

(7) Loutradis, Charalampos N, Tsioufis, et al. The Clinical Problems of Hypertension Treatment in Hemodialysis Patients (J). Current Vascular Pharmacology, 2018, 16(1): 54-60.

(8) 赖冬梅, 王燕涛. 长期血液透析对慢性肾衰竭患者肾性贫血, 营养状态及炎症因子水平的影响 (J). 标记免疫分析与临床, 2019, 26(7): 1150-1154.

[文章编号] 1007-0893(2021)03-0180-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.03.088

## 腹腔镜下脱垂子宫腹直肌悬吊术治疗盆腔脱垂的效果

吴晓金 李明月 刘 杰

(龙川县妇幼保健院, 广东 龙川 517300)

**[摘要]** **目的:** 分析腹腔镜下脱垂子宫腹直肌悬吊术治疗盆腔脱垂的效果。**方法:** 回顾性选取2017年9月至2019年10月在龙川县妇幼保健院接受诊治的45例盆腔脱垂患者, 根据不同手术方法分为对照组(20例)与观察组(25例), 对照组采用腹腔镜全宫切除+阴道前后壁修补术治疗, 观察组采用腹腔镜下脱垂子宫腹直肌悬吊术治疗, 比较两组患者盆腔恢复效果、性功能恢复情况及术后复发情况等。**结果:** 术后, 观察组患者女性性功能指数(FSFI)总分明显高于对照组, 手术时长、住院时长均明显短于对照组, 术中出血量少于对照组, 差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ )。术后, 观察组患者盆腔器官脱垂定量分度法(POP-Q)分级情况优于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组患者术后并发症发生率、术后半年复发率比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论:** 腹腔镜下脱垂子宫腹直肌悬吊术能够有效治疗盆腔脏器脱垂患者, 提高手术效率及恢复进程, 促进患者盆腔脏器脱垂症状与性功能改善, 且复发率较低。

**[关键词]** 盆腔脱垂; 腹腔镜; 脱垂子宫腹直肌悬吊术; 性功能

**[中图分类号]** R 711.74 **[文献标识码]** B

重度盆腔脏器脱垂患者的临床治疗方法通常以外科手术为主, 其中阴道前后壁修补术、子宫切除根治术、腹腔镜下脱垂子宫腹直肌悬吊术等均各有优缺点, 为进一步结合患者生理情况分析选择较为合适的手术方法, 提高患者盆腔组织恢复效率<sup>[1]</sup>。本研究通过回顾性分析45例盆腔脱垂患者临床资料, 比较腹腔镜全宫切除+阴道前后壁修补术与腹腔镜下脱垂子宫腹直肌悬吊术的具体治疗效果, 现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

回顾性选取2017年9月至2019年10月在本院接受诊治的45例盆腔脱垂患者, 根据不同手术方法分为对照组(20例)与观察组(25例)。纳入标准: (1) 根据相关诊断标准<sup>[2]</sup>确诊盆腔脏器脱垂; (2) III~IV度子宫脱垂; (3) 自愿参与本研究且全程知情, 临床资料详尽。排除标准: (1) 确诊其他严重妇科疾病; (2) 确诊恶性肿瘤疾病; (3) 手术依从性差。对照组年龄41~70岁, 平均年龄(58.23±9.66)岁, 病程3~24月, 平均病程(16.96±5.97)月; 观察组年龄40~69岁, 平均年龄(57.81±9.54)岁, 病程

2~25月, 平均病程(17.23±6.05)月。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

#### 1.2 方法

1.2.1 对照组 采用腹腔镜全宫切除+阴道前后壁修补术进行治疗, 具体方法: (1) 常规肠道准备、阴道清洗消毒, 取膀胱截石位并进行全麻处理; (2) 在肚脐上缘处做一切口置入气腹针充入CO<sub>2</sub>, CO<sub>2</sub>的压力维持在10~13 mmHg间, 建立气腹后拔出气腹针置入腹腔镜, 再在左右麦氏点处、耻骨联合上旁开2 cm处置入相关操作器械, 电凝切断输卵管间质部、卵巢固有韧带、子宫动静脉、主韧带、骶韧带等相关组织, 单极切除完整子宫, 锁边缝合阴道断端; (3) 切除子宫后进行阴道前后壁修补术: 对膀胱黏膜组织进行缝补修复处理, 使阴道前壁组织间距压紧缩小, 进一步缝补修复阴道前壁、前壁腹膜、前壁韧带断端后修复阴道后壁组织, 整理修复肛提肌, 使直肠壁组织间距压紧缩小; (4) 手术成功后进行常规止血等操作。

1.2.2 观察组 采用腹腔镜下脱垂子宫腹直肌悬吊术, 具体方法: (1) 常规肠道准备、阴道清洗消毒, 取膀胱截石位并进行全麻处理; (2) 患者肚脐上缘作好穿刺孔后先

[收稿日期] 2020-11-10

[作者简介] 吴晓金, 女, 主治医师, 主要研究方向是妇科。

构建 CO<sub>2</sub> 气腹，埋入 10 mm 套管针再置入腹腔镜镜头观察患者体内具体情况，在右髂前上棘与脐连线的中外 1/3 交界处进行穿刺，穿刺孔为 2~3 个；（3）再往腹腔内置入举宫器，将脱垂子宫推到盆腔部位，将子宫置入腹腔镜视野中，用单极电凝钩，电凝对象为子宫前壁浆膜层，电凝结束后得到一小块创面便于后期子宫在腹前壁进行黏连加固，主刀医生开始缝针悬吊，在子宫后壁距左侧子宫角 2 cm 处垂直进针，于子宫前壁垂直出针，同法处理右侧；（4）进行第 4 个穿刺孔操作，穿刺部位在耻骨上缘 3~4 cm 处，切口 5 mm 长，深度为皮肤与部分皮下组织下筋膜以上，往右斜面 45° 方向穿进腹腔，用专用钳牵拉出右侧子宫角缝合线，相同方法在左侧牵拉处缝合线，均进行结扎固定，确保子宫紧紧贴合悬吊在腹前壁后常规清洗盆腔，依次撤除手术设备并缝合切口，手术完毕。

两组患者术后均进行常规抗感染操作。

### 1.3 观察指标

（1）比较两组患者手术情况；（2）比较两组患者恢复情况，具体包括盆腔器官脱垂定量分度法（pelvic organ prolapse quantitation, POP-Q）<sup>[3]</sup>与女性性功能指数（female sexual function index, FSFI）<sup>[4]</sup>，POP-Q 分度法中，0 度（无脱垂）、I 度（脱垂最大距离在处女膜水平线以内，与处女膜距离 > 1 cm）、II 度（脱垂最大距离在处女膜边缘 1 cm 以内）、III 度（脱垂最大距离在处女膜外，与处女膜距离 > 1 cm，但不超过阴道总长度 2 cm）、IV 度（几乎完全脱垂，脱垂最大距离超过阴道总长度 2 cm），FSFI 量表具体包括性欲、性高潮、性兴奋、性生活满意度、阴道润滑度、性交痛 6 个方面，总分 36 分，分数越高性功能越好，分数 < 25 分为性功能障碍；（3）比较两组患者术后并发症及复发情况。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者手术情况与基本恢复情况比较

术后，观察组患者 FSFI 总分明显高于对照组，手术时长、住院时长均明显短于对照组，术中出血量少于对照组，差异均具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

表 1 两组患者手术情况与基本恢复情况比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	手术时长	术中出血量	住院时长	FSFI 总分 / 分	
		/min	/mL	/d	术前	术后
对照组	20	80.76 ± 10.33	103.64 ± 5.37	8.12 ± 1.05	23.25 ± 1.42	28.56 ± 1.97
观察组	25	31.56 ± 7.01 <sup>a</sup>	24.11 ± 3.04 <sup>a</sup>	4.13 ± 1.29 <sup>a</sup>	23.23 ± 1.51	32.54 ± 1.66 <sup>a</sup>

与对照组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05

注：FSFI — 女性性功能指数

### 2.2 两组患者手术前后 POP-Q 分级情况比较

术后，观察组患者 POP-Q 分级情况优于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 2 两组患者手术前后 POP-Q 分级情况比较 (例)

组别	n	时间	0 度	I 度	II 度	III 度	IV 度
对照组	20	术前	0	0	0	11	9
		术后	11	7	2	0	0
观察组	25	术前	0	0	0	13	12
		术后	22 <sup>b</sup>	3 <sup>b</sup>	0	0	0

与对照组术后比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05

注：POP-Q — 盆腔器官脱垂定量分度法

### 2.3 两组患者术后并发症比较

两组患者并发症发生率比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05），见表 3。

表 3 两组患者术后并发症比较 (例)

组别	n	切口感染	尿失禁	排便困难	总发生 / n (%)
对照组	20	2	1	2	5(25.00)
观察组	25	0	1	1	2( 8.00)

### 2.4 两组患者术后半年复发率比较

术后半年，观察组复发 4 例，对照组复发 3 例，观察组复发率（16.00 %）与对照组（15.00 %）比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）。

## 3 讨论

目前，传统外科手术如阴道前后壁修补术、子宫切除根治术等通过切除部分脱垂组织、缝合修补重要组织达到目的，但其缺点也较为显著，如创伤与出血量过大，且术后恢复进程慢，具有一定并发症发生风险，有关研究<sup>[5]</sup>提出，腹腔镜下脱垂子宫腹直肌悬吊术这一微创技术创伤更小，手术效率更高，且王彬等<sup>[6]</sup>的研究报告表明其恢复盆腔效果较好，为进一步分析其效果，扩充研究资料，本研究通过比较 45 例盆腔脱垂患者用不同手术方式：腹腔镜全宫切除+阴道前后壁修补术、腹腔镜下脱垂子宫腹直肌悬吊术的疗效影响，结果发现术后，两组患者 FSFI 总分均明显提高，观察组患者 FSFI 总分明显高于对照组，观察组患者手术时长、住院时长均明显短于对照组，术中出血量少于对照组，差异均具有统计学意义（*P* < 0.05），这提示腹腔镜下脱垂子宫腹直肌悬吊术操作更为精简，手术进程更快且手术伤害更小，患者性功能恢复情况更优，同时本研究还发现术后两组患者 POP-Q 分级均有好转，观察组患者 POP-Q 分级情况优于对照组，与黄兰婕等<sup>[7]</sup>的研究成果部分相符，均证实腹腔镜下脱垂子宫腹直肌悬吊术可有效提高手术效率及恢复进程。分析原因，腹直肌鞘包裹着腹直肌，其肌肉组织坚韧性较高，有较强的抗阻牵拉能力，且其周围无复杂血管或神经组织，具有作为子宫悬吊固定组织最优选择的价值，在腹腔镜辅助

下, 主刀医生可以清晰地辨别手术相关生理结构, 将子宫精准固定于目标位置并最大程度保留子宫、阴道及盆底支持结构完整, 减轻并消除盆腔脏器脱垂症状, 同时保障了患者术后性功能恢复与改善。此外, 两组患者并发症发生率、术后半年复发率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 一定程度上反映了腹腔镜下脱垂子宫腹直肌悬吊术在术后并发症发生率及复发率方面无明显优势, 可能由于子宫与腹膜、腹直肌及筋膜之间粘连不够稳固有关, 也可能受到本研究样本数量及时间的影响。

综上所述, 通过腹腔镜下脱垂子宫腹直肌悬吊术治疗盆腔脏器脱垂患者效果突出, 能够显著提高手术效率及恢复进程, 改善患者盆腔脏器脱垂症状与性功能, 且复发率较低。

[参考文献]

(1) 李志毅, 吴玲, 郎景和, 等. 中国城市地区女性盆腔器官

脱垂临床流行病学调查 (J). 中华医学杂志, 2019, 99(11): 857-861.  
(2) 中华医学会. 临床诊疗指南·妇产科学分册 (M). 北京: 人民卫生出版社, 2007: 36.  
(3) 陆叶. 盆腔脏器脱垂国际量化分期法及应注意的问题 (J). 中国医刊, 2014, 49(4): 4-5.  
(4) 蔡丽坤, 周丽梅, 魏翠英. 全子宫切除术后女性性生活质量及性功能指数分析 (J). 广东医学, 2015, 36(5): 775-777.  
(5) 朱兰. 盆腔器官脱垂手术的选择 (J). 中华妇产科杂志, 2019, 54(4): 287-288.  
(6) 王彬, 杨思丽, 罗万训. 腹腔镜下脱垂子宫腹直肌悬吊固定术在盆底重建术中的应用 (J). 大理学院学报, 2019, 4(8): 50-53.  
(7) 黄兰婕, 陈威, 朱耀魁. 腹腔镜下子宫腹直肌前鞘悬吊固定术治疗盆腔脏器脱垂的临床疗效 (J). 中华妇幼临床医学杂志 (电子版), 2018, 14(2): 241-248.

[文章编号] 1007-0893(2021)03-0182-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.03.089

## 腹腔镜下骶前固定术治疗子宫脱垂的效果分析

曾杰<sup>1</sup> 吴嘉俊<sup>1</sup> 郭诗月<sup>1</sup> 罗国贤<sup>1</sup> 区林伟<sup>1</sup> 戚潜辉<sup>2\*</sup>

(1. 广州市增城区人民医院, 广东 广州 511300; 2. 广州医科大学附属第二医院, 广东 广州 510260)

[摘要] **目的:** 探讨腹腔镜下骶前固定术治疗子宫脱垂的临床效果。**方法:** 选取2016年1月至2019年11月期间广州市增城区人民医院收治的62例子宫脱垂行手术治疗患者作为研究对象, 根据手术方式的不同分为两组: 对照组 ( $n = 30$ ) 采用阴式子宫切除联合阴道修补前后壁术治疗, 观察组 ( $n = 32$ ) 采用腹腔镜下骶前固定术治疗, 记录两组患者的手术情况, 包括手术时间、术中出血量与住院时间, 随访至术后1年, 评价术后盆底肌功能改善情况, 统计并发症发生情况, 并收集患者的主观满意度评分。**结果:** 观察组患者手术时间与住院时间均短于对照组, 且术中出血量少于对照组, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 术后1年, 两组患者盆腔器官脱垂定量系统 (POPQ) 各指示点位置评分均较术前有所降低, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 但两组间比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 观察组并发症发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者主观满意度为93.75%, 高于对照组的70.00%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 相比阴式子宫切除加阴道修补前后壁术治疗子宫脱垂, 腹腔镜下骶前固定术创伤小, 术后并发症发生率低, 更有助于患者恢复。

[关键词] 子宫脱垂; 腹腔镜; 骶前固定术; 盆底肌功能

[中图分类号] R 711.23 [文献标识码] B

子宫脱垂是妇科常见病, 多发于中老年妇女, 尤其在产后妇女中的发生率可高达50%, 临床表现为尿失禁、盆底器官脱出或阴道前后壁膨出<sup>[1]</sup>。子宫脱垂治疗方式多样, 随

着腹腔镜技术近年来的快速发展, 使得微创的手术方式在临床开展更加广泛, 经腹腔镜下行子宫骶骨固定术能纠正子宫脱垂, 同时还能保留子宫与生育功能, 提高了女性的生活质

[收稿日期] 2020-12-08

[作者简介] 曾杰, 女, 副主任医师, 主要从事妇科工作。

[\*通信作者] 戚潜辉 (E-mail: drqhqh@163.com; Tel: 13711232364)