

阴道内子宫切除术

(改进式)

周培基 编著

江苏省如皋县石庄区卫生院

一九七九年十月

阴道内子宫切除术

(改进式)

周培基 编著

南通医学院

局部解剖 绘图

编著 江 岛

武义鸣 陈昌富 沈毓琪 邵嘉荣

江苏省如皋县石庄区卫生院

序

本书作者周培基医师，作为区卫生院医师，在农村环境下为了减轻妇女因患病作手术的痛苦，经多年艰苦努力，克服困难，反复钻研，不遗余力，终于摸索出一整套的改进式阴道内子宫摘除术。经700余例手术及长期随访证明，手术方法基本上达到简便、疗效好、花钱少的要求。

相类似简单快速的阴道内子宫摘除术，几十年前国外早有专著出版，但周医师的方法不尽相同，且有某些独到之处。值得指出：国外的设备条件和江苏如皋县石庄区卫生院环境相较，实无法比拟，即以全国而言，区卫生院数字恐以万计，有周医师水平者想为数更多，工作环境亦比石庄区卫生院优良多倍，妇女的子宫疾病对健康和生命威胁还很大，任何有效的防治措施都是值得我们研究的。周医师对阴道内子宫摘除术的改进，是由于长期的探讨所获得的临床体会，从而有力地推动了阴道内子宫摘除术的发展。

此改进式手术在国内已广泛传播，现仍有不少地区医务工作者，不惜远道赴如皋县要求学习参观。因此，本书的出版并非石庄区卫生院的主观愿望，而实系客观要求应时的产物。

本书文字深入简出，通俗易懂，画图清晰，必为读者所欢迎！

上海市第六人民医院 胡志远

一九七九年八月十八日

前 言

在党和上级卫生部门、科技部门的领导下，在有关单位与同志们的大力支持下，我院自1962年以来，对阴道内子宫切除术进行了改革，并取得了一定的成就。经过改进的阴道内子宫切除术，基本上可以做到局麻、不输血、不输液、手术时间短、组织损伤少、病人痛苦少、术中出血少以及手术人员、器材、医药用费少的要求。本术式124、123、122、111四种方法，不但对重度子宫脱垂病人进行阴道内子宫切除，而且对其他非子宫脱垂的子宫肌瘤、功能性子宫出血、早期宫颈癌等进行阴道内切除子宫，同样取得了满意的疗效。

1971年，我们曾到南通、启东等县进行了学术交流。1974年，上海第七军医大学（现重庆三军大）主任张令浩、教师史常旭积极给予支持，使手术进一步完善。1975年经江苏省卫生局鉴定，此手术“符合多、快、好、省，值得推广”。在《江苏医药》1975年第六期刊登后，全国廿多个省、市数百个医疗单位的医务人员陆续前来我县进行学术交流。国内许多地区部份或全部地采用了本术式可能几万例之多，有的间接学会了这种方法开展得也很好。有的还将本术式的切口与剥离方法和局部麻药中加用血管收缩剂用到阴道前、后壁修补、曼彻斯特宫颈切除治疗子宫脱垂，也收到了良好的效果。

目前，仍有不少地区的医务人员前来我院要求学术交流，但由于病例限制实难应付。为了满足有关单位及同志们的要求，我们把历年来700例阴道内子宫切除术的临床经验，加以综合分析，编写了这本书。本书十四章节十余万字，既有精确的图谱，也有典型的照片，除了对手术原则、术前准备、术中、术后并发症的预防及其处理外，对有关局部解剖、局部麻醉和加用血管收缩剂的应用以及调查疗效分析，也都作了详细的介绍。

阴道内子宫切除术，手术野小、解剖关系复杂、技术性强，不但要熟悉解剖、病理、生理等基础理论，同时还要具有内、外科方面的基本知识以及妇科手术的操作技术，才能更好地进行阴道内子宫切除术的开展。因此，本书可供妇产科医师和高等院校毕业生在临床实践中参考。

在编写本书的过程中，先后曾到上海、北京、山东、山西、河北等地进行了手术汇报，广泛征求了意见。上海妇产科学会教授胡志远并邀请上海有关医院专业人员给予手术汇报，提供了很多宝贵意见。北京妇产科医院主任吴立德、郑伟邦助审阅修改。上海妇产科医院教授王淑贞、第三人民医院教授郭泉清、瑞金医院妇产科主任刘慕贞及医师华祖德、南通医学院附院妇产科主任殷若男、外科主任秦增寿等给予审阅，提出了宝贵经验和修改意见。首都医院教授宋鸿剑、上海国际和平妇幼保健院院长张佩珠、山东省人民医院教授苏应宽、济南军区总院主任徐增祥、88医院主任苗超尘、山西医学院附院教授包淑和、河南省卫生干校主任夏岫美、河北省开滦煤矿医院主任林一才、包头医学院教授宋庸梧、南京军区总院院长何碧辉、南京妇幼保健院院长陈嘉政、《江苏医药》主任郑苏芳、南通医学院党委书记叶干全等给予大力的支持和帮助。本书由中国人民解放军 86176 部队承印。谨在这里一并表示衷心的感谢。

由于个人临床经验有限，编写水平不高，书中定会存在缺点、错误，诚恳地希望读者给予批评指正。

作 者

一九七九年十月

目 录

第一章 手术发展史.....	1
第二章 人员、器材.....	3
手术人员.....	3
手术器材.....	3
第三章 局部解剖.....	7
女性会阴.....	7
一、尿生殖三角.....	8
二、肛三角.....	14
会阴部血管、神经和淋巴.....	16
一、动 脉.....	16
二、静 脉.....	16
三、神 经.....	17
四、淋 巴.....	18
女性盆腔器官.....	19
一、卵 巢.....	19
二、输卵管.....	19
三、子 宫.....	20
四、阴 道.....	22
五、输尿管.....	23
六、膀 胱.....	26
七、尿 道.....	26
八、直 肠.....	26
骨盆腔的血管、淋巴和神经.....	27
一、动 脉.....	27
二、静 脉.....	30
三、盆腔的淋巴.....	31
四、骨盆内神经和神经丛.....	33
子宫的韧带及盆腔结缔组织的局部解剖.....	35
一、子宫阔韧带.....	36
二、子宫圆韧带.....	37
三、子宫主韧带.....	37
四、子宫膀胱韧带.....	37
五、子宫骶韧带.....	37

六、膀胱周围间隙·····	38
七、直肠周围间隙·····	38
阴道和子宫颈支持结构·····	38
一、阴道筋膜、膀胱筋膜及直肠筋膜·····	38
二、子宫脱垂阴式手术时阴道前壁的粘膜和子宫颈周围结构的变化·····	39
第四章 适应症、禁忌症·····	41
一、适应症·····	41
二、禁忌症·····	52
第五章 手术前准备·····	53
一、入院后的检查·····	53
二、思想准备·····	53
三、物质准备·····	54
第六章 麻醉·····	56
病人术前情况·····	56
一、一般情况的估计与准备·····	56
二、特殊情况的估计与准备·····	57
麻醉的选择原则·····	57
一、麻醉的要求·····	57
二、麻醉的安全性·····	57
三、病人的具体条件·····	57
四、病例选择·····	57
特殊病人麻醉选择·····	57
一、循环系统异常·····	57
二、呼吸系统异常·····	63
三、肝功能不良·····	63
四、代谢及内分泌系统异常·····	63
五、老年病人·····	64
局部麻醉的应用·····	65
一、麻醉前给药·····	65
二、盐酸肾上腺素的临床应用·····	71
三、机械压迫止血方法·····	75
常用的几种麻醉方法·····	75
一、局部麻醉·····	75
二、氯胺酮静脉麻醉·····	82
第七章 手术步骤·····	85
麻醉实施·····	85
操作程序·····	93

一、切 口.....	93
二、切 开.....	94
三、剥 离.....	96
四、结 扎.....	104
五、124缝扎法.....	106
六、123缝扎法.....	118
七、122缝扎法.....	121
八、111缝扎法.....	125
九、阴道前壁修补术.....	133
十、阴道后壁修补术.....	138
十一、直肠膨出修补术.....	144
十二、Ⅱ度会阴裂伤累及直肠下段修补术.....	147
第八章 手术后一般处理	151
一、一般情况处理.....	151
二、一般并发症的处理.....	153
第九章 术中、术后出血及其处理	155
术中、术后出血.....	155
一、术中出血.....	155
二、术后出血.....	156
自然止血.....	158
药物止血.....	159
一、几种常用的止血药物.....	159
二、局部用止血法.....	161
人工止血.....	161
一、一般手术常用的几种止血方法.....	162
二、结扎止血方法.....	162
三、双手打结方法的操作步骤.....	163
第十章 肠管、膀胱、输尿管损伤的手术处理	166
肠管损伤.....	166
一、小肠浆肌层损伤.....	166
二、小肠全层损伤.....	166
三、直肠损伤.....	166
四、术后处理.....	168
膀胱损伤.....	169
一、术中膀胱损伤.....	170
二、尿道损伤.....	170
三、术后处理.....	171

输尿管损伤.....	172
一、术中输尿管损伤.....	172
二、输尿管损伤修补术.....	172
三、输尿管吻合术.....	173
四、输尿管膀胱吻合术.....	174
五、膀胱壁管状成形的输尿管膀胱吻合术.....	176
六、术中注意事项.....	177
七、术后处理.....	177
第十一章 出血性休克、败血性休克.....	178
出血性休克.....	178
一、出血临床分类.....	178
二、病理生理改变.....	179
三、临床病象.....	180
四、治 疗.....	181
败血性休克.....	184
一、病因及病理生理.....	185
二、临床表现.....	186
三、诊断要点.....	189
四、预 防.....	189
五、治 疗.....	189
六、小 结.....	194
第十二章 输血、输液.....	195
手术时输血、输液问题.....	195
输 血.....	195
一、主要输血适应症.....	195
二、输血注意事项.....	196
三、输血与输液的评价.....	197
四、近几年来阴道内子宫切除术输血、输液情况.....	199
输 液.....	199
一、手术对水盐代谢的影响.....	200
二、术后液体补充.....	201
三、水、电解质紊乱和酸碱平衡失调.....	201
第十三章 调查、疗效分析.....	205
一、调查分析.....	205
二、疗效分析.....	207
第十四章 几点体会.....	213

第一章 手术发展史

“（阴道内子宫切除术），早在1821年 Sauter 氏以单纯阴道子宫切除为一位子宫颈癌的病人做了手术。”以后 Czerny 氏（1878年）、Schuchudt 氏（1893年）、Schauta 氏（1902）等几人将手术方法加以改进和充实，尤其是 Schauta 氏作出贡献更大。1861年 Samuel cheppin 氏即利用阴道内切除子宫，将阴道顶部缝合于附件及残端的韧带上以治疗子宫脱垂。1915年 Charles H·Mayo 氏建议以阴道内子宫切除的方法处理子宫脱垂后，才普遍地受到重视。Mayo 氏的手术方式系将子宫全部切除，阔韧带残端相对缝合，并进行阴道前、后壁修补，以后即有许多学者采用此方法进行子宫脱垂的治疗，并加以改进。

主张使用阴道式子宫切除术治疗子宫脱垂的热心倡议者，Danforth 氏曾报告疗效不良者占 12.5%。此外 Alridge 氏（1953）报告，253 例采用阴道内子宫切除术者，有 3 例死亡，占 1.1%。Danforth 氏（1948）曾报告 600 例脱垂患者施行阴道式子宫切除术结合阴道整形手术治疗，其中有 1 例死亡，5 例复发。Heaney 氏（1948）的 1237 例中，仅 1 例死亡，而无 1 例复发。

我国上海市第三人民医院教授郭泉清、潘家让几十年来坚持了阴道内子宫切除术的开展，大大地减少了妇女同志的痛苦，为提高人体的健康水平，作出了很大贡献。

我们自 1962 年以来，对阴道内子宫切除术进行了简化和改进。通过 124、123、122、111 等术式 700 余例实践证明，并未因手术事故发生死亡。随访子宫切除术后 1962 年至 1975 年 4 月 166 例中，疗效不良者 7 例，占 5.2%。1975 年 4 月至 1978 年 6 月 360 例中，疗效不良者 4 例，占 1.1%。一般手术者在熟练的情况下，基本上可以做到“三无”：术中，术后无输液管、无麻醉管、无导尿管；“四少”：手术时间少，从 3—4 小时减少到 15—30 分钟左右（子宫过大、粘连及牵拉不出的子宫，手术时间稍长一些）；人员器材少，由 4—5 人操作、器材一

大堆，减少到2—3人手术，5把止血钳；出血少，术中出血300—500毫升，减少到15—30毫升左右；花钱少，药材用费100多元，减少到10元左右。手术效果满意，符合多快好省，深受广大人民和医务人员的欢迎。

过去子宫切除术的缺点，在于操作比较复杂，手术时间长，出血多，对患者一般健康影响较大，术中、术后并发症多。阴道内子宫切除术改进后，组织创伤性小，用局麻手术前后不禁食，一般不输血不输液，手术时间短，病人出血少、痛苦少，术后体力恢复快。子宫从阴道切除，不干扰腹腔肠管等其他器官，腹部没有手术疤痕，术后不易发生肠粘连及经常腹痛现象。故其他非子宫脱垂疾病需手术切除子宫者，采用阴道内切除较腹部手术切除大为优越。对子宫脱垂患者，常併发的宫颈肥大、宫颈延长等病变，可以一并切除；患者若同时有功能性子宫出血，小型子宫肌瘤，宫颈原位癌等病变，可以同时收到良好的效果。在手术时由于子宫的各个韧带如子宫主韧带、骶韧带、阔韧带及圆韧带等皆可充分利用，以加强盆底的支托功能。手术同时进行阴道前、后壁修补，可以纠正膀胱膨出和直肠膨出，并加强提肛肌的支托功能。此外，子宫切除后，十多年的手术后病人经过走访未发现不良影响，受到广大妇女同志的欢迎。

第二章 人 员 、 器 材

手 术 人 员

手术为一集体活动，分工虽有不同，但都要对病人认真负责。哪一点不符合要求，轻则造成病人不必要的痛苦，重则危及生命。所以，无论台上台下，凡参加手术的，都要集中精力，互相协作，共同作好手术。

手术人员一般的由两人组成，助手应熟悉手术的基本操作，了解患者全部情况及手术步骤，以便与手术者很好配合。对粘连及牵拉不出较难操作的子宫切除手术，可再增加一个助手，协助暴露手术野。麻醉医师应严密观察病人变化，尤其是血压、脉搏的变化，要加以测检。重大变化必须告知手术者，以便共同研讨处理，保证手术顺利进行。

手 术 器 材

手术器材是进行手术所必须的工具，必须熟悉和了解它的用途。每一手术具有一定需要的器械。过多和非用的器械，经常反复提选，不但增添了忙烦，浪费了时间，而且造成器械的损旧。本术式选用主要器材介绍如下：

器械：

手术刀	1把	卵圆钳	2把
弯止血钳（22公分）	4把	持针器（长）	1把
直止血钳（18公分）	1把	持针器（短）	1把

布巾钳	2把	组织钳	2把
组织剪(长弯)	1把	长无齿镊(18公分)	1把
线 剪	1把	长有齿镊(18公分)	1把
金属导尿管	1根	药水杯、小碗	各1个
拉勾	1套(粘连、牵拉不出的子宫切除手术用)		

手术台上配备器材托板一块。

缝针:

大弯三角针	1根	大圆针	2根
中弯三角针	1根	中圆针	2根
小弯三角针	1根	小圆针	2根

缝线:

丝线(10号)	1轴	肠线(1号)	1支
丝线(7号)	1轴		
丝线(4号)	1轴		
丝线(1号)	1轴		

敷料:

大纱布块: 6—12块由30×40厘米的长方形纱布折成面积8×10厘米大小的纱布块,用以揩血、填塞、遮盖外阴伤口等。

小纱布块: 6块由14×20厘米的长方形纱布折成4×5厘米大小的纱布块,用以吸蘸消毒药液消毒用。

橡皮片纱布: 1块。

橡皮片一头缝合于大块干纱布上。

遮盖: 消毒脚套1付; 中单2条; 洞巾1块; 双层治疗巾1块。

器材的安置与加用拉勾见(图1、2)。

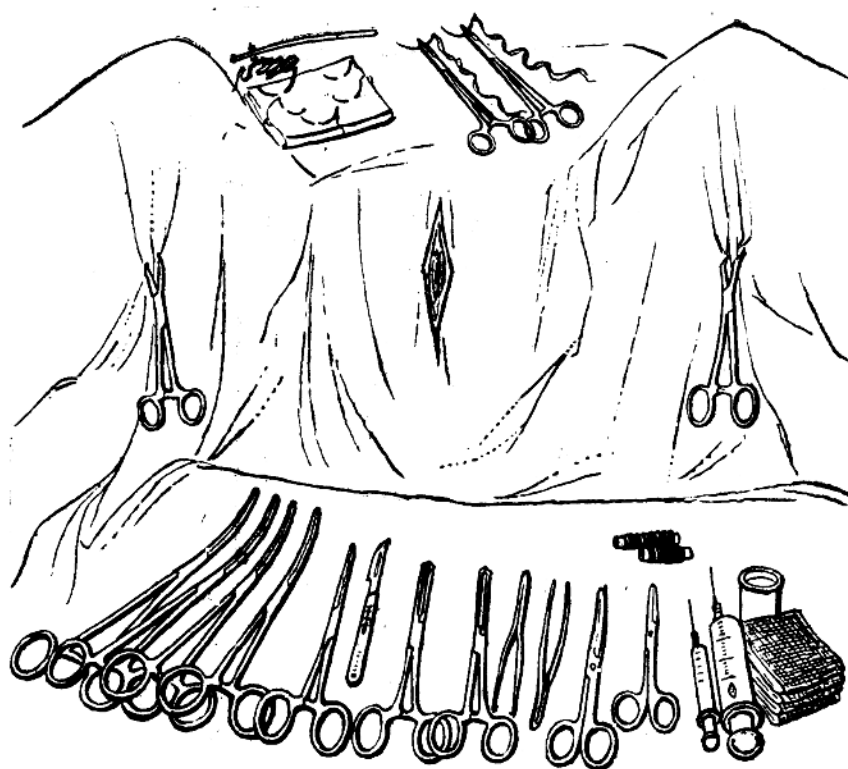


图1 器材安置

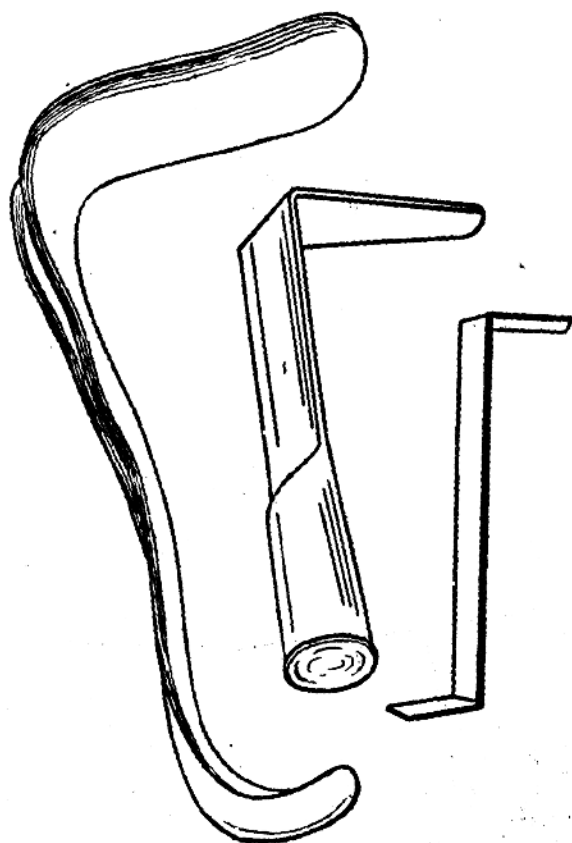


图2 加用拉勾

本术式操作简单，器材不多，在熟悉手术之后，一般子宫切除的手术，可由2—3人组成，主要几件器械放在术者坐前的托板上，助手洗手后准备好针线即可，一般在术中无需传送器材，可以更加节约时间。

器械的选用，一定要根据手术的要求，选择比较精练的器材。如22公分长弯血管钳，大小要适宜，钳夹要能牢固。拉勾大小、长短要适合。缝针要根据缝合组织的不同，也得大小粗细适宜。缝线尤其是7号与10号丝线，多次消毒及久藏拉力不够，术中打结时容易拉断，致使血管及组织内缩，故在术前应先试拉和加以注意。

第三章 局部解剖

女性会阴

会阴位于躯干下端、大腿与臀部之间的区域，从广义上说，女性会阴是指封闭骨盆出口的全部软组织结构，但习惯上或临床产科上所说会阴是指阴道与肛门之间的楔形腱性组织。分娩时因该处承受压力最大容易发生程度不同的撕裂。

女性会阴略呈菱形，其前角为耻骨弓状韧带，后角为尾骨尖，两侧角为坐骨结节，前外侧边为耻骨弓，后外侧边为骶结节韧带。将两坐骨结节作一连线，可将会阴分成两个三角形。前方三角因有泌尿生殖道通过，称尿生殖三角。后方三角因有消化管末端通过，称肛门三角。肛门三角两性相似，尿生殖三角男女有别（图3）。

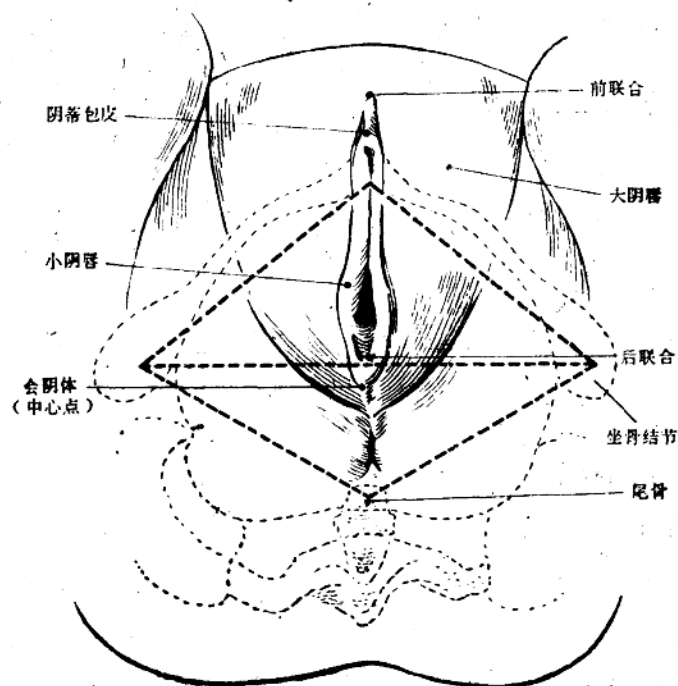


图3 女性会阴：尿三角和肛三角

一、尿生殖三角:

三角内有女性外生殖器, 筋膜, 肌层和神经血管等。

(一) 女性外生殖器:

女性外生殖器(图4)分为:

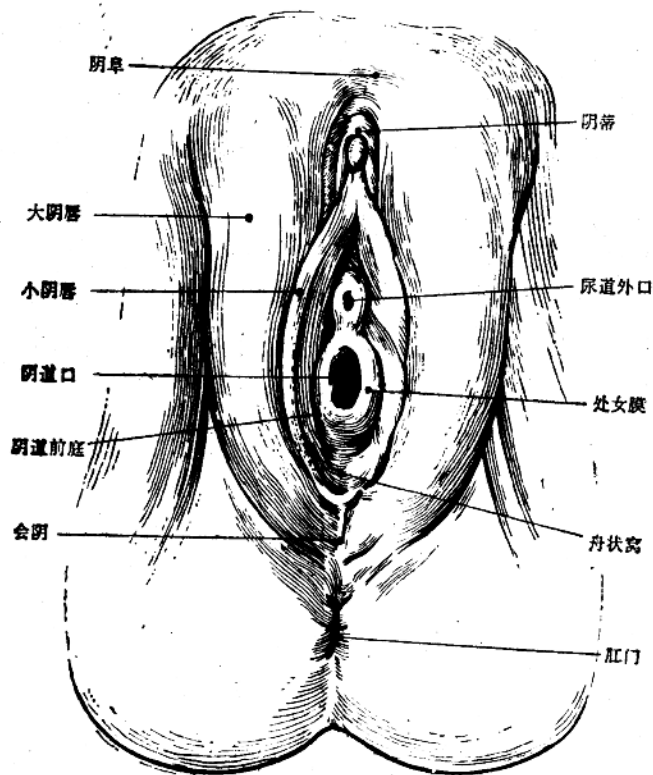


图4 女性外生殖器

1. 阴阜: 在耻骨联合前方, 呈三角形, 皮下有丰富的脂肪组织, 使之柔软隆起, 青春期的阴阜上长有阴毛。

2. 女阴: 界于耻骨和肛门前方便之间。包括: 大阴唇、小阴唇、阴蒂、阴道前庭、前庭球和前庭腺等。

(1) 大阴唇: 为一对位于小阴唇两侧的皮肤皱壁, 前接阴阜, 在其下方形成前连合, 后接会阴, 于会阴前方形成后连合。大阴唇长约7—8厘米, 宽2—3厘米, 其外侧面皮肤隆