

# 盆底重建术治疗盆腔器官脱垂疗效 及对患者生活质量的改善效果

张英忠, 何卫宁

长安医院妇产科, 陕西 西安 710018

**摘要:** **目的** 探讨盆腔器官脱垂(POP)患者采用 Prolift 全盆底重建术治疗疗效,并观察其对患者生活质量的改善效果。**方法** 回顾性分析长安医院 2011 年 6 月至 2013 年 6 月收治的 160 例 POP 患者临床病历资料,按照随机抽签法分为对照组(传统阴式子宫切除联合阴道前后壁修补术)与观察组(Prolift 全盆底重建术),各 80 例。观察两组手术时间、术中出血量及导尿管保留时间、住院时间;随访 2 年,统计两组术后复发人数,并采用盆底功能影响问卷简表(PFIQ-7)、盆底不适调查表简表(PFDI-20)及 POP-尿失禁性生活问卷(PISQ)评价患者临床疗效及其对生活质量的改善效果。**结果** 观察组手术时间、术中出血量及导尿管保留时间、住院时间均少于对照组( $P$  均  $<0.01$ );随访期间无失访者,观察组 2 年复发率为 0 明显低于对照组 17.5% ( $\chi^2 = 15.34, P < 0.01$ )。两组患者术后 2 年 PFIQ、PFDI 评分较治疗显著下降,且观察组优于对照组( $P$  均  $<0.01$ )。观察组术前性生活者 15 例,术前 PISQ 评分( $66.1 \pm 7.9$ )分与术后 2 年( $65.8 \pm 7.6$ )分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。对照组术前性生活者 14 例,术后 12 例因手术原因而拒绝性生活。**结论** 应用 Prolift 全盆底重建术疗效显著且改善患者生活质量。

**关键词:** 全盆底重建术; 盆腔器官脱垂; 生活质量

**中图分类号:** R 711.2 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)05-0656-03

盆腔器官脱垂(pelvic organ prolapse, POP)是一种常见且复杂的疾病,其严重影响妇女人群生活质量<sup>[1]</sup>。目前尚未清楚 POP 发病机理,相关研究提示该病与分娩、药物、肥胖及神经损伤等有关;POP 所致临床症状复杂多样,可引起泌尿道症状,如尿频、尿潴留等;同时患者还可能出现性交痛等而影响其他系统功能。该病虽不会威胁患者生命安全,但影响其身体健康而致生活质量下降,还会造成工作、社交等障碍,严重影响其身心健康。病情轻者可实施非手术治疗,重度者需采用手术治疗。传统手术未能提高患者抗腹压强度,而主要是利用其自身组织来反复加固,因此可能会致其他部位发生缺陷而再次发生脱垂。随着临床医学技术的快速发展,盆底修补及重建术得到快速发展,POP 术不仅恢复其解剖结构,同时还能够恢复其功能且减少创伤。Prolift 全盆底重建术是一种利用植入聚丙烯网片和吊带重建盆底支撑力的微创手术,一般能够保留子宫。本研究探讨全盆底重建术治疗重度 POP 临床疗效报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

回顾性分析我院 2011 年 6 月至

2013 年 6 月收治的 160 例 III ~ IV 期 POP 患者临床病历资料,按照随机抽签法分为对照组(传统阴式子宫切除联合阴道前后壁修补术)与观察组(全盆底重建术),各 80 例。对照组年龄 36 ~ 75 ( $60.2 \pm 4.8$ )岁;绝经者 72 例,绝经时间 1.2 ~ 32 ( $12.2 \pm 6.3$ )年;脱垂时间 0.7 ~ 9.7 ( $2.9 \pm 1.6$ )年;POP-Q 分期: III 期 60 例、IV 期 20 例。观察组年龄 38 ~ 76 ( $60.4 \pm 5.1$ )岁;绝经者 70 例,绝经时间 1.1 ~ 31 ( $12.5 \pm 6.1$ )年;脱垂时间 0.5 ~ 9.5 ( $3.0 \pm 1.4$ )年;POP-Q 分期: III 期 62 例、IV 期 18 例。比较两组年龄、脱垂时间及 POP-Q 分期等资料,差异无统计学意义( $P$  均  $> 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 方法** 术前均常规行妇科及阴道镜等检查以排除宫颈病变;并行 B 超检查以排除其他妇科疾病。绝经者给予倍美力( $0.625$  mg/片), $0.625$  mg/d,连续服用 2 周;子宫脱垂致阴道组织破溃者,给予倍美力局部涂抹 2 周。对照组行传统阴式子宫切除联合阴道前后壁修补术:全身麻醉,取膀胱截石位,常规消毒、导尿并行肠道准备,并采用钳夹宫颈,钝性分离阴道膀胱间隙和宫颈膀胱间隙,切开阴道直肠间隙到子宫直肠陷凹腹膜反折处,离断子宫两侧主韧带,结扎子宫动脉,钳夹输卵管、卵巢固有韧带及圆韧带并离断,残端均采用 7 号丝线双层缝扎;将其子宫颈推进阴道内,并将患者子宫体从其膀胱子宫腹膜切口处翻

出。荷包缝合膀胱底部,连续缝合阴道断端。钝性分离阴道后壁,缝合两侧肛提肌,缩紧直肠壁,连续锁套缝合会阴体及阴道后壁,缝合后阴道以能通过 2~3 指为宜;术后留置导尿管,阴道内放置碘伏纱条。术后给予抗炎治疗。观察组:手术材料为聚丙烯网片,全身麻醉,于患者阴道前后注射 1:2 000 肾上腺素盐水,并于膀胱宫颈附着远端 1.0 cm 处纵行切开阴道壁至尿道下横沟。向两侧分离其阴道膀胱间隙至两侧坐骨棘水平;然后再选取双侧前中翼穿刺点。分离阴道直肠间隙,且向侧方直至坐骨棘韧带。后翼穿刺点为肛门旁开 3.0 cm 向下 3.0 cm 处,紧接着由 6 个穿刺点从外向内进行穿刺,避光导入导管和导线;从而导线进行拉出网片翼,调整网片的松紧度与长度,给予丝线进行固定。

1.3 观察指标 两组手术时间、术中出血量及导尿管保留时间、住院时间;随访 2 年,统计两组术后复发人数,并采用盆底功能影响问卷简表(PFIQ-7)、盆底不适调查表简表(PFDI-20)及 POP-尿失禁性生活问卷(PISQ)评价患者临床疗效及对其生活质量的影响,分值越大,生活质量越低<sup>[2]</sup>。

1.4 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件分析处理数据。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用独立样本 *t* 检验,组内比较采用配对 *t* 检验;计数资料采用  $\chi^2$  检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 手术情况 观察组手术时间、术中出血量及导尿管保留时间、住院时间均少于对照组(*P* 均 < 0.01)。见表 1。

2.2 复发及 PFIQ、PFDI 评分情况 随访期间无失访者,观察组 2 年复发率为 0,明显低于对照组的 17.5% ( $\chi^2 = 15.34, P = 0.00$ )。两组患者术后 2 年 PFIQ、PFDI 评分较治疗显著下降,且观察组优于对照组(*P* 均 < 0.01)。见表 2。

2.3 PISQ 评分 观察组术前性生活者 15 例,术前 PISQ 评分(66.1 ± 7.9)分与术后 2 年(65.8 ± 7.6)分比较,差异无统计学意义(*t* = 0.24, *P* = 0.81)。对照组术前性生活者 14 例,术后 12 例因手术原因而拒绝

表 1 两组患者手术情况比较 (*n* = 80,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	导尿管保留 时间(d)	住院时间 (d)
对照组	126.9 ± 22.3	248.9 ± 57.4	6.1 ± 0.8	8.9 ± 2.3
观察组	107.8 ± 25.6	189.7 ± 68.7	4.1 ± 0.9	6.7 ± 1.6
<i>t</i> 值	5.03	5.91	14.86	7.02
<i>P</i> 值	0.00	0.00	0.00	0.00

表 2 两组患者术前、术后 PFIQ、PFDI 评分情况比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	PFIQ	PFDI
对照组	80		
术前		81.1 ± 19.6	77.9 ± 20.3
术后		19.7 ± 6.9	14.5 ± 6.3
观察组	80		
术前		80.9 ± 20.1	78.2 ± 19.8
术后		3.4 ± 2.1	4.1 ± 3.2
<i>t</i> <sub>1</sub> , <i>P</i> 值		26.43, 0.00	26.68, 0.00
<i>t</i> <sub>2</sub> , <i>P</i> 值		34.30, 0.00	33.04, 0.00
<i>t</i> <sub>3</sub> , <i>P</i> 值		0.06, 0.95	0.09, 0.92
<i>t</i> <sub>4</sub> , <i>P</i> 值		20.21, 0.00	13.16, 0.00

注:1 为对照组术前、后比较;2 为观察组术前、后比较;3 为两组术前比较;4 为两组术后比较。

性生活。

## 3 讨论

盆腔位于盆腔腹膜与会阴皮肤间,女性盆腔由尿道、膀胱、阴道、子宫及直肠肛管所组成。女性盆底功能障碍性疾病主要是对一系列功能性临床问题的通称,根据人体解剖位置分为前盆腔与后盆腔;前者是临床主要发生的类型,后者表现症状常与结直肠功能相关,如大便失禁或排便功能紊乱等。目前临床治疗轻中度 POP 者一般采用保守疗法,如盆底康复或行为疗法等;而 III 期或以上 POP 者,手术是唯一治疗方法<sup>[3]</sup>。传统阴式子宫切除联合阴道前后壁修补术是中老年 POP 患者常用疗法,通过切除子宫加固筋膜,可恢复盆腔器官解剖位置,缓解尿失禁等症状,但该术主要靠丝线缝合组织加强支撑力,造成组织张力较大,术后复发率较高。随着医学技术的快速发展,医学新材料也不断涌现,且盆底全新术方式也不断增多<sup>[4]</sup>。盆底重建术不仅可恢复患者盆底正常解剖结构,同时还需恢复患者盆底功能,缓解其病情,改善其生活质量<sup>[5]</sup>。Prolift 全盆底重建术是使用聚丙烯补片为修补材料,其具有与修补部位的组织相互融合形成“骨架”特点,能加强前盆腔耻骨宫颈韧带、中盆腔盆筋膜腱弓和后盆腔骶棘韧带,达到前、中、后盆腔的重建,全面修补盆底功能的缺陷,恢复盆底正常解剖结构和功能<sup>[6-11]</sup>。修补材料在盆底重建术中必不可少,其主要目的是替代薄弱受损的盆底筋膜组织联合阴道前后壁修补术修复盆底功能<sup>[12-13]</sup>。

本研究中观察组手术时间、术中出血量及导尿管保留时间、住院时间均少于对照组,显示应用全盆底重建术可减轻损伤,促进患者康复。随访期间无失访者,观察组 2 年复发率为 0 明显低于对照组 17.5%;传统手术仅切除患者脱垂子宫、部分松弛阴道黏膜,

从而失去子宫韧带对盆腔器官的支撑作用,然其并未真正修复盆底缺陷和损伤组织,因此复发率高。而全盆底重建术可对患者前、中、后盆腔全面修复,补片及修补部位组织则会相互融合,并形成骨架,最终达到重建盆腔的目的。据相关研究发现,是否切除子宫对全盆底重建术疗效及术后复发率无明显影响<sup>[14]</sup>。两组患者术后 2 年 PFIQ、PFDI 评分较治疗显著下降,且观察组优于对照组。观察组术前性生活者 15 例,术前 PISQ 评分(66.1 ± 7.9)分与术后 2 年(65.8 ± 7.6)分比较,差异无统计学意义。对照组术前性生活者 14 例,术后 12 例因手术原因而拒绝性生活。实施全盆底重建术可显著改善其生活质量,且对性生活质量影响较小,然传统手术因切除患者部分阴道黏膜,致其阴道缩窄而致性交痛,从而严重影响性生活质量,所以致术后拒绝性生活。

综上所述,应用全盆底重建术治疗 POP 疗效显著且对生活质量无显著影响。但因研究样本及随访时间有限,因此难免影响研究结果,尚需扩大研究样本,延长随访时间,以得出更为准确的数据。

#### 参考文献

- [1] 张小龙,鲁永鲜,沈文洁,等. 重度盆腔器官脱垂复位手术同时治疗隐匿性压力性尿失禁的疗效[J]. 中华妇产科杂志,2014,49(6):432-436.
- [2] 易思捷,熊员焕. 3 种不同术式治疗重度盆腔器官脱垂的临床观察[J]. 中国妇幼保健,2015,30(16):2579-2582.
- [3] 李顺双,纪妹. 举宫杯辅助下腹腔镜骶骨阴道固定术与协和式全盆底重建术治疗盆腔器官脱垂的对比研究[J]. 实用妇产科

杂志,2015,31(5):388-391.

- [4] 何剑芬,许红雁,胡红波. 个体化盆底生物反馈电刺激治疗盆腔器官脱垂的尿动力学研究[J]. 中国妇幼保健,2015,30(10):1620-1622.
- [5] 王晓茜,朱兰,李玢,等. 子宫托治疗盆腔器官脱垂临床疗效及对患者生活质量的影响[J]. 中华医学杂志,2013,93(37):2982-2985.
- [6] 刘义彬,张琳,王振海,等. 110 例盆腔器官脱垂患者术后生活质量及疗效评价[J]. 实用妇产科杂志,2013,29(10):772-776.
- [7] 付燕燕,鲁菊英,梁新芳. 全盆底重建术与阴式子宫全切+阴道壁修补术治疗中、重度盆腔器官脱垂对比研究[J]. 实用医学杂志,2013,29(20):3346-3348.
- [8] 易思捷,熊员焕,罗蒲英. 经阴道骶棘韧带悬吊术治疗年轻女性盆腔器官脱垂的临床研究[J]. 中国妇幼保健,2015,30(22):3912-3914.
- [9] 鲁永鲜,王佳,沈文洁,等. 经阴道子宫骶骨韧带高位悬吊术治疗重度盆腔器官脱垂的长期疗效[J]. 中华妇产科杂志,2013,48(8):564-569.
- [10] 陈海英. Prolift 盆底重建术对盆腔器官脱垂患者生活质量的影响[J]. 中国临床研究,2015,28(3):334-336.
- [11] 张月,韩萍,张洁. 妊娠、分娩所致盆底功能障碍性疾病的研究现状[J]. 中国煤炭工业医学杂志,2015,18(6):1054-1059.
- [12] 池余刚,雷丽,刘禄斌,等. 全盆底重建术与传统阴式手术治疗盆腔器官脱垂的疗效及安全性评价[J]. 山东医药,2013,53(43):60-62.
- [13] 方梓羽,吴伟英. 盆底重建术和传统手术治疗盆腔器官脱垂的临床疗效比较[J]. 中国妇幼保健,2015,30(12):1957-1960.
- [14] 王素美,张震宇,刘崇东,等. 盆底重建术同时行 TVT-O 治疗盆腔器官脱垂及压力性尿失禁临床疗效评价[J]. 中华妇产科杂志,2013,48(7):494-498.

收稿日期:2016-01-23 编辑:王国品