)。阴式子宫切除术组与腹式子宫切除术组围手术期术前血红蛋白、术前白蛋白及术中出血量, 肿瘤部位、肿瘤最大径比较的差异无统计学意义($P > 0.05$)。阴式子宫切除术组与腹式子宫切除术组术前合并症及术后并发症方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论:** 阴式子宫切除术具有较好的安全性及可行性, 可以达到微创的效果。

关键词

阴式子宫切除术, 腹式子宫切除术, 临床疗效, 对比研究

1. 引言

子宫切除术是妇科临床上常见的术式之一, 多用于子宫肌瘤及某些子宫出血和附件病变等。近年来随着人们对手术要求的不断提高, 阴式子宫切除术以有效改善传统开腹手术带来的不良损伤, 成为国内临床普遍采用的切除子宫术式[1]。本研究回顾性分析了2010年5月至2015年5月在陕西省旬阳县计划生育服务站行阴式子宫切除术89例与腹式子宫切除术的123例患者的临床资料, 进行对照研究, 进一步探讨应用阴式子宫切除术的临床疗效。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

选取2010年5月至2015年5月收治的子宫切除术患者212例, 把资料分为两组, 阴式子宫切除术组89例, 年龄37~71岁, 平均(42.5 ± 3.5 岁), 疾病类型: 子宫肌瘤26例, 功能性子宫出血2例, 子宫腺肌症16例, 子宫内膜不典型增生4例, 子宫脱垂伴阴道前后壁膨出12例, 其他29例。腹式子宫切除术组123例, 年龄41~76岁, 平均(61 ± 6.5 岁), 疾病类型: 子宫肌瘤46例, 功能性子宫出血6例, 子

宫腺肌症 31 例, 子宫内膜不典型增生 14 例, 子宫脱垂伴阴道前后壁膨出 12 例, 其他 14 例。两组患者均符合子宫切除术手术指征, 子宫腺肌瘤, 子宫增大 \leq 孕 14 周大小, 均为已婚育龄妇女, 无生育要求。

2.2. 治疗方法

两组患者术前均行各项常规检查, 宫颈细胞涂片, 妇科超声检查, 月经异常者行诊断性刮宫检查。采取连续硬膜外麻醉, 阴式子宫切除术按照《实用妇产科内镜学》[2]手术常规进行。腹式子宫切除术按照《现代妇科肿瘤学》[3] [4]手术常规进行。

2.3. 观察指标

对两组患者的临床资料和术后并发症进行统计分析。1) 患者一般资料: 血型, 术前合并症, 围手术期输血量, 术前白蛋白, 术前血红蛋白, 肿瘤部位, 肿瘤切除方式, 肿瘤最大径。2) 围手术期相关指标: 手术时间, 失血量, 术后排气时间, 住院时间, 切口长度。3) 手术期相关指标及术后并发症。

2.4. 统计学分析

将所有资料进行回顾性分析, 将各项结果进行统计, 采用 EpiData 数据库录入监测, 利用 SPSS19.0 软件进行分析处理, 计量资料采用均数 \pm 标准差, 比较采用 t 检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

3. 结果

3.1. 一般资料比较

阴式子宫切除术组与腹式子宫切除术组在年龄、血型、输血、术前合并症方面比较差异无统计学意义(P > 0.05), 见表 1。

3.2. 围手术期相关指标比较

阴式子宫切除术组与腹式子宫切除术组围手术期术前血红蛋白、术前白蛋白及术中出血量, 肿瘤部位、肿瘤最大径比较的差异无统计学意义(P > 0.05), 见表 2。

3.3. 手术期相关资料比较

阴式子宫切除术组排气时间、住院时间、术后并发症优于腹式子宫切除术组(P < 0.05), 腹式子宫切除术组手术时间优于阴式子宫切除术组(P < 0.05), 见表 3。

Table 1. General information of the two groups (P > 0.05)

表 1. 两组一般资料比较(P > 0.05)

组别	例数	年龄		有	术前合并症		输血	
		<60 岁	\geq 60 岁		无	有	有	无
阴式子宫切除术组	89	51	38	24	65	7	82	
腹式子宫切除术组	123	87	36	21	102	12	1011	

Table 2. Related indexes of two perioperative periods (P > 0.05)

表 2. 两组围手术期相关指标比较(P > 0.05)

组别	例数	术中出血量(mL)	术前血红蛋白(g/L)	术前白蛋白(g/L)	肿瘤部位			肿瘤最大径
					浆膜下	肌壁间	粘膜下	
阴式子宫切除术组	89	76.6 \pm 12.5	120.25 \pm 20.51	39.85 \pm 4.53	22	15	52	7.25 \pm 2.36
腹式子宫切除术组	123	105.5 \pm 21.3	122.15 \pm 18.32	38.95 \pm 4.51	41	25	57	12.45 \pm 2.10

3.4. 阴式子宫切除术组与腹式子宫切除术组

阴式子宫切除术组与腹式子宫切除术组在术后并发症方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 见表 4。

4. 讨论

子宫切除术是妇产科临床上治疗子宫病变的有效方法。随着微创技术的不断开展, 阴式子宫切除术以安全性高, 疼痛轻, 康复快, 出血少等优点在临床上广泛开展, 该技术在欧美国家已占全子宫切除术的 60% 以上[5]。近年来随着现代科学技术的发展与进步, 阴式子宫切除术在妇科肿瘤切除领域应用越来越普及, 随着该技术的推广和经验的积累[6]手术的效果也越来越好。阴式子宫切除术是通过阴道来完成手术的, 有效的减少了腹腔暴露于外界的时间, 减少对其他腹腔脏器的牵拉和干扰, 保留了盆腔的正常功能和卵巢功能[7]。通过本研究表明阴式子宫切除术组在术中出血量、术后排气时间、住院天数、排气时间、切口长度、术后并发症等比较中明显优于腹式子宫切除术组。真正做到了创伤小, 恢复快, 住院时间短等优点, 但在手术时应严格掌握适应症和手术时机, 以提高治愈率。

阴式子宫切除术明显优于传统的腹式子宫切除术。尽管阴式子宫切除术由于手术视野狭小, 且与膀胱、输尿管、直肠毗邻脏器关系较为紧密, 易造成毗邻脏器损伤, 但是只要术中解剖清晰, 技术娴熟, 仔细认真操作, 上述损伤还是可以避免的。经过本研究的疗效对比分析实践, 总结出一些术中操作技巧: 常规消毒铺巾暴露术野。沿阴道穹隆环形切开阴道壁全层, 分离提起阴道切口缘, 剪开膀胱后壁附着于宫颈前壁的疏松组织, 分离膀胱宫颈间隙, 剪断两侧膀胱宫颈韧带, 分离膀胱达膀胱反折腹膜, 剪开反折腹膜并向两侧延长, 剪开子宫直肠窝反折腹膜并向两侧延伸。处理子宫骶韧带和子宫主韧带、子宫血管、圆韧带, 检查卵巢, 处理子宫附件, 包埋缝合两侧残端组织, 缝合盆腹膜及阴道壁全层。阴道内置消毒纱条, 术后 24~48 h 取出, 保留导尿管 48 h [8]。术中可用 1: 1200 肾上腺素生理盐水稀释液注入阴道膀胱子宫间隙使解剖层次清楚, 减少出血和防止副损伤(高血压患者只注生理盐水)。沿阴道穹隆环形切开阴道壁全层, 切口位置很重要, 应在膀胱最低位下 0.5 cm 处, 过高损伤膀胱, 过低影响操作。暴露膀胱宫颈间隙时, 若层次不清或粘连时, 易损伤膀胱。此时注意用金属导尿管将膀胱壁挑起, 看清膀胱下界, 剪开膀胱后壁附着于宫颈前壁的疏松组织, 宫颈中线分离膀胱宫颈间隙, 向上拉开膀胱可见两侧膀胱宫颈韧带, 贴近宫颈, 将其剪断分离, 继续向上游离达膀胱反折腹膜, 分离到腹膜时, 手指触摸有薄膜滑动感。切断子宫骶韧带和主韧带时, 若两侧膀胱宫颈侧方游离不充分, 在钳夹、切断、缝扎过程中均会损伤膀胱。子宫骶主韧带及子宫动静脉处理后, 可将子宫向前或向后翻出, 暴露宫底以便处理输卵

Table 3. Comparison of the related data of the two groups ($P < 0.05$)

表 3. 两组手术期相关资料比较($P < 0.05$)

组别	例数	手术时间(Min)	排气时间(d)	住院时间(d)
阴式子宫切除术组	89	125 ± 37	2.6 ± 0.4	6.6 ± 0.3
腹式子宫切除术组	123	105 ± 52	3.5 ± 0.6	8.7 ± 0.5

Table 4. Comparison of the postoperative complications of the two groups ($P > 0.05$)

表 4. 两组术后并发症比较($P > 0.05$)

组别	例数	切口感染	呼吸道感染	泌尿道感染	输尿管损伤	粘连性肠梗阻	深静脉血栓	其他
阴式子宫切除术组	89	0	4	4	0	2	0	3
腹式子宫切除术组	123	2	7	7	0	5	0	7

管和卵巢固有韧带。为防止盆腔污染，在翻转子宫前，于子宫峡部切断宫颈。手术创面喷涂透明质酸钠，防渗血、渗液和术后粘连。腹膜及阴道壁断端四层组织缝合在一起，防止膀胱后、直肠前血肿形成。必要时可经阴道残端留置引流管[9]。

21世纪是微创手术的时代，阴式子宫切除术的适应症逐渐扩大，从妇科急腹症，附件良性肿瘤，子宫内膜异位症等，到子宫恶性肿瘤手术都以开拓施行。但对于恶性肿瘤，由于解剖较复杂，手术难度高，基层发展相对较缓慢。阴式子宫切除术是妇科医生必备的技能，越来越多的基层医院引进了内镜设备和技术，越来越多的妇科医生掌握和开展了阴式子宫切除术，越来越多的病变处理成为阴式子宫切除术的适应症。阴式子宫切除术为微创手术，并将成为现代妇科的主流，与开腹手术，联合阴道腹腔镜手术一起成为妇科手术的三大基本技术，在开展分级诊疗的阶段，应在基层医疗机构推广开展，造福于民。

参考文献 (References)

- [1] 梁志清. 妇科腹腔镜手术学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2012: 1-3.
- [2] 林金芳. 实用妇科内镜学[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2004: 256-257.
- [3] 陈惠楨. 现代妇科肿瘤学[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 2006: 56-58.
- [4] 柏树令. 系统解剖学. 第二版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 179-181.
- [5] 孙晓波. 阴式子宫切除术与子宫三角形切除术的临床对比观察[J]. 中外健康文摘, 2011, 17(12): 260.
- [6] 连丽娟, 林巧稚. 妇科肿瘤学. 第四版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 221-223.
- [7] 白志玲. 阴式子宫切除术回顾性临床分析[J]. 中国健康月刊, 2011, 11(9): 259.
- [8] 尹维花. 阴式子宫切除术与腹式子宫切除术的临床对比观察[J]. 实用医技杂志, 2012, 4(13): 13-15.
- [9] 鲁海燕, 彭一梅, 吴立春. 改良简化阴式子宫切除术 148 例临床分析[J]. 中国医学创新, 2011, 8(13): 22-23.