

## · 病例报告 ·

## 超声引导下宫腔镜治疗阴道斜隔综合征 1 例

方秀丽 沈 进\* 王雪恋

(厦门大学附属中山医院妇产科, 厦门 361004)

中图分类号: R713.3

文献标识: D

文章编号: 1009-6604(2012)10-0953-02

阴道斜隔是一种非对称的女性生殖道畸形, 是一种较少见的阴道发育异常, 也被称为阴道斜隔综合征 (oblique vaginal septum syndrome, OVSS), 其临床特征为: 多有双子宫、双宫颈, 隔膜起于两宫颈之间, 斜行附着于一侧阴道壁, 阻挡该侧宫颈的通路, 而且无一例外地伴有同侧肾脏畸形、缺如或无功能<sup>[1]</sup>。阴道斜隔综合征的传统治疗方法是经阴道斜隔切开引流。我院 2012 年 2 月通过超声引导下行宫腔镜下阴道斜隔切开治疗 1 例, 取得良好效果, 现报道如下。

## 1 临床资料

患者女, 16 岁, 未婚, 于 2012 年 2 月 20 日因“经量少 2 年, 经期腹痛 1 年”入院。患者于 2 年前月经初潮, 月经周期 30~37 天, 经期 7 天, 量少, 1 年前开始出现偶有经期下腹痛, 月经第 1、2 天疼痛明显, 进行性加剧。1 个月前外院检查 B 超提示: “纵隔子宫可能, 阴道与宫颈下段之间见液性暗区, 考虑积液, 右肾窝未探及明显肾脏回声, 左肾、膀胱未见明显异常, 双卵巢未见明显异常。”17 天前我院 B 超提示: “子宫发育异常, 考虑双子宫, 阴道积液”。门诊拟“阴道斜隔综合征?”收入院。既往体健, 无手术史。

入院查体: 一般情况好, 心、肺、腹部查体无异常发现, 外阴发育正常, 处女膜完整; 肛查: 盆腔可触及 2 个子宫, 均略小, 无压痛, 阴道饱满感, 附件区未扪及包块。入院诊断: 阴道斜隔综合征。

于 2 月 22 日在静脉麻醉下行 B 超引导下宫腔镜检查, 术中见: 阴道通畅, 阴道内见少量经血, 阴道右侧壁上段明显膨出, 未见裂孔, 左侧宫颈可见, 略小。B 超提示: 双子宫, 阴道积液位于右侧阴道

内。在 B 超引导下单极电凝切开右侧阴道壁膨出处, 可见陈旧性血液流出, 量约 200 ml, 继续电切阴道斜隔组织, 清理阴道积血后暴露右侧宫颈, 右侧宫颈略小, 充分冲洗阴道, 手术顺利, 术中出血极少, 术毕检查处女膜无损伤。术后诊断: 阴道斜隔综合征 I 型。术后 33 天月经来潮, 痛经缓解, 经量较前增多。

## 2 讨论

阴道斜隔伴有同侧泌尿系统发育异常, 在胚胎发育过程中, 中肾管和副中肾管均起源于泌尿生殖嵴, 副中肾管发育依赖于中肾管发育。阴道斜隔的发病机制可能是副中肾管向下延伸未到泌尿生殖窦形成一盲端。因此, 任何因素妨碍了中肾管发育则同侧副中肾管亦受影响, 从而形成一系列肾脏、输尿管和子宫、阴道的畸形。1985 年, 卞美路等对阴道斜隔作了临床分型, 分为 3 型: I 型无孔斜隔, 斜行的阴道隔完全闭锁, 隔后的子宫与外界及对侧的子宫完全隔离, 宫腔积血聚集在隔后腔; II 型有孔斜隔, 斜行的阴道隔上有一小孔, 经血经小孔流出, 引流不畅, 隔后子宫与对侧隔绝; III 型无孔斜隔合并宫颈瘘管, 隔上无孔, 但在两侧宫颈间或隔后腔与对侧宫颈间有小瘘管, 有隔侧子宫的经血可通过另一侧子宫流出, 引流不畅。本例发病早, 术中发现阴道斜隔无孔, 所以考虑诊断为 I 型。

阴道斜隔多数是青少年发病, 主要临床表现有痛经、经期延长或阴道流液、流脓、阴道壁肿物、性交困难。本例主要表现是痛经。初潮起就表现为月经量少, 原因是阴道完全的斜隔阻碍同侧子宫内经血排出, 在阴道内形成积血, 逐渐增多, 经血引流不畅导致痛经, 且逐渐加剧, 双子宫可能发育欠佳, 单侧

(下转第 958 页)

\* 通讯作者, E-mail: shenjin888888@sina.com