

ZI
GONG

子宫脱垂

TUO
CHUI

柯应夔 编著

天津科学技术出版社

4.23
K

子 宫 脱 垂

柯 应 夔 编 著

天 津 科 学 技 术 出 版 社

著 者

柯应夔 天津市中心妇产科医院
杜梓伯 天津市中心妇产科医院
岳 琰 天津市中心妇产科医院
吴锺瑜 天津市红卫医院妇产科

子 宫 脱 垂

柯应夔 编著

*

天津科学技术出版社出版

天津市赤峰道124号

天津新华印刷一厂印刷

天津市新华书店发行

*

开本 787×1092 毫米 1/16 印张 16 插页 2 字数 389,000

一九七九年十一月第一版

一九七九年十一月第一次印刷

印数 1—3,500

统一书号: 14212·4 定价: 1.70元

序

子宫脱垂是农村中劳动妇女的常见病，直接危害着妇女的健康，影响劳动力的发挥。

一九六二年，天津市中心妇产科医院接受中央卫生部下达的子宫脱垂防治的研究任务，在天津市卫生局的支持下，医院党委为柯应夔教授配备了助手并组成了研究小组。随即开始了辛勤细致的工作。但由于林彪、“四人帮”的干扰破坏，使研究工作中断近十年。一九七二年，柯应夔教授忍受着脑溢血遗留下来的病痛，克服行动艰难带来的不便，坚持在家著作，对子宫脱垂的五种手术方法、手术的选择以及概述等主要篇章作出了精辟论述；并精选 270 幅插图和照片一一加以注释。院党委又为其恢复了原来的研究组，由院党委委员、主任医师杜梓伯同志全力协助，经过三年的艰苦努力，终于全面总结出 239 例子宫脱垂的治疗经验，于一九七六年脱稿。

子宫脱垂的研究，曾受到中央卫生部一九七八年医药科技大会的表扬及天津市第八届人代会和五届政协的重点表扬。

关于《子宫脱垂》一书的具体内容与科学价值，天津市卫生局于一九七八年二月曾召开市属各医院妇产科正、副主任医师专门进行了评议，结论是：“五种手术疗法都是标准化，手术插图精致，突出解剖重点。手术步骤具体正规，有条不紊。是在前人的经验基础上有所充实，有所提高，有所创新，有自己独到之处。随访率高达93.3%，10~13年远期治愈率达99.5%，具有先进水平。希望早日出版问世，以便学习推广……。”

邓副主席在全国科学大会上指出：“二十八年来，我们的科学技术队伍，在毛泽东思想的哺育下，确有很大的进步，绝大多数科学技术人员热爱党，热爱社会主义，努力同工农兵相结合，满腔热情地对待自己从事的科学技术工作，做出了成绩。甚至在林彪、‘四人帮’那样迫害和摧残知识分子的时候，广大科学技术人员也没有动摇对党对社会主义的信任，在极端困难的条件下，仍然坚持科学技术工作。”我们医院的情况也正是这样的。我们一定要在党的十一大三中全会精神鼓舞下，解放思想，开动机器，实事求是，团结一致向前看，最大限度地调动广大医务人员的积极性，为实现医学科学现代化而努力奋斗。

为《子宫脱垂》问世，特作此序而共勉。

中共天津市中心妇产科医院委员会

一九七八年十二月

前 言

党的十一届三中全会发出号召，要我们为实现新时期总任务，意气风发、奋发图强、坚忍不拔地向四个现代化进军。

我们民族历史上最光辉灿烂的科学的春天来到了。“四人帮”肆意摧残科学事业、残酷迫害知识分子的那种情景一去不复返了。全国科技人员获得了第二次解放。为加速科学技术的发展贡献力量，是历史赋予我们的伟大使命。我们正在老当益壮、信心百倍地紧密团结在党中央周围进行新的长征。深信一个向医学科学现代化进军的热潮必将一浪高过一浪地向前发展。

实现医学科学现代化，既要有赶超世界先进水平的宏伟目标，工作起来又要有千里之行始于足下的求实精神。目前，在医学界重点依然是要搞好常见病、多发病的防治工作，要深入揭示规律，不断突破防治关键，逐步阐明其发病机制，以便提高医学技术水平，提高防病治病的医疗质量。

子宫脱垂是劳动妇女的常见病，在农村中尤为多见；它严重地危害着劳动妇女的健康，也影响着妇女大干社会主义的积极性。

在中央卫生部、天津市卫生局和我院党委领导下，成立了子宫脱垂治疗研究组，从一九六二年秋开始工作。原计划手术治疗研究 500 例，到一九六六年秋，刚刚作到 239 例的时候，由于林彪、“四人帮”的干扰破坏，只得中途停顿下来。在手术治疗研究的四年中，为了解除贫下中农的疾苦，我们曾深入农村的平原、水乡、山区进行调查、治疗和随访观察，取得了一些临床经验与体会。经过多年临床实践和治疗研究，我们认识到子宫脱垂是一种复杂的疾病，很难应用一、二种手术疗法完满地治好所有各种类型的子宫脱垂。因此，我们坚持因病制宜、辨证施治的原则，根据不同类型的子宫脱垂采取了非手术治疗和手术治疗的两种疗法进行治疗。

本书对这两种疗法均有论述；但是，重点总结的是手术疗法。我们依据子宫脱垂的不同类型和程度——先天性子宫脱垂、手术后复发的生殖道脱垂、年老体衰的子宫脱垂、以及Ⅱ度Ⅲ度子宫脱垂等——总结出五种手术方法：①宫颈切除和阴道修补术；②阴道式子宫全切除和修补术；③阴道封闭术；④术后生殖道脱垂复发修补术；⑤先天性子宫脱垂手术等。

我们手术治疗研究的 239 例均为重度子宫脱垂，患病年限多在十五年以上；手术后 10~13 年随访观察 223 例（随访率为 93.3%），远期治愈率达 99.5%。

本书共分十七章，按照理论与实践相结合的原则，对手术作了全面详尽的总

结，侧重介绍主要手术操作步骤，突出解剖重点，辅以手术图谱和照片 270 幅；清楚地阐明手术要领与一般规律，符合由浅入深的认识过程，便于教学与推广，易于学习与掌握，可供各级妇科工作者参考。

在子宫脱垂治疗研究过程中，使我们深受教育与鼓舞：河北省卫生厅以及唐山、沧州、天津地区各级妇幼卫生部门都曾热情地给予了赞助，选送患者，协助随访；经手术治疗的患者，绝大多数（96%）恢复了健康，能够从事田间劳动和家务劳动；在术后 10~13 年随访时，患者本人及其家属都是心情激动，深深感激党的医疗政策。这充分地体现了社会主义制度的优越性。

本书的编著是在我院党委支持下，群策群力，反复研讨完成的。杜梓伯主任医师、岳琰副主任医师、吴鍾瑜医师和我分章编著。书中插图由刘英林同志在手术台前如实绘制；李庆熙同志协助整理与修改；统计与随访工作是瞿安贵同志与其他同志完成的。他们都付出了很大的劳动，特致谢意。

本书虽然已经编著付印，并不意味着子宫脱垂研究工作的结束；它只是一个阶段性的经验总结，防治工作的研究仍在继续深入。因此，有些经验还要发展，还会存在缺点或纰缪，希望读者批评指正。

柯 应 夔

一九七八年十二月

目 录

第一章	概述	1
第二章	盆底和子宫韧带的解剖	3
	生殖器	3
	骨盆结缔组织	6
	盆膈膜	9
第三章	病因和发病机制	14
	分娩损伤	14
	盆腔支持组织薄弱和张力减低	19
	腹腔压力增加和体势用力影响	19
	骨盆倾斜度的改变	19
	发病机制	20
第四章	诊断	22
	临床分类	22
	临床症状	26
	临床检查	28
	并发症	31
第五章	中药治疗——补中益气汤	34
	成分与功效	34
	药理实验	34
	口服方法	36
	注意事项	36
第六章	针灸综合治疗	37
	常用穴	37
	备用穴	37
	针灸方法	38
	综合疗法	39
第七章	子宫托疗法	40
	适应症	40
	禁忌症	40
	子宫托疗法的优缺点	40
	子宫托类型	40
	子宫托用法	40
	注意事项	42
第八章	手术的选择	43

第九章	子宫颈切除和阴道修补术	44
第十章	阴道式子宫全切除和阴道修补术	121
第十一章	阴道封闭术	181
第十二章	手术失败的生殖道脱垂修补术	193
	阴道手术	193
	腹部手术	212
第十三章	先天性子宫脱垂的手术	221
第十四章	术前术后的处理	233
	术前的处理	233
	术后的处理	234
第十五章	手术的合并症	236
	出血	236
	脏器损伤	237
	感染	237
	泌尿系统的合并症	237
	性交困难与不适感	238
第十六章	疗效分析	239
	资料分析	239
	疗效分析	240
第十七章	预防措施	248

第一章 概 述

本书命名为《子宫脱垂》。是因为子宫脱离了正常位置而下垂，是其主要病理。虽然还附有各种病症，如尿道膨出、膀胱膨出、直肠膨出等；这些附带疾病，均将随着子宫脱垂的治愈而消失。子宫脱垂是劳动妇女的常见病，患者十分痛苦，可以削弱或丧失其劳动力。因此，对子宫脱垂的治疗是一个十分重要的任务。

从子宫脱垂的发生、发展过程和治疗效果一系列的观察，可以认识其病因和发病机制。解剖病理是主要根据。在治疗此病时，首先应对盆膈的解剖和子宫各韧带的作用，具有清楚的认识：子宫脱垂时，子宫改变了原来的正常位置；子宫周围各韧带的支持结构，有不同程度的失调；盆底各层筋膜，有各样的断裂现象；盆内其它器官相互关系，失却了平衡。子宫脱垂的病理解剖，错综复杂，只有针对具体情况，进行具体分析，何处有病，就在何处进行治疗，才能获得成功。

按照子宫脱垂症状的轻重，可分成三度：第Ⅰ度子宫脱垂，是子宫颈下降到坐骨棘水平以下，但不越过阴道口；第Ⅱ度子宫脱垂，可见肥厚发红的子宫颈，继续下垂暴露于阴道口外；第Ⅲ度子宫脱垂最为严重，全部子宫体脱出于阴道口外。诊断时，应该注意尿道、膀胱、直肠以及阴道壁各处的病理变化，以便治疗时，胸有成竹，明了病理所在。

人体各部的器官和组织，都是彼此联系、互相支持的。子宫脱垂从表面上看似乎是盆内局部问题，但实质上关系到附近器官和影响全身甚大。手术前能否做好术前处理，可以说是治疗成败的关键。多数子宫脱垂患者，年老体衰，患有各种慢性合并症：如心脏病、高血压、慢性气管炎、肺结核、贫血等，这些都是全身性疾病，应该在手术前给予适当的治疗（有时为期较长）。全身性疾病治愈后，可以增强体力，改善各器官的功能，促进手术创口愈合，并能避免发生术后合并症。我们必须对患者全面负责，要有整体观念，不打无准备之仗。

祖国医药学是一个伟大的宝库，多少年来，记载着有关子宫脱垂的治疗方法。口服补中益气汤，对子宫及其周围组织有选择性收缩作用，同时可以增强体力。穴位针刺，可引起子宫周围组织的收缩；子宫托疗法，可以上推子宫，起到保护作用，使患者暂时能够负起劳动。这些方法，对轻度子宫脱垂，可以治愈，对重度子宫脱垂，可以增强体质，促进手术愈合，提高疗效。这是中西医结合可喜成果之一，仍需进一步研究和提高。

第Ⅰ度子宫脱垂患者有腰酸腿痛和盆器下坠感，我们只采取非手术治疗，主要是中医中药治疗。尤其在产假期间的患者要注意休息和营养，常可得到比较满意的疗效。

重度子宫脱垂患者，身体虚弱，接受长时间的大型手术有一定困难，应该在术前进行妥善准备。先详细检查阴道各部位，明了解剖病理所在，以便手术时，心中有数，操作自如。术前的整体观念和积极处理是非常重要的。

原则上，要根据指征，选择手术，辨证施治。多年来实践证明，我们的五种手术方法，可灵活应用。对第Ⅱ度子宫脱垂，可采用子宫颈切除和阴道前后壁各层修补术。对第三度子宫脱垂，最好施行阴道式子宫全切除和阴道、会阴修补术。对为数甚少的先天性子宫脱

垂，可进行腹腔内各韧带的紧缩手术，以提高子宫还纳于正常位置。对手术后生殖道脱垂复发的患者，解剖病理，错综复杂，更应辨证施治，何处发生病变，就在何处重点修补，阴道与腹部手术并用。还有部分患者年老体衰，多年患子宫脱垂，有的曾经采用各种治疗均未见愈，对此类患者不宜进行大型手术，阴道封闭术不失为可取疗法；经过此种手术处理，患者的盆部症状，可以消除，大小便功能，可以恢复正常。

在手术操作中，要因病制宜，可以做到恢复解剖位置和功能正常；但是，必须做好术前准备，根据解剖病理，辨证施治。我们经过十余年的观察，结论是所有子宫脱垂，都可以得到比较满意的疗效，使患者恢复其劳动力。

在我国优越的社会主义制度下，非常重视妇女的生育生理，每个产妇都享有56天产假，应该充分利用产假休养期间，安排好生活，劳逸适度，防止过劳，避免蹲式体势，使产后得到必要的休息和营养，促使生殖器官充分获得复原和恢复正常功能。

预防为主，是毛主席的革命卫生路线的根本原则，是我国医疗卫生工作的四大方针之一。做好预防工作，就能够减少或消灭大量的子宫脱垂，有效地保护妇女劳动力，积极发挥妇女的巨大作用，为社会主义建设事业，做出重大贡献。

第二章 盆底和子宫韧带的解剖

解剖对于外科治疗生殖器官脱垂具有重要意义；不了解正常盆底解剖与子宫阴道的支持结构，就难以理解其脱垂的原因与病理变化。同时，治疗脱垂时，亦必须了解其恢复至正常解剖有关组织，以及相互关系；何者可以加以利用，使生殖道恢复正常位置而不致脱出。关于这些解剖知识，妇产科医师必须熟习掌握。

有关女性生殖器官正常位置和结构，可分三部分叙述如下。

生殖器官

子宫正常位置 子宫位于骨盆底上，正常位置是轻度前倾前屈。当人体直立时，子宫是水平位，卧于膀胱上。子宫维持在轻度前倾前屈位是与以下组织有关：圆韧带能将后移子宫牵向前倾。在使子宫保持前位上起着重要作用，其次是骶骨韧带，从子宫颈两侧后面发出，绕过直肠两侧插入骶骨骨膜，将宫颈牵向后上方而保持子宫前倾位。子宫能保持前倾位的另一个因素，是子宫肌肉本身的张力；当张力坚强时，子宫体很容易维持向前位置。

由于上述解剖因素，使子宫维持于正常前倾前屈，从力学观点来看，子宫的这种位置是很重要的。子宫居于盆腔最低部位，直接受到腹内压力影响。子宫处于前倾前屈位，腹腔压力下行，直接作用于较厚的子宫后壁，其抗力较强；当压力分散至盆底的边缘组织，压力已大为减低。所以，前位子宫加上腹内压力直接作用于子宫后壁，因而加强了子宫前倾的力量。

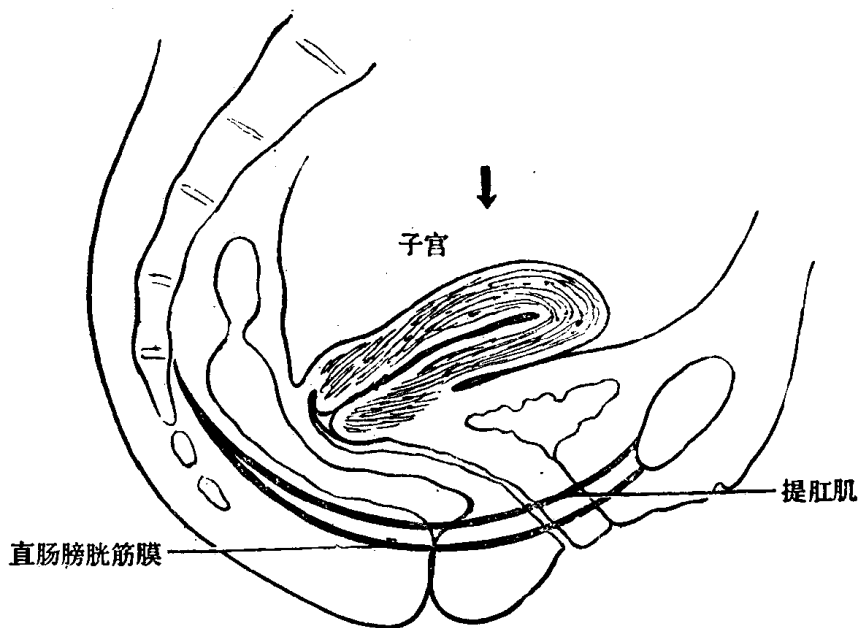


图1 盆底支持组织侧面图：上膈由后面的子宫骶骨韧带及前面的耻骨膀胱宫颈筋膜所形成；下膈由提肛肌及其周围筋膜与前后辅助肌所形成。此图也表示子宫的倾斜：子宫体后面受到腹腔压力影响，压向骨盆膈。

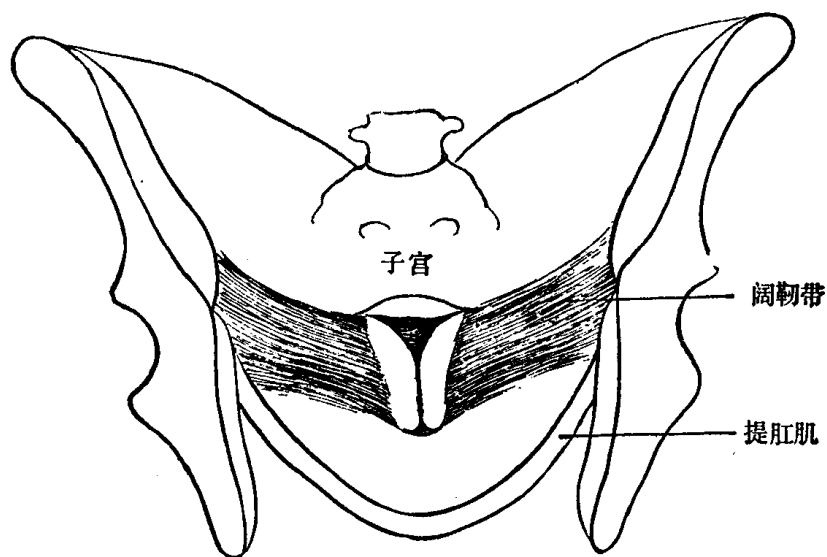


图2 盆底支持组织正面图：上膈由阔韧带、特别是其基底部坚强结构所形成；下膈由提肛肌及其周围筋膜组织所形成。

由于产伤或先天发育不良等因素，致使上述组织松弛、软弱，因此，无力维持子宫前位而使其向后倾倒；腹腔压力直接加于盆腔前穹窿的子宫支持组织，逐渐造成盆底组织松弛，而形成子宫脱垂。

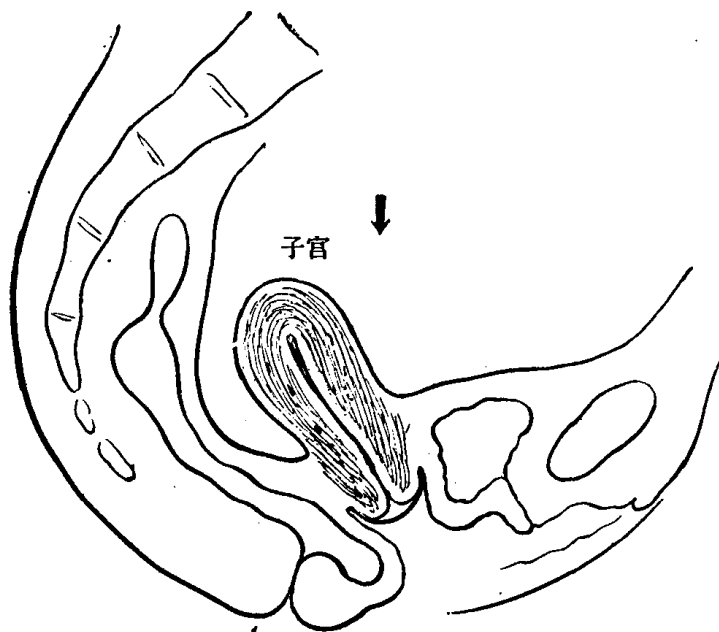


图3 子宫倾斜机制异常：子宫体向后移位和盆底组织松弛，腹腔压力迫使子宫向骨盆出口移位。

由此可见，后位子宫是造成子宫脱垂的一个先决条件。如果支持子宫的其他组织一旦受损，则子宫脱垂就可出现。

后倾的子宫几直立于盆腔，腹腔压力直接加于子宫底，迫使子宫逐渐下降，甚至可使子宫

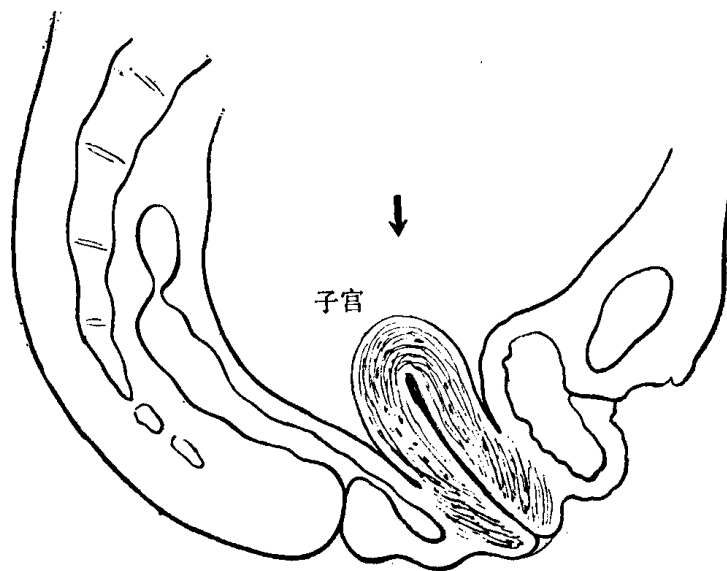


图4 腹腔压力不断地将盆内结构向外推移。

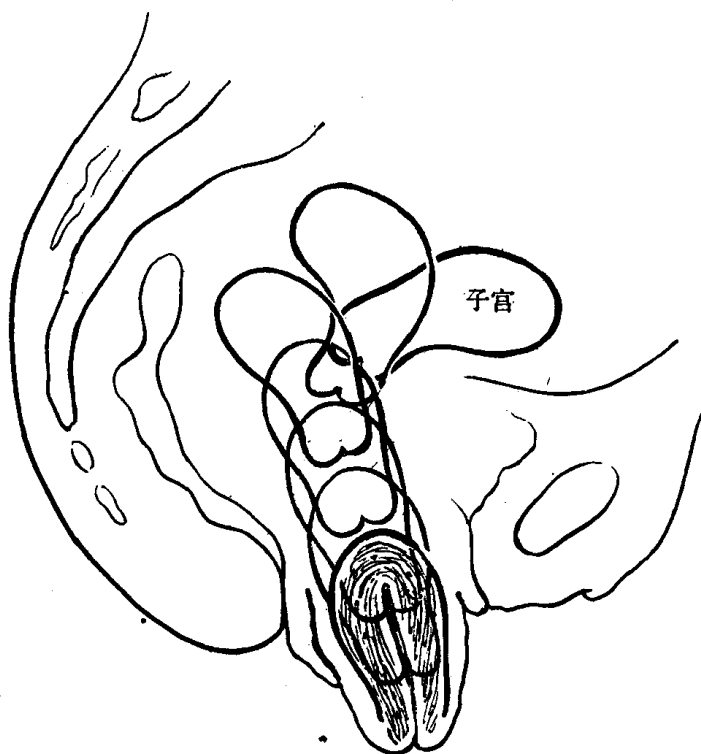


图5 腹腔压力直接加于子宫底，迫使子宫逐渐下降，使子宫完全脱出盆腔。

完全脱出于盆腔外。

子宫与阴道的关系 子宫颈部插入阴道前壁顶端，完成了组织上的连续。子宫与子宫颈关系极为密切，子宫体向上、向前，子宫颈向前、向下，子宫呈前倾前屈位。一般子宫体与子宫颈之间呈120度左右钝角。阴道前壁上部与膀胱相邻，下部与尿道相邻。阴道后壁上部与子宫直肠窝相邻；中部与直肠相邻；下部与会阴相邻。子宫与阴道前、后壁解剖关系不同，所以它们所受的影响亦不同。子宫可因周围压力改变，而向前后左右上下移动。在子宫支持

组织发生病理变化时，子宫位置受到影响而改变。阴道亦可因其支持组织发生病变，相邻脏器向阴道膨出，正常阴道前壁短、后壁长，弯曲呈S形。这种阴道纵轴的弯曲度，从力学观点上看，对维持子宫于正常位置有一定意义。此外，这种弯曲度，对于尿失禁的病因与治疗均属重要；如阴道前壁过直，可造成一定程度的尿失禁。

骨盆结缔组织

骨盆结缔组织包含韧带和筋膜，有一定悬吊与支持生殖器的作用。血管神经亦由此通过。

韧带 为子宫阴道悬吊装置，位于盆膈膜上。

圆韧带为子宫壁平滑肌的一部分延展而形成，为一扁平索条。附于子宫体两前侧角，在输卵管前下方向侧延长，走向骨盆侧壁，通过腹股沟管而止于大阴唇内侧。圆韧带在牵引子宫向前，保持前倾位置上起一定作用。其主要功能，是当膀胱膨胀或妊娠引起子宫生理性向后移位时，能牵引子宫向前方以恢复其正常解剖位置。一旦子宫恢复其正常前倾位后，腹腔压力作用于子宫后壁使子宫经常维持于前倾。在繁重工作或使用力时，腹内压力增加，使前倾的子宫轻度暂时性下降；若子宫支持力量正常，子宫就会迅速地恢复原有水平。但是，当先天性子宫后倒或生理性子宫后移，圆韧带软弱无力时，腹内压力即作用于阴道前穹窿处，时间过久，则可将子宫压入阴道，就象一个活塞被压入一个圆筒一样。若子宫的支持组织完好坚强，虽有这种不利的机械性后移位，子宫仍可恢复正常水平位置而不下降。

骶骨韧带 骶骨韧带是盆内筋膜的一部分，位于腹膜下，从子宫内口水平后方向后伸展，绕过直肠两侧伸向骶骨。它使子宫颈保持向后向上位置，使子宫与子宫颈之间呈一屈曲角度。同时因其从阴道外侧壁的上部向外伸展，维持了阴道后壁的位置，阻止子宫受腹内压力影响而下降。先天性韧带过长或由于妊娠关系失去张力，宫颈就向前向下移位，这样就可使子宫向后移位，直至子宫轴与阴道轴相一致，腹内压力直接作用于子宫底而将子宫压入阴道内。

主韧带 主韧带是盆内筋膜一部分，由疏松结缔组织与少许平滑肌组成，内有血管神经

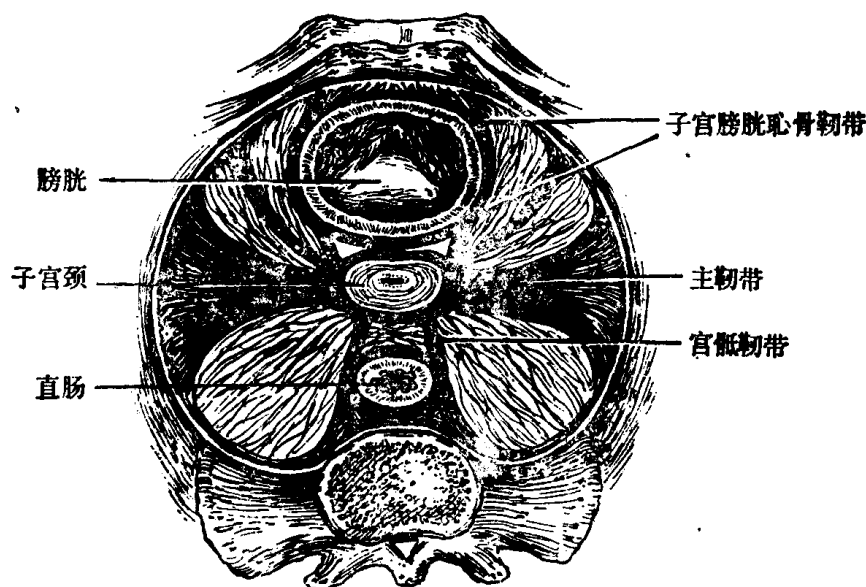


图6. 支持子宫和阴道的韧带。

和淋巴管。这两条强有力的韧带，位于阔韧带底部。它从子宫颈腹内段两侧扇面样伸向盆侧而附着于盆壁。主要作用是支持子宫颈不使下降，在维持子宫正常水平位置和支持阴道侧壁起着极其重要作用。在一些先天性韧带薄弱的子宫脱垂患者中，可以看到这对韧带很薄，因此，这些脱垂病例与分娩和繁重劳动无关。然而更多病例其韧带的松弛是由于分娩所致。另外，妊娠内分泌可使韧带软化，妊娠子宫的重量，繁重体力劳动，慢性咳嗽，习惯性便秘等，均能引起腹腔压力增加，可使主韧带受到牵引与伸展而松弛，使子宫坠入一个永久性较低位置。因此，在手术治疗子宫脱垂时，应缩短主韧带并将其悬吊于子宫颈上，这对于恢复生理位置是一个重要步骤。

盆器筋膜 位于腹膜与筋膜之间的疏松结缔组织，濡缩后覆盖于各脏器上，形成盆器筋膜。另一部分濡缩而形成韧带。盆腔脏器各有其自己的筋膜包裹，各盆脏之间亦有筋膜相连。而所有盆器筋膜均与盆筋膜相连。兹将与子宫脱垂有关的盆器筋膜简述如下：

耻骨膀胱宫颈筋膜 此筋膜位于阴道前壁与膀胱之间，起于耻骨联合上，向膀胱下面伸展，到达宫颈而附着于子宫颈前面。这个筋膜从膀胱底部给膀胱以支持。尿道膀胱膨出主要机转，为耻骨膀胱宫颈筋膜机能不全所致。膀胱膨出主要是产伤造成。在分娩过程中，当宫颈扩张子宫下段延长和胎头下降时，均可使附着于子宫颈前方的耻骨膀胱宫颈筋膜前端受到压迫和过度伸展，甚至断裂；这种情况在第二产程与手术产更易发生。若产褥期未能如期恢复，则在子宫颈前造成一空隙，使附着于此处的阴道前壁失去支持力量，逐渐由子宫颈脱离而形成前壁脱垂，即膀胱膨出。

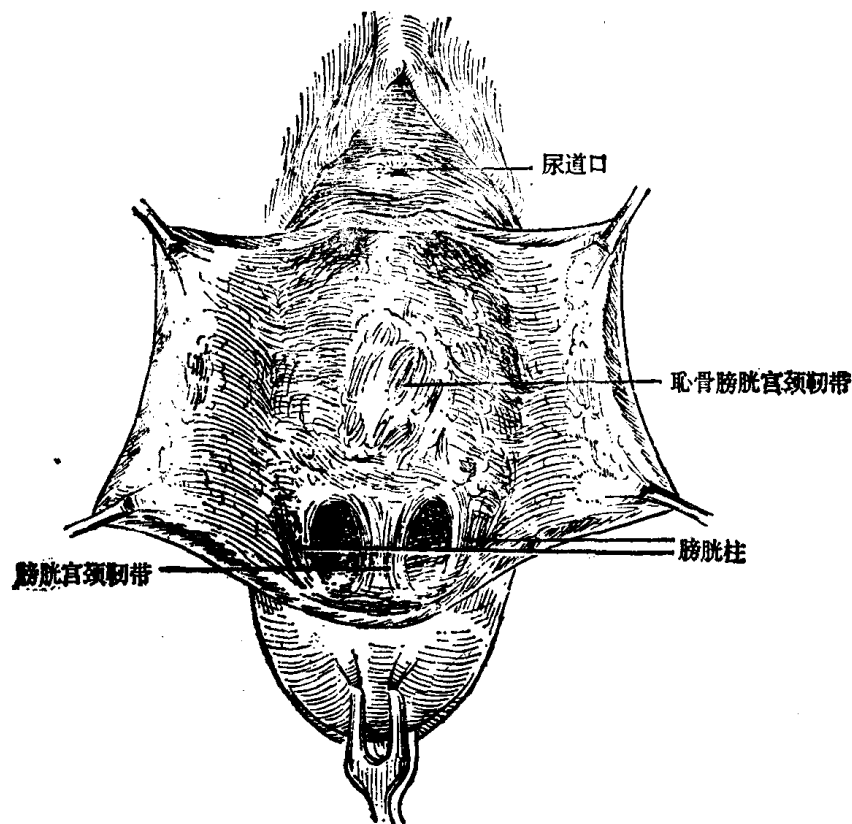


图7 膀胱宫颈筋膜和膀胱柱。

膀胱宫颈筋膜(韧带)与膀胱柱 韧带与筋膜在结构与功能上基本一致。此筋膜为耻骨膀胱宫颈筋膜的一部分。将宫颈用宫颈钳挟出阴道,打开阴道膀胱间隙,在子宫颈前面可看见三条濡缩组织由膀胱筋膜到宫颈前面。两旁称为膀胱柱,中央一条称为膀胱宫颈筋膜(韧带),它将膀胱连系于宫颈上,对膀胱起着重要支持作用,阻止膀胱过度膨出。

尿道后韧带 在阴道前壁下半部相当于尿道内口处,膀胱筋膜和阴道筋膜互相吻合,吻合的筋膜在尿道后面向下伸展,近尿道外口平面形成的韧带,称为尿道后韧带。此韧带向两侧伸展与耻骨枝相连,形成平滑肌构成的尿道支持组织。在张力完好时,尿道与膀胱颈部均受到支持。因此,在分离阴道与尿道时,必须小心,最好用锐性分离,否则易损伤尿道。同时利用这个尿道后韧带修补尿道膨出。尿道膀胱膨出主要原因,为尿生殖裂隙扩大,耻骨膀胱宫颈筋膜的裂伤和泌尿生殖膈的损伤,使尿道和膀胱失去支持力所致。

阴道筋膜 阴道有它自己的筋膜,正常的阴道筋膜发育很好,并含有平滑肌组织。正常未产妇阴道为一坚强筋膜鞘所覆盖,形成半坚实结构以支持其正常位置。阴道前方筋膜较为坚强,后面筋膜比较薄弱。当分娩时筋膜可被伸展撕破,阴道壁松弛,张力消失,则形成膀胱或直肠膨出。

阴道后壁上方接近于子宫直肠窝处,组织薄弱。有的妇女此窝有先天性深长,腹膜囊可深入到阴道直肠间隙内,而易形成肠膨出。从此窝水平以下,阴道与直肠紧贴。此区域菲薄时,为肠膨出的因素。从阴道后壁中段开始,阴道与直肠之间有一薄层筋膜,称为直肠阴道膈。后阴道壁的下1/4直肠与阴道分离,最后被会阴体分开。

子宫筋膜 此筋膜起于盆筋膜,在子宫颈周围,最为坚强,上行至子宫体变薄而不易辨认。

直肠筋膜 直肠与阴道之间,各有一层筋膜包裹,对直肠起一定的支持作用。直肠膨出

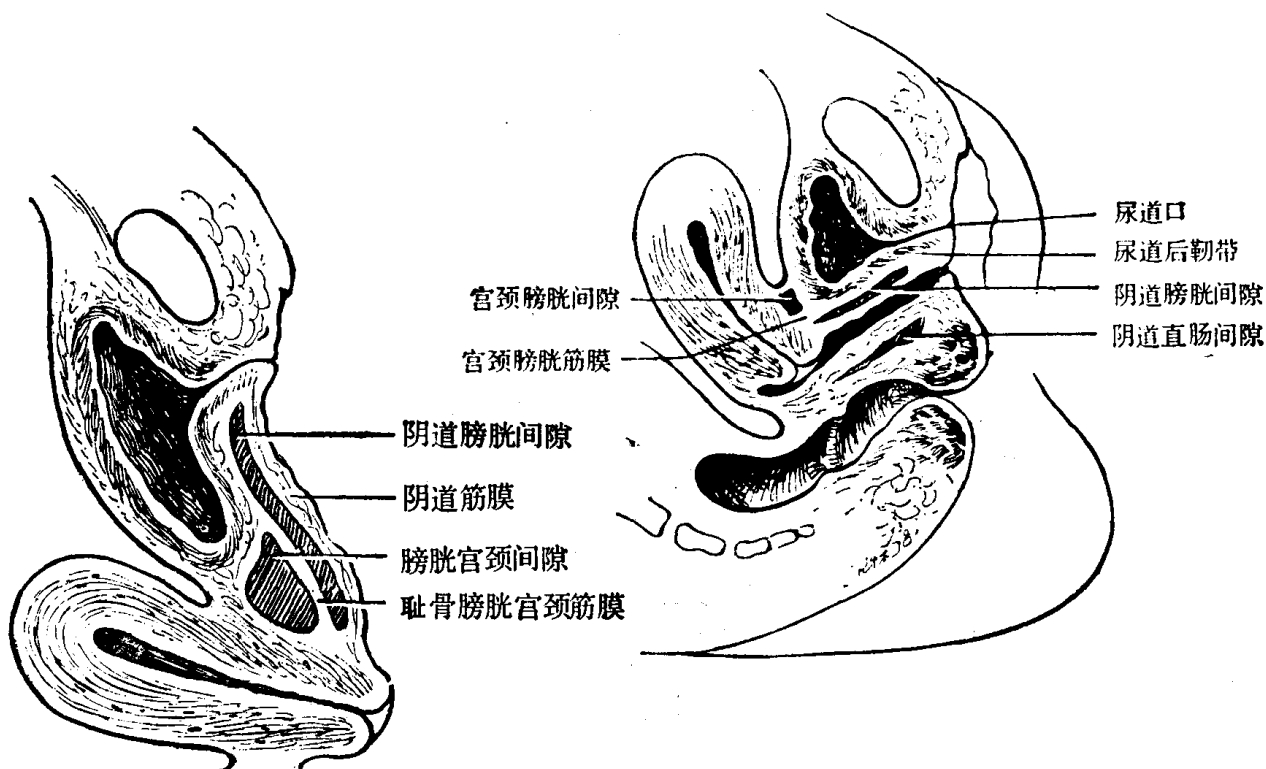


图8 盆器间的间隙。

图9 盆器间的间隙和筋膜。

为阴道后壁脱出；同时也有直肠前壁和部分肠管同时膨出。直肠膨出一定要在直肠壁与阴道壁紧密粘连时方能形成。直肠前筋膜较薄弱，补修直肠膨出时可利用该组织。

盆器间的间隙

阴道膀胱间隙 阴道前壁1/2处距离尿道口约4厘米，阴道筋膜与膀胱筋膜之间有一裂隙，称为膀胱阴道间隙。在阴道前壁1/2至尿道外口为尿道后韧带。在施行尿道膨出与膀胱出手术时，必须打开这个间隙与韧带，以便修补膨出的尿道与膀胱。

膀胱宫颈间隙 在膀胱筋膜与宫颈筋膜之间，有一个明显的疏松的无血管区域，为膀胱宫颈间隙。在此间隙上部膀胱筋膜与子宫颈前壁相连，形成一个韧带样组织，称为膀胱宫颈韧带。当切开此韧带，即可达膀胱宫颈间隙。在行阴道式扎管或膀胱膨出修补时，均需打开此间隙。

阴道直肠间隙 阴道筋膜与直肠筋膜之间有一个间隙，称为阴道直肠间隙。在修补会阴裂伤与直肠膨出时，必须打开这个间隙。

阴道前壁的横沟

膀胱沟 位于前阴道壁近宫颈位置有一条横沟，称为膀胱沟，在阴道段子宫颈和膀胱交界处，也是膀胱附着于宫颈的地方。当膀胱修补、子宫脱垂、阴道式子宫全切、阴道式扎管等手术时，为切开前阴道壁的一个重要标记。

阴道横沟 在阴道前壁的下1/2相当于尿道内口处，膀胱筋膜与阴道筋膜相吻合，沿吻合线有一凹陷，称为阴道横沟，这个沟的下面就是尿道后韧带。

尿道下沟 在距尿道口约0.6厘米处有一横沟，称为尿道下沟，相当于泌尿生殖膈部位。修补尿道膨出时，从此处切口。

盆 膈 膜

会阴部状似菱形，联接两坐骨节将会阴分前后两个三角；前方为尿生殖三角；后方为肛门三角。为方便起见，由外向里逐层叙述：盆底最外部前方为外生殖器，后方为会阴与肛门。切开皮肤后进入皮下组织，然后为尿生殖膈，再进为盆膈膜，最后为腹膜。

尿生殖三角，切开皮肤后下面即是浅筋膜：浅筋膜分为两层，浅层是脂肪层，其前界上行越过耻骨联合而与腹前壁脂肪层相连，后界与肛门脂肪相连。浅筋膜深层为筋膜层，前界上行越过耻骨联合与腹前壁筋膜相连，后界在连接坐骨结节横线处向后向上翻转，与深会阴膜（尿生殖下筋膜）后缘相连。

会阴浅袋 会阴浅袋为一个前方开口的口袋，由两层筋膜挟三对浅肌肉组成。这些肌肉

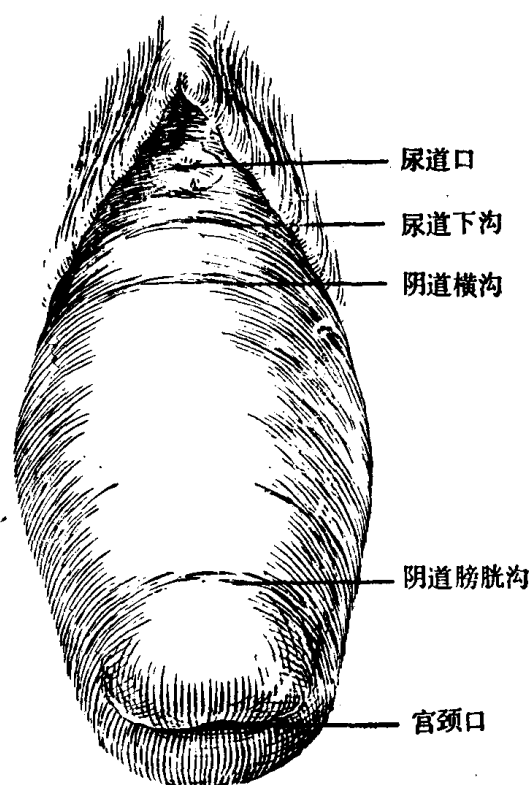


图10 阴道前壁几条横沟。