

133579

子宫脱垂的手术治疗

杨怀恭 韦鎔澄 編著

子宫脱垂的手术治疗

杨怀恭 韦銘澄 編著

上海科学技术出版社

内 容 提 要

本书先介绍子宫脱垂的解剖、发病机制及病理变化,在此基础上进一步介绍手术治疗的指征、手术前的准备、各种重要手术治疗方法以及手术后的并发症等问题。可供妇产科医师参考。

医学专题丛书

子宫脱垂的手术治疗

杨怀恭 韦鎔澄 編著

上海科学技术出版社出版 (上海瑞金二路 450 号)

上海市书刊出版业营业许可証出 093 号

上海市印刷三厂印刷 新华书店上海发行所发行

开本 850×1156 1/32 印张 3 10/32 排版字数 87,000

1965 年 7 月第 1 版 1965 年 7 月第 1 次印刷

印数 1—4,000

统一书号 14119·1211 定价(科七) 0.60 元

序

子宮脫垂的治療方法很多，手術是其中的有效方法之一，尤其是對於脫垂較嚴重的病例來說，手術常是主要的治療方法。在採用手術治療的時候，有若干因素是需要考慮的，例如病變程度，生育功能，性功能等。由於因素各異，所以選擇的手術方式也不同。現在我們已經有了多種良好的手術方式，但是手術者必須正確地理解和掌握這些手術，做到“對症下藥”，然後才能獲得良好的治療效果。

楊懷恭主任及韋鎔澄醫師根據他們的豐富知識和經驗，編著了《子宮脫垂的手術治療》。他們着重從盆器解剖和發病機制引導到手術療法上去，同時又詳盡地介紹了术前及术后處理以及其他有關問題。由於他們將手術治療建築在基礎知識上，因而能使讀者更深入地體會治療的正確原則。

國內外關於子宮脫垂手術治療的專著甚少，這本專著提供了全面和符合現代醫學見解的資料，豐富了這個專題的文獻，是值得推薦的一本書。

劉 本 立

一九六四年十月五日

目 录

第一章	子宫脱垂治疗方法概论	1
第二章	盆腔脏器的支持结构	3
第三章	子宫脱垂的发生机制和病理改变	12
第四章	子宫脱垂的症状、检查方法和临床类型	20
第五章	手术治疗的原则、指征和禁忌症	27
第六章	手术前的处理	34
第七章	子宫脱垂的手术方式	38
第八章	手术时可能发生的问题和手术后的并发症	68
第九章	手术后的处理	78
第十章	子宫脱垂手术治疗的长期效果	83
第十一章	子宫脱垂手术治疗后的妊娠和分娩	88
第十二章	子宫脱垂手术治疗后复发的处理	91
第十三章	子宫脱垂与应力性尿失禁的关系	96
主要参考文献		101

第一章 子宮脫垂治療方法概論

子宮脫垂是婦科學中的一個重要問題，也是勞動婦女中常見疾病之一，因而嚴重地影響着婦女的勞動力。近幾年來我國婦產科工作者大力投入子宮脫垂防治工作，發掘了許多治療子宮脫垂的方法，取得了豐富的經驗。目前國內治療子宮脫垂的方法可歸并為下列四類。

一、陰道塞藥法

陰道塞藥系將藥物制成栓劑或散劑塞入陰道內治療子宮脫垂。常用者有梁三女草藥（冰片、兒茶及十二種草藥）、雙子粉（五倍子、復盆子、冰片）、川烏白芨散（川烏、白芨）、陰挺丹（五倍子、枯礬、桃仁、銅綠、蜂蜜）、提升片（苯甲酸雌素二醇、磺胺噻唑、薄荷、玫瑰）等制劑。陰道塞藥在治療子宮脫垂方面有一定的療效。據上海張佩珠、張女杰的報告，在各種陰道塞藥中，以梁三女草藥治療子宮脫垂效果最好，用梁三女草藥治療78例患者，在治療後20~22個月時復查66例，發現治愈者50例，好轉者7例，療效達86.3%；用雙子粉、枳殼及丹參、陰挺丹等藥物進行治療，其療效也在50%左右。上海第二醫學院以提升片治療患者134例，能解決問題者達34.44%。134例中36例屬第三度脫垂者，有7例能解決問題，占19.44%。由此可見以陰道塞藥治療子宮脫垂有一定的療效，但往往由於醫務工作者信心不足，患者不能充分合作，因此影響了治療效果。

二、子宮托

用子宮托治療子宮脫垂是簡便而有效的方法。在國內數年來由於婦產科工作者的辛勤研究已創制多種型式的子宮托，如喇叭

型、环型、马鞍型、皿型、輪胎型、球型等。其中以喇叭型应用最为普遍。据上海市子宫脱垂专题小组在上海市五个县及仁济医院試用子宫托治疗子宫脱垂的結果，喇叭型的成功率为89.4%、輪胎型为89.8%、环型为40%。其他各地有关以子宫托治疗子宫脱垂的报告也很多。目前在农村中用子宫托的患者很多，不失为解决农村劳动力的一个良好方法。但子宫托是否能长期治愈子宫脱垂，还值得深入研究。

三、注射治疗

在国内許多地区曾試用子宫旁組織注入药物的方法治疗子宫脱垂。常用药物有1%石炭酸、无水酒精、明矾甘油等制剂。采用注射疗法时注射药物的部位必須准确，否則反而会引起盆腔内其他脏器的损伤。錯誤注射在膀胱壁附近或輸尿管附近，而引起生殖道瘻管的形成者屡见不鮮，不可不慎。注射疗法虽值得繼續研究，但在目前尚不宜推广。

四、手术疗法

手术治疗子宫脱垂的疗效比較肯定，能永久治愈，因此妇产科工作者很重視这一治疗方法。凡患者已經保守治疗而未能取得疗效者，可考虑手术治疗，并非任何病例皆应采取手术治疗。一般认为子宫脱垂患者，需要手术治疗者仅占10%左右。

医务工作者为患者进行手术治疗以前必須熟悉女性盆腔的解剖、子宫的支持結構、子宫脱垂发生的原因、子宫脱垂的病理改变；必須熟悉手术指征和禁忌、手术的各种方式及詳尽步骤；必須熟悉手术前后的处理和并发症的預防及处理，如此方能順利进行手术。不明解剖，不了解手术指征及手术步骤，輕率为患者进行手术不但不能得到良好的治疗效果，且有一定的危險，不可不慎。

第二章 盆腔脏器的支持结构

盆腔内有膀胱、尿道、子宫、阴道、乙状结肠及直肠等脏器存在(图1)。盆腔是一个弯曲的腔道,在站立的姿态下,盆腔的入口和出口并不在同一平面上,入口向前上方,出口向前下方。骨盆的弯曲形态,对支持盆腔脏器有重要关系。在正常情况下,膀胱位于盆腔前部,耻骨联合之后。在尿道与膀胱颈之间,形成一角度以适应盆腔的弯曲形态。子宫在盆腔内呈前倾及轻度的前屈位,阴道方向系向下向前,因此也与宫颈形成一角度。直肠在盆腔内附着在骶骨前缘,在矢状面上观察时直肠与肛管在盆腔内形成S形或反置的S形。上述各脏器在盆腔内的弯曲形态,均有利于本身位置的维持。但在盆腔出口并无坚实的骨骼构

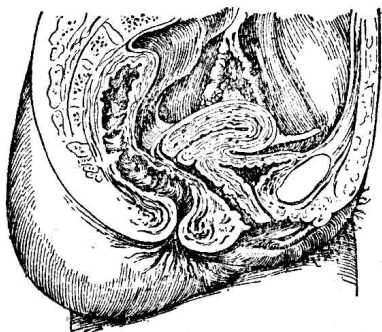


图1 女性盆腔纵切面

成底部,而是由不同结构的软组织结合构成盆底,以支持盆腔脏器,因此对盆底软组织的解剖必须充分了解,方能了解其对盆腔脏器的支持作用。

一、子宫的支持结构

关于维持正常子宫及阴道位置的结构,在文献中以及教科书中虽已有详尽的介绍,但目前意见仍未一致,争论很多。无疑,子宫附属的韧带、盆底各个层次的软组织结构如肌肉及筋膜等都有一定的支持功能。在此将重点讨论支持子宫阴道的主要结构。维持子宫位置的结构,有圆韧带、阔韧带、盆膈韧带、子宫骶韧带、主

韧带、盆腔内的腹膜外结缔组织及其衍生的盆腔脏器筋膜、盆底肌肉及筋膜等(图2,3)。

1. 圆韧带 自解剖位置上而言,圆韧带似乎对维持子宫前倾的位置有密切关系,这一对韧带自两侧的子宫角将子宫牵向前方。但事实上圆韧带在维持子宫前倾位置的作用中并不占主要地位。若在手术时将子宫圆韧带切断,可以发现在手术后子宫仍能维持前倾位置。妇产科医师在手术时往往可发现在正常情况下,圆韧带系处于较松弛的状态,而不是处于紧张状态。

2. 盆韧带 盆韧带在维持输卵管及卵巢的位置方面有重要作用。在正常情况下此韧带也处于较松弛的状态,在维持子宫在盆腔内位置的作用中不占重要地位。

3. 阔韧带 阔韧带本身仅系二层腹膜,其中杂有少量的疏松

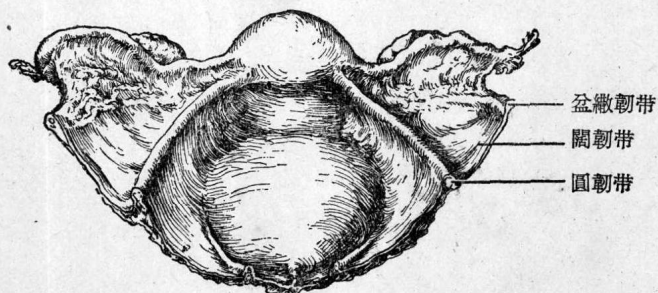


图2 子宫的各个韧带
(自前面观察)

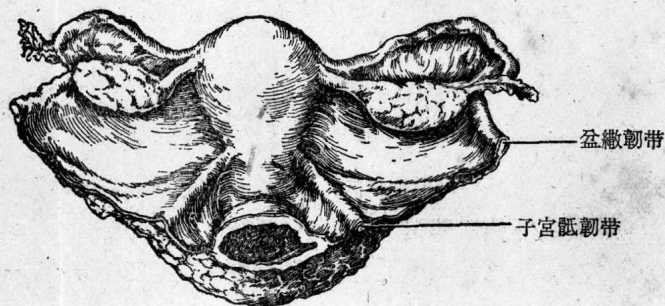


图3 子宫的各个韧带
(自后面观察)

結締組織,对維持子宮的位置并无重要作用。

4. 主韧带 主韧带系子宮兩側位于闊韧带基底部的韧带,由增厚的腹膜外結締組織形成(图 4,5)。它的內側起源于子宮頸阴道上部分的側方及阴道上端的側方,外側止于提肛肌起源的白线部分,在下方則与提肛肌筋膜相連。在盆腔內二側的韧带排列成

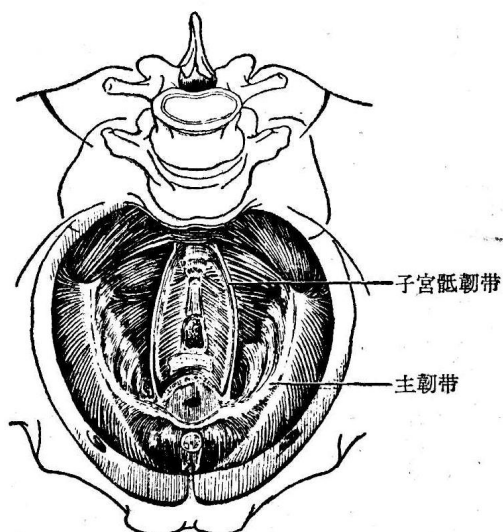


图 4 子宮主韧带及子宮骶韧带

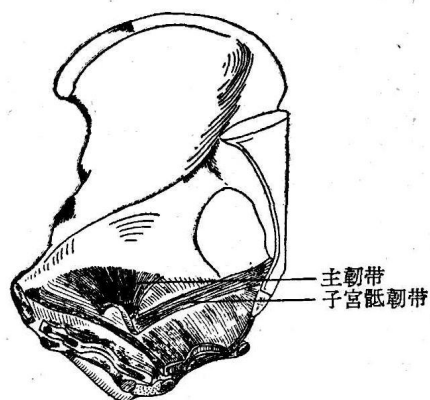


图 5 子宮主韧带及子宮骶韧带

倒置的U字形。Fothergill 曾強調主韌帶在維持子宮的正常位置方面有重要的作用，並認為主韌帶鬆弛為子宮脫垂的重要原因。陰道內行子宮切除術時，甚易了解主韌帶的支持作用，因在子宮旁組織切斷之後，子宮即甚易被牽下。Mengert 亦曾在女性屍體上進行試驗：以雙爪鉗夾着宮頸另加 450 克的重量牽引，以後切開腹壁，依不同程序剪斷子宮各個韌帶，發現在切斷圓韌帶、盆織韌帶及闊韌帶上部時對子宮位置並無影響，但在切斷子宮及陰道旁組織時，子宮位置則能下降 10.5 厘米。Mengert 指出此韌帶在維持子宮位置方面的重要性。但是另外部分學者對主韌帶的支持作用亦曾提出異議。Koster 利用組織學方法進行研究，發現在子宮旁，亦即在主韌帶的部位，僅系疏松的結締組織，並無韌帶樣結構存在，因此對其支持作用發生懷疑。Berglas 及 Rubin 在二例未生育的女屍體上進行研究，也未發現韌帶樣結構存在，所謂主韌帶部位僅系靜脈叢包埋于疏松結締組織之中。Koster 及 Berglas 等提出的資料雖然值得繼續研究，但根據婦科醫師的臨床經驗及手術時的發現，仍多認為有此韌帶存在，而且在支持子宮位置方面有重要的作用。

5. 子宮骶韌帶 子宮骶韌帶起源于陰道的子宮頸部分，位于子宮頸的後方及側方，亦有部分纖維起自陰道的側穹窿部分。此韌帶向後方延伸終止于骶骨下部兩側前緣的筋膜上(圖 4,5)。許多學者強調子宮骶韌帶對支持子宮位置有重要作用。但據 Mengert 的試驗，子宮骶韌帶僅有輕度的支持作用。Campbell 曾詳盡研究子宮骶韌帶的結構，發現此韌帶近子宮頸的部分有較多平滑肌組織、血管、神經、淋巴管以及堅實的結締組織；但在近骶骨部位則為疏松的結締組織、脂肪、血管、神經及淋巴管等，因而認為此韌帶雖有支持子宮的功能，但作用不強。

6. 盆腔腹膜外筋膜 據一般文獻介紹，在盆腔腹膜之下、提肛肌筋膜之上有疏松纖維組織存在。此種結締組織包圍在血管及神經之外，並且增厚形成韌帶，例如主韌帶及子宮骶韌帶即為增厚增強的盆腔腹膜外結締組織。這種結締組織并可反折于盆腔脏器

之外,形成筋膜以支持盆腔内的脏器;如膀胱下的耻骨膀胱宫颈筋膜、阴道周围的阴道筋膜以及直肠周围的直肠筋膜等(图6)。

解剖学者根据尸体解剖的资料及临床医生手术时的发现,多承认确实有此种筋膜存在,这种筋膜在支持子宫、膀胱及直肠位置方面有重要功能,亦指出在进行子宫脱垂、膀胱膨出及直肠膨出修补手术时,应利用这种筋膜加强盆底软组织的支持作用。

但也有一些学者不承认有此筋膜存在。Goff 在未生育的女尸体上利用组织学方法进行研究,认为在膀胱及尿道与阴道之间并无筋膜存在;阴道与直肠之间亦无筋膜存在;存在者仅系疏松的结缔组织。Koster 也认为无此种筋膜存在。Berglas 及 Rubin 亦曾利用组织学方法进行详尽的研究,他们以精致的显微镜下摄影资料说明在解剖上并无耻骨膀胱宫颈筋膜存在,在盆腔脏器的周围亦无筋膜存在。

为什么在这个问题上学者有如此分歧的意见?实因研究方法的不同所造成。根据腹式及阴道式子宫切除、阴道前后壁修补以及腹膜外剖腹产手术时的观察,在膀胱的下侧面以及膀胱的顶部确有筋膜的层次可循,有时甚至不只一个层次而是二三个层次。在子宫下段,阴道壁周围以及直肠周围,亦有此种筋膜存在。筋膜甚薄,在显微镜下观察时菲薄的筋膜表现为杂有脂肪的疏松结缔组织,并非如股筋膜般坚实的结缔组织。因此在盆腔脏器的周围虽有似筋膜样的结构存在,但此筋膜是否有支持盆腔脏器的功能,或是否应称它为筋膜,值得进一步研究。此筋膜可能在生理范围内限制盆腔脏器的活动。在进行前阴道壁修补时临床医生常将阴道壁上肥厚的平滑肌层误认为筋膜层,并加以利用进行修补膀胱膨出。作者等曾在行阴道内子宫切除手术时,将所取得的组织用组织学方法进行观察,发现在阴道壁并无明显肥厚的筋膜层。

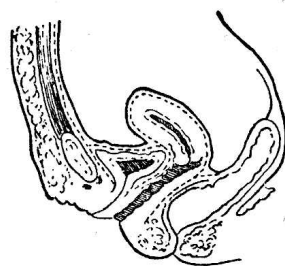


图6 盆腔脏器的筋膜图
(虚线表示筋膜)

7. 提肛肌 提肛肌及其筋膜在支持子宫方面有极为重要的作用。提肛肌为一宽阔的肌肉,附着于盆腔的内侧壁(图7)。此肌肉起源于盆腔之白线。白线起于耻骨联合侧方约2厘米外,沿闭孔内肌的筋膜向后延伸,止于坐骨棘。提肛肌自弓状线起始后即

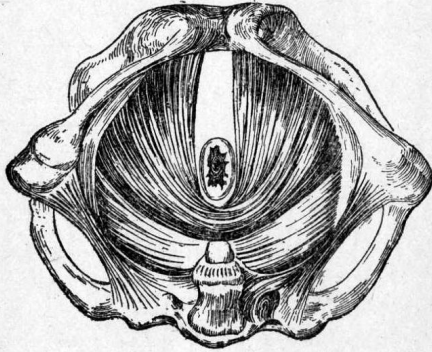


图7 提肛肌

向后、向内、向下斜行,在盆腔的矢状面后部与对侧的提肛肌相联合。两侧提肛肌相联合的中线部分即称为“肛门尾骨线”,位于肛门与尾骨之间。

提肛肌可分为四个部分,即坐骨棘尾骨肌、髂骨尾骨肌、耻骨尾骨肌及耻骨直肠肌等四个部分。在直肠后方两侧提肛肌互相融合的部分构成提肛肌板。在前方两侧的提肛肌相互分开形成一裂隙称为“提肛肌裂”。直肠、阴道及尿道即由提肛肌裂穿过。提肛肌裂之前半,即阴道及尿道穿过的部分,称为“泌尿生殖裂”。两侧提肛肌尚有少数肌纤维横过直肠与阴道之间及阴道与尿道之间。

提肛肌最内侧的部分,即耻骨直肠肌,在功能上最为重要,对阴道及直肠有括约肌的作用。泌尿生殖裂的形态及大小,即决定于提肛肌的生理状态。在未生育的妇女,泌尿生殖裂两侧之间相距2.5厘米;已生育的妇女为4厘米。自耻骨联合至空虚的直肠前壁,未生育的妇女为4厘米,已生育的妇女为5厘米。提肛肌收缩时泌尿生殖裂的横径及前后径皆缩小。

自盆腔上方观察时,提肛肌自前至后略向下方、向内方倾斜,

提肛肌板则几乎掩复在尾骨之上。据 Berglas 及 Rubin 以提肛肌造影方法的研究，証明在矢状面上提肛肌最低的部分是提肛肌板。提肛肌板在盆腔内呈水平位置。泌尿生殖裂位置并不在提肛肌的最低部分。阴道在盆腔内并非如一般教科书上所介绍的向前向下，而是与提肛肌板平行。正常前倾位的子宫颈部位恰在二侧坐骨棘之间，指向尾骨。

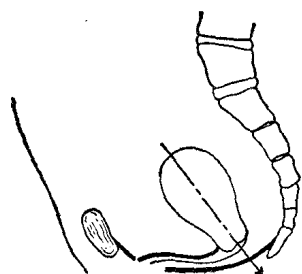


图8 前倾位的子宫阴道与提肛肌的关系

在正常生理状态下腹压增加时提肛肌即发生收缩。提肛肌收缩时一方面泌尿生殖裂缩小，一方面提肛肌本身则变平坦，同时肌肉的张力亦有所增加。在此情况下子宫后壁因承受腹腔内的压力关系，影响子宫向后方向下方移位，直接压迫于提肛肌板上。由于子宫并不直接压迫泌尿生殖裂，再加上肌肉紧张后泌尿生殖裂的缩小，因此可以避免子宫自泌尿生殖裂中脱出(图8)。

8. 泌尿生殖隔 泌尿生殖隔由二层三角形的筋膜构成。此筋膜的两侧附着于耻骨弓的内侧，其后缘为游离缘，附着于两侧坐骨结节之间。尿道及阴道即由泌尿生殖隔穿过。在二层筋膜之间有尿道括约肌存在，会阴深横肌亦位于其后部。提肛肌的耻骨尾骨部分在前方，亦附着于泌尿生殖隔上叶筋膜的前部，因此泌尿生殖隔的完整有助于提肛肌更为坚强有力。由于泌尿生殖隔是一较坚实的筋膜层，而且有加强提肛肌的作用，因此也有支持盆腔脏器的功能。在分娩过程中由于泌尿生殖隔不似提肛肌裂能充分扩张，因此胎儿通过时，泌尿生殖隔必然发生损伤(图9)。

9. 会阴体 会阴体在矢状面上为一三角形的楔状结构，其底部位于阴唇后联合之后与肛门之前，有皮肤复掩。其尖端则为阴道后壁与直肠前壁相接触的部位。会阴体为皮肤、脂肪、结缔组织、平滑肌及随意肌共同组成。会阴浅横肌、球海绵肌、会阴深横肌以及肛门外括约肌均终止于会阴体。会阴体对支持盆腔脏器亦

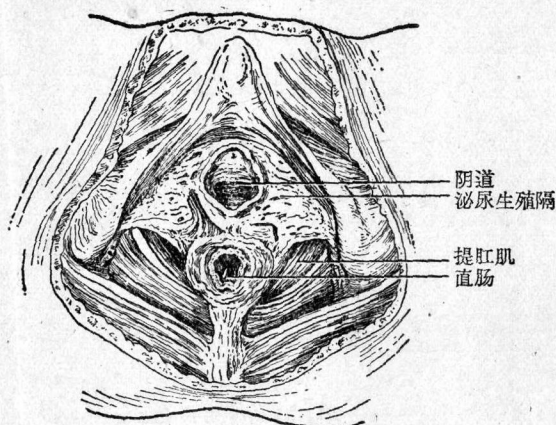


图9 泌尿生殖隔

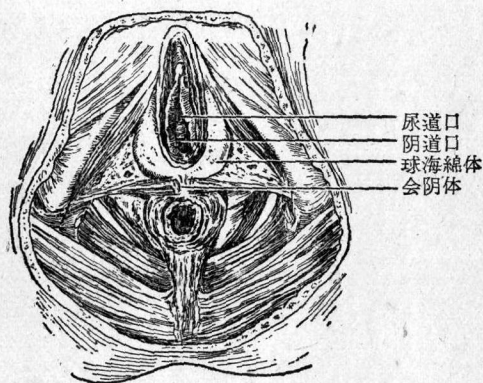


图10 会阴体

有一定的作用。在分娩过程中会阴体甚易受到损伤(图10)。

二、膀胱及尿道的支持结构

膀胱在盆腔内,其前方受到耻骨联合的支持,在膀胱下侧壁与耻骨联合之间有结缔组织相联。在膀胱两侧受到提肛肌的耻骨直肠肌部分支持,膀胱充盈时亦受到提肛肌足部的支持。在后方及膀胱颈部则受到泌尿生殖隔的支持,亦受到阴道前壁的支持,尿道穿过提肛肌及泌尿生殖隔即受到支持。尿道亦受到阴道壁的支持。

支持。

三、阴道的支持结构

前已述及阴道在盆腔内系与提肛肌板平行。阴道上端接受部分主韧带的支持，在穿过提肛肌及泌尿生殖隔时亦受到支持。阴道下端则受到会阴体部的支持。阴道在后方亦受到直肠的支持。

四、直肠的支持结构

直肠受到骶骨前缘的支持。在穿过提肛肌裂时受到提肛肌的支持。在肛管部分受到尾骨肛门线及会阴体的支持。

综合手术时的实际观察以及各学者的观点，可以认为提肛肌为支持盆腔脏器的重要结构，主韧带在支持子宫方面亦有重大的作用。此外如子宫骶韧带、盆腔内筋膜、泌尿生殖隔及会阴体等，皆有支持盆腔脏器的功能。

第三章 子宮脫垂的發生機制 和病理改變

一、子宮脫垂發生的原因

引起子宮脫垂的原因比較複雜，但其最主要原因還是由於分娩的損傷所致。多次分娩或在分娩過程中過早使用產鉗術或臀牽引術，往往使子宮的支持結構遭受過度破壞，因此其支持功能不健全。但僅有分娩的損傷尚不足以引起子宮脫垂，勞動的方式和強度也和子宮脫垂的發生有關。體力勞動較重的婦女特別是肩挑和蹲位，在勞動過程中，有較長時期持續的腹壓增高，此時若子宮支持結構已遭受損傷，二者合併的後果，往往能引致子宮脫垂。有的婦女在分娩後產道遭到嚴重損傷而未能得到及時修補，再加產後過早參加勞動，勞動過程中又以肩挑、蹲位等工種較多，因此腹壓持續性增高，盆底結構承受過度的壓迫，在長期的影響下即可發生子宮脫垂。在機器旁工作的女工如車工、鉗工等其勞動強度亦相當沉重，但由於勞動時並不發生持續性腹壓增加，因此引起子宮脫垂者較為少見。而工廠中的雜工，因常挑抬重物，也可能發生子宮脫垂。

少數婦女雖未經分娩，但亦可能發生子宮脫垂。主要的原因是由於盆底支持結構的功能減退。其中有屬先天性的，如提肛肌本身及子宮的其它支持結構發育不健全，或婦女患隱性脊柱裂等，皆可引致子宮脫垂。也有屬於後天獲得性的，如在絕經期或老年的婦女，肌肉萎縮，因而盆腔的支持功能減退，在此情況下再加上其它因素，如勞動時長時期腹壓增加、慢性咳嗽等，也足以引起子宮脫垂。