

腹腔镜下脱垂子宫腹壁线型悬吊固定术的临床研究

黄仲禄¹, 张勇², 谢海容¹, 杨梅¹, 杨华¹, 高翔¹

1. 江油市人民医院, 四川 江油 621700; 2. 西南医科大学, 四川 泸州 646000

摘要: **目的** 探讨腹腔镜子宫腹壁线型悬吊固定术(LUAS)治疗子宫脱垂的方法和临床疗效。**方法** 选择 2015 年 3 月至 2016 年 6 月四川省江油市人民医院 26 例盆腔脏器脱垂定量分度法(POP-Q)2 级以上,中位数年龄 64 岁,同时有临床症状的患者进行 LUAS。观察手术时间、术中出血量、术后并发症发生率及子宫脱垂治愈率。比较手术前及术后 6 个月 POP-Q 值和生活质量问卷[盆腔脏器脱垂/尿失禁性功能问卷(PISQ-12)和盆底功能障碍性疾病相关问卷 20(PFDI-20)]。手术成功的定义为主观治愈,且以 POP-Q 为疗效评价的客观标准,POP-Q \geq 2 度为复发,无脱垂为治愈。**结果** 26 例均成功完成手术,术中出血量 10~150 ml,中位数 51 ml;手术时间 30~150 min,中位数 100 min。行 LUAS 后的 26 例患者均未有阴道内组织物脱出,主观治愈率 100%。术后 6 个月,POP-Q 测量值均较术前明显改善(P 均 < 0.01),达到解剖学治愈;PISQ-12、PFDI-20 评分亦较术前明显改善(P 均 < 0.01)。均无严重并发症发生。**结论** LUAS 治疗子宫脱垂具有手术创伤小、手术时间短、简单安全、疗效好等优点。

关键词: 子宫脱垂;腹腔镜;线型悬吊固定术;盆腔脏器脱垂/尿失禁性功能问卷;盆底功能障碍性疾病相关问卷 20

中图分类号: R 713 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2017)08-1084-04

盆腔脏器脱垂(pelvic organ prolapse, POP)是影响中、老年妇女生命质量的常见疾病,50~79 岁妇女 POP 发病率为 30%~41%^[1]。国外报道显示,有约 40%~50% 的妇女有不同程度的子宫脱垂,特别是多次经阴道分娩和肥胖的患者^[2-3],约 11% 的子宫脱垂患者需要手术治疗^[4]。随着我国人口的老齡化,POP 作为女性常见病、多发病,严重影响妇女的身心健康。子宫脱垂患者的子宫本身无疾患,但在手术治疗方法中,相当一部分手术患者要切除子宫。子宫切除是治疗子宫脱垂的传统方法,但切除子宫的同时支撑子宫的相应韧带被切断,盆底支持作用进一步减弱,增加了阴道穹窿膨出的发生率^[5-6],同时可能会影响性唤起和个体认知,还可能增加尿失禁、膀胱功能异常的风险^[7-8]。为提高手术效果,人工合成替代材料(网片)广泛应用于盆底重建,取得较好疗效。但植入网片的暴露、侵蚀、收缩,盆腔疼痛和性交疼痛等并发症的出现^[9-10],使这一手术的普及受到影响,且用补片进行盆底重建手术需要昂贵的费用和较为复杂的手术技术,在基层医院较难推广。本研究报道的腹腔镜子宫腹壁线型悬吊固定术(laparoscopic uterus abdominal wall suspension, LUAS),主要针对子宫脱垂女性,在不切除子宫的前提下将子宫固定于腹壁

腹直肌及鞘膜上,同时人为形成子宫表面创面,让子宫与腹壁间形成永久粘连,从而达到治疗的目的。用此种新术式成功地治疗 26 例子宫脱垂患者,随访已经超过 6 个月,部分患者随访超过 12 个月,证实了这种术式的优势和有效性。报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选择 2015 年 3 月至 2016 年 6 月四川省江油市人民医院妇科收治的 26 例子宫脱垂采用盆腔器官脱垂定量分度法(POP-Q)^[11]评价不小于 2 级,需手术治疗同时要求保留子宫的患者。年龄 48~80 岁,中位年龄 64 岁,平均分娩次数 2.69 次,POP-Q 分类法 2 级 10 例,3 级 14 例,4 级 2 例。该术式经医院的伦理委员会批准通过。26 例患者均充分知情并签署知情同意书。排除标准包括:子宫脱垂不足 2 级,宫颈脱落细胞学检查结果异常,异常的子宫出血,患者要求切除子宫,患有不能耐受麻醉的其他疾病。

1.2 研究工具 (1)观察指标:手术时间、术中失血量和手术并发症发生率及子宫脱垂治愈率。在术前及术后 1、6、12 个月用 POP-Q 分类法中指示点(前壁两点 Aa、Ba,内壁两点 Ap、Bp,顶部两点 C、D)描述器官脱垂程度,同时测量阴道总长度。(2)生活质量调查问卷:采用盆底功能障碍性疾病相关问卷-短表 20(PFDI-20)和盆腔脏器脱垂/尿失禁性功能问卷(PISQ-12)^[12]评估。PFDI-20 包括 POP 障碍问卷

表 2 26 例患者术前和术后 6 月 PFDI-20 及 PISQ-12 评分 (分, $\bar{x} \pm s$)

时间	POPDI-6	CRADI-8	UDI-6	PFDI-20	PISQ-12
术前	40.25 ± 9.36	7.25 ± 2.14	24.50 ± 6.44	77.10 ± 19.81	19.31 ± 4.49
术后 6 个月	17.50 ± 4.22	7.09 ± 1.93	17.68 ± 4.20	41.67 ± 12.69	37.50 ± 9.23
t 值	6.532	0.024	1.774	4.262	3.589
P 值	<0.01	>0.05	<0.05	<0.01	<0.01

3 讨论

子宫脱垂好发于中老年经产妇女,常见原因是分娩损伤、卵巢功能减退等,导致患者盆底支持组织薄弱、松弛,即子宫旁和阴道上方两旁的结缔组织损伤,在无分娩史的生育期(≤ 50 岁)女性中发生率约为 2%^[15],在产后妇女中发生率约为 50%^[16]。脱垂可导致形态和功能的异常,严重危害妇女身心健康,也影响女性的生活质量。我国人口众多,因多次分娩、产后未能很好恢复导致子宫脱垂的中老年患者较多。本次研究中的患者中位年龄 64 岁,平均分娩次数 2.69 次,有 2 次及以上阴道分娩者占 84.6%,也说明高龄和多次阴道分娩史可能为 POP 的高危因素。近现代外科手术逐渐趋于个体化和微创化的发展趋势,并注重患者对治疗的主观满意度评价。特别是在治疗女性盆底功能障碍性疾病方面,因手术部位特殊,手术本身是否会对患者生育和性生活产生不良影响成为手术者必须考虑的问题,早在 20 世纪初,就已经提出了治疗子宫脱垂的手术保留子宫的概念^[17]。因此,探寻一种“简单易行、安全可靠、易于推广”的治疗女性盆底功能障碍性疾病的新术式一直是广大妇科工作中的不懈追求。

LUAS 手术有别于以往的任何一种治疗 POP 的术式,它仅需要常规的腹腔镜手术器械,手术者也仅需具备腹腔镜常规手术技术,手术操作简单,易于学习和推广。本研究结果显示,行 LUAS 后的 26 例患者均未有阴道内组织物脱出,主观治愈率 100%。客观检测指标方面:反映阴道前壁(膀胱)脱垂指标 Ba 点值、反映子宫脱垂指标 C 点值、反映阴道后壁(直肠)脱垂指标 Bp 值,术后 6 个月与术前比较,差异均有统计学意义。上述 Ba、C、Bp 术后与术前测量值的对比,说明患者术后达到了解剖学治愈。

在腹腔镜下进行手术,具有创伤小、手术视野清晰,特别是能保持盆底组织的完整性及保留子宫和生育能力,并提高性生活质量^[18-19]。本研究患者生活质量问卷中,PISQ-12 量表术后 6 个月和术前比较显著上升,反映术后患者性功能改善明显。POPDI-6 量表术后 6 个月与术前比较显著下降,反映患者 POP 障碍情况的改善明显。UDI-6 量表术后 6 个月与术

前比较显著下降,反映患者泌尿功能障碍情况的改善明显。但 CRADI-8 术后与术前数值比较无差异,反映患者排便功能改善不明显。考虑可能为本组 26 例患者术前子宫脱垂导致的排便功能障碍本身不明显,因此,手术后自觉排便情况无明显变化。

综上所述,LUAS 治疗子宫脱垂具有手术创伤小、手术时间短、简单安全、疗效好等优点。

参考文献

- [1] Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, et al. Pelvic organ prolapse in the women's health initiative: gravity and gravidity[J]. Am J Obstet Gynecol, 2002, 186(6): 1160-1166.
- [2] Nygaard IE, Shaw JM, Bardsley T, et al. Lifetime physical activity and pelvic organ prolapse in middle-aged women[J]. Am J Obstet Gynecol, 2014, 210(5): 477-471.
- [3] Swift SE. The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care[J]. Am J Obstet Gynecol, 2000, 183(2): 277-285.
- [4] Nygaard I, Bradley C, Brandt D, et al. Pelvic organ prolapse in older women: prevalence and risk factors[J]. Obstet Gynecol, 2004, 104(3): 489-497.
- [5] 朱兰, 郎景和, 王文艳. 保留子宫的子宫脱垂矫正新术式——子宫骶骨固定术[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2005, 21(11): 697-698.
- [6] Flynn BJ, Webster GD. Surgical management of the apical vaginal defect[J]. Curr Opin Urol, 2002, 12(4): 353-358.
- [7] DeLancey JO. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy[J]. Am J Obstet Gynecol, 1992, 166(6 Pt 1): 1717-1724.
- [8] Corton MM. Anatomy of pelvic floor dysfunction[J]. Obstet Gynecol Clin North Am, 2009, 36(3): 401-419.
- [9] 朱兰. 盆腔器官脱垂的盆底重建手术应重视的几个问题[J]. 中华妇产科杂志, 2015, 50(6): 406-408.
- [10] Cosson M, Debodinance P, Boukerrou M, et al. Mechanical properties of synthetic implants used in the repair of prolapse and urinary incontinence in women: which is the ideal material? [J]. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 2003, 14(3): 169-178.
- [11] Flynn BJ, Webster GD. Surgical management of the apical vaginal defect[J]. Curr Opin Urol, 2002, 12(4): 353-358.
- [12] Rogers RG, Coates KW, Kammerer-Doak D, et al. A short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)[J]. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 2004, 15(3): 219.
- [13] Su TH, Lau HH. Validation of a Chinese version of the short form of the pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual questionnaire [J]. J Sex Med, 2010, 7(12): 3940-3945.

- [14] Wu MP. Laparoscopic uterine suspension for the treatment of uterovaginal prolapse [J]. Int J Gynaecol Obstet, 1997, 59 (3): 259-260.
- [15] Patel PD, Amrute KV, Badlani GH. Pathophysiology of pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence [J]. Indian J Urol, 2006, 22 (4): 310-316.
- [16] Patel PD, Amrute KV, Badlani GH. Pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence: a review of etiological factors [J]. Indian J Urol, 2007, 23 (2): 135-141.
- [17] Wu MP. Laparoscopic uterine suspension for the treatment of utero-

vaginal prolapse [J]. Int J Gynaecol Obstet, 1997, 59 (3): 259-260.

- [18] Weber AM. New approaches to surgery for urinary incontinence and pelvic organ prolapse from the laparoscopic perspective [J]. Clin Obstet Gynecol, 2003, 46 (1): 44-60.
- [19] Diwan A, Rardin CR, Strohsnitter WC, et al. Laparoscopic uterosacral ligament uterine suspension compared with vaginal hysterectomy with vaginal vault suspension for uterovaginal prolapse [J]. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 2006, 17 (1): 79-83.

收稿日期: 2017-02-27 修回日期: 2017-03-15 编辑: 王国品

· 临床研究 ·

股骨头坏死关节置换术疗效的影响因素分析

陈传江¹, 常恒¹, 李陵江¹, 李小英²

1. 解放军第二七三医院骨一科, 新疆 库尔勒 841000;

2. 新疆维吾尔自治区人民医院骨科, 新疆 乌鲁木齐 100142

摘要: 目的 探讨影响股骨头坏死关节置换术治疗疗效的因素。方法 选取 2012 年 1 月至 2015 年 1 月治疗的股骨头坏死患者 80 例, 分析不同年龄、性别、假体固定方式及单双侧股骨头坏死的治疗疗效。结果 60~69 岁和 >70 岁组患者 Harris 评分和功能评分, 均低于 ≤49 岁和 50~59 岁患者, 差异有统计学意义 (P 均 < 0.05); 男女患者术后 Harris 评分、疼痛评分和功能评分比较差异无统计学意义 (P 均 > 0.05); 单侧股骨头坏死患者术后 Harris 评分和功能评分明显低于双侧股骨头坏死患者, 差异有统计学意义 (P 均 < 0.05); 采用不同固定方式的患者术后 Harris 评分、疼痛评分和功能评分比较差异无统计学意义 (P 均 > 0.05)。结论 年龄和患侧情况对股骨头坏死关节置换术的疗效有一定影响, 在治疗时应充分考虑这些因素。

关键词: 关节置换术; 股骨头坏死; 治疗疗效; Harris 评分

中图分类号: R 687.4 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2017)08-1087-03

股骨头坏死是临床骨科常见疾病, 是股骨病理演变过程, 因股骨头血供中断或受损所致骨细胞、骨髓成分死亡, 诱发股骨头结构变化、股骨头塌陷以及关节功能障碍^[1]。股骨头坏死患者的临床病症以疼痛、关节受累、行走负重障碍为主, 对患者的生活质量造成严重影响。全髋关节置换术 (total hip arthroplasty, THA) 是股骨头坏死疾病常用治疗术式, 具有创伤小、操作方便、术中出血量少等特征, 相关文献指出 THA 术式受患者的年龄、性别、假体固定方式与单双侧股骨头坏死等因素影响^[2]。本研究对我院骨科收治的 80 例股骨头坏死患者实施关节置换术治疗, 并分析其治疗时机的选择及对疗效的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月至 2015 年 1 月在我院治疗的股骨头坏死患者 80 例, 其中男性 49 例, 女性 31 例, 年龄 27~73 (53.38 ± 10.27) 岁; 术后假体固定类型中, 骨水泥型 22 例, 生物型 46 例, 混合型 12 例。纳入标准: (1) 均经 CT 或 MRI 检查确诊^[3]; (2) 均行人工全髋关节置换术; (3) 临床病历资料保存完好; (4) 能追踪随访。排除标准: 临床病历资料欠缺; 不能追踪随访。

1.2 治疗方法 所有患者采用全麻, 并保持侧卧位, 选择后外侧切口, 逐层切开皮肤, 皮下分离, 于阔筋膜行切口, 将大粗隆处的外旋肌群切断, 此处操作应轻柔, 避免损伤股方肌, 保护坐骨神经。充分暴露关节囊, 并将其打开, 采用骨刀彻底切除髋臼后缘与后上缘增生骨赘, 并将髋关节痉挛的关节囊切除。取出关节内游离体, 于小粗隆上方 1.5 cm 处采用摆锯垂直