

子宫脱垂 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/303/2021_2022__E5_AD_90_E5_AE_AB_E8_84_B1_E5_c22_303883.htm 名称子宫脱垂所属
科室妇产科病因 分娩造成宫颈、宫颈主韧带与子宫骶韧带的损伤及分娩后支持组织未能恢复正常为主要原因。据济南市2504例子宫脱垂患者中，1~3产发生者占58.21%。此外，产褥期产妇多喜仰卧，且易并发慢性尿潴留，子宫易成后位，子宫轴与**轴方向一致，遇腹压增加时，子宫即沿**方向下降而发生脱垂。产后习惯蹲式劳动（如洗尿布、洗菜等），都可使腹压增加，促使子宫脱垂。未产妇发生子宫脱垂者，系因生殖器官支持组织发育不良所致。临床表现 子宫脱垂为子宫沿向下移位，根据脱垂的程度可分为3度： 度：子宫体下降，宫颈口位于坐骨棘和口之间，检查时，宫颈口在距阴道口4cm以内。 度：指子宫颈已脱出阴道口之外，而子宫体或部分子宫体仍在内。但因包括范围过大，轻者仅宫颈脱出口外，重者可因宫颈延长，以致延长的宫颈及壁全部脱出阴道口外。 度子宫脱垂又分轻、重两型。轻 度子宫颈及部分前壁翻脱出阴道口外。重 度宫颈与部分宫体以及前壁大部或全部均翻脱出阴道口外。 度：指整个子宫体与宫颈以及全部前壁及部分后壁均翻脱出阴道口外。诊断 主要根据体征。此外，还应做一定的检查。嘱患者不解小便，取膀胱截石术位。检查时先让病人咳嗽或进气以增加腹压，观察有无尿液自尿道口溢出，以判明是否有张力性尿失禁，然后排空膀胱，进行妇科检查。首先注重在不用力情况下，壁脱垂及子宫脱垂的情况。并注重外阴情况及会阴破裂程度。窥器观察壁及宫颈有无溃烂，有无子宫直肠窝疝。内诊时应

注重两侧肛提肌情况，确定肛提肌裂隙宽度，宫颈位置，然后明确子宫大小，在盆腔中的位置及附件有无炎症或肿瘤。

鉴别诊断 一、粘膜下肌瘤 在脱出物上找不到宫口，前后壁不脱出，手插入内可触到子宫颈。 二、子宫颈延长症 多为未产妇。前后壁不脱出，前后穹窿部很高，子宫体仍在盆腔之内，仅子宫颈极度延长如柱状，突出于口外。 三、慢性子宫内翻症 在肿块上找不到子宫口，但可找到两侧输卵管入口的凹陷，表面为红色粘膜，易出血，三合诊腹腔内空虚，触不到子宫体。 四、壁囊肿或肌瘤 常可误诊为膀胱膨出或子宫脱垂，经检查子宫仍在正常位置或被肿块挤向上方，而肿物与宫颈无关。

治疗 已发生子宫脱垂的病人宜采用中西医结合，及治疗、营养、休息相结合的综合措施。在治疗方法上可分：使用子宫托，内服中药，针灸，熏洗等非手术疗法及手术修补。因手术后对再次分娩有一定影响，故手术仅适用于严重病例及不再生育的妇女。

一、子宫托疗法（一）子宫托及其作用：子宫托很早就被用来治疗子宫脱垂。经各省市在防治子宫脱垂工作中不断加以改进，已收到较好效果。此法简便易行，能使患者自行把握，很受广大农村病人的欢迎，可用于各度子宫脱垂。子宫托种类繁多，目前常用的子宫托为塑料制蘑菇式。按托盘大小分为大、中、小3号（直径或横径分别为6、5、4cm）。托盘又分为圆形与椭圆形两种。使用最多的为中号。托柄长约5cm，向前弯曲以适合弯曲度。子宫托治疗在于利用肛提肌的耻骨尾骨肌束将子宫托盘支撑于穹窿部，阻止子宫颈下降，维持子宫颈在坐骨肌水平，托柄平口。轻症者，无须另加其他支持物，若过于松弛，则须用月经带支持托柄，或在托柄上端穿带或塑料绳，前后固定于腰带

上，以免掉出。（二）托号选择：以稍大于生殖（耻骨尾骨肌）裂隙为宜，一般裂隙横径以4厘米最多，故多采用中号子宫托。经过一段时间，耻骨尾骨肌逐渐恢复其弹力，脱出部复位后组织水肿消失，重量减轻，子宫即可不再脱出。（三）使用时间：一般晨起劳动前放托，晚间取出，洗净。月经期最好不用。塑料托表面光滑，遇酸碱不易变质，对组织刺激性小。上托后，症状即消失，可参加各项劳动而无痛苦。如能配合针灸、中药治疗，效果更好。重症子宫脱垂过度松弛者不宜用托。（四）放托方法：先将手洗净，病人半卧于床上或蹲在地上，两腿分开，一手握托柄，将托柄靠近会阴处，使托盘取水平位进入。如为椭圆形托，须使托盘的窄端先进入口内，逐渐将托柄向上旋转，使托盘全部进入内，再转动托柄使其弯度向前。（五）取托：睡前用手指捏住托柄，边向外拉边向一侧压抵，托盘即自滑出。可用温水洗净托，拭干后，包好以便再用。（六）应用子宫托的注重事项：1.必须教会病人自己放托和取托，并嘱病人每晚取出清洗。老年人无性生活者也宜每隔2~3天取出，清洗后，再放入，以免放置过久，发炎；如以托柄、托盘磨擦，可使壁发生溃疡，形成疤痕环，而使子宫托嵌顿，甚至发生托盘压迫性坏死，穿通膀胱或直肠形成尿瘘，粪瘘。2.初上托者在大便时，须用手扶托柄，以免掉出，或先取托，大便后再上托。用托久，子宫逐渐上升后，大便时即不致掉出。3.上托后1、3、6个月各复查一次。因上托后，子宫颈、壁水肿及角化消失，脱垂程度减轻时宜及时更换较小号的托，以免每次按放取出困难或引起托盘嵌顿而不能取出。（七）子宫托的并发症及其处理：最常见者为子宫托嵌顿。老年人上皮萎缩、脆

弱，不耐磨擦，且老年人无性生活，虽嘱其要经常取出清洗，但病人自觉用托后无不适，常不执行，经一至数月时间，受托盘摩擦，脱皮、溃烂，而后又愈合成一狭窄环，使托嵌顿。日久发生压迫性坏死，托盘自进入膀胱内，形成尿瘘，或向后压迫直肠，引起坏死，托盘进入直肠形成直肠瘘。如发现子宫托嵌顿，应及时行手术，切开疤痕环，将托取出。如已发生尿瘘或粪瘘，应先取托，待局部炎症完全控制后，再行修补术。如托盘已嵌入膀胱内，须经腹或由腹膜外切开膀胱取托，如局部无炎症者，可同时进行瘘孔修补；如局部有炎症时，则待炎症治愈后再修补。托盘穿入直肠者，则可用手指探入钩取，一般无困难。

二、手术治疗须根据子宫脱垂的发病机理及解剖方面的变化，在选择手术术式时应考虑以下情况：（一）脱垂的部位及程度。（二）子宫的位置及大小、宫颈有无肥大或延长及其程度。（三）肛提肌裂隙的宽度及弹性。（四）患者的年龄和身体一般情况。年老体弱者难经受复杂手术。（五）是否需要保留生育功能。如已有小孩而在生育期年龄者，应考虑绝育问题。（六）是否需要保留性生活功能。（七）有无并发张力性尿失禁。手术方式虽很多，主要可归纳为下列几种：（一）缩短松弛的主韧带，以改进子宫的支持力量。（二）纠正子宫形态异常。如子宫颈已延长肥大者，必须切除部分子宫颈，以恢复宫颈正常长度。（三）缩短耻骨膀胱宫颈筋膜，加强前壁的支持力。（四）缝合耻骨尾骨肌裂隙，重新建立功能良好的会阴体。常用术式为前后壁修补，会阴修补及部分子宫颈切除术，操作较简单，效果较好，适用于大多数子宫脱垂者。其次为经子宫切除，前后壁修补及会阴修补术。预防及预后 多年来，

妇幼卫生工作迅速开展，各地建立了五期保健、产假等妇女劳动保护制度，大力提倡计划生育，子宫脱垂已很少发现，今后仍应继续加强预防措施，更进一步减少该病的发生。

- 一、积极开展科学接生 不断提高接生员技术水平，及时缝合会阴及***裂伤，正确处理难产。
- 二、大力宣传产褥期摄生 推广产后运动，在产后3个月内要非凡注重充分休息，不作久蹲、担、提等重体力劳动。注重大小便通畅，及时治疗慢性气管炎、腹泻等增加腹压的疾病。哺乳期不应超过2年，以免子宫及其支持组织萎缩。
- 三、作好妇女劳动保护工作 根据妇女生理特点、体质、年龄及农时季节、农活、工种等具体情况，合理安排和使用妇女劳动力。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com