

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¹ 吴嘉俊¹ 郭诗月¹ 罗国贤¹ 区林伟¹ 戚潜辉^{2*}

(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^[1]。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: drqhq@163.com; Tel: 13711232364)

量^[2]。本研究探讨了腹腔镜下骶前固定术与传统阴式子宫切除联合阴道修补前后壁术治疗 II 度以上的子宫脱垂女性的效果，以期为临床手术方式的选择提供更多的参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

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，纳入标准：符合《妇产科学》中 II 度或 III 度 IV 度子宫脱垂标准^[3]。排除标准：合并妇科恶性肿瘤、严重内外科疾病。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，年龄为 40 ~ 68 岁，平均年龄为 (53.32 ± 11.05) 岁，产次 2 ~ 5 次，平均产次为 (3.5 ± 1.2) 次，其中 II 度脱垂 9 例，III 度脱垂 15 例，IV 度脱垂 6 例；观察组 ($n = 32$) 采用腹腔镜下骶前固定术治疗，年龄为 42 ~ 66 岁，平均年龄为 (53.46 ± 10.86) 岁，产次 2 ~ 5 次，平均产次为 (3.3 ± 1.5) 次，其中 II 度脱垂 7 例，III 度脱垂 18 例，IV 度脱垂 7 例。两组患者年龄、产次等一般资料比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 观察组 患者取截石位，常规消毒铺巾后，行阴道前后壁修补术后转行腹腔镜下子宫骶前固定术。在脐轮上缘作 1.2 cm 切口置入穿刺器入腹腔建立人工气腹，分别在左右麦氏点置入 0.5 cm 穿刺器，作为操作孔，在脐旁左侧 4 ~ 5 cm 置 1.0 cm 穿刺器作为另一操作孔，阴道安置举宫器，腹腔镜下分离子宫膀胱间隙、直肠间隙及乙状结肠右旁间隙至骶甲前，相当于骶 1-骶 2 水平，将 Y 型网片经操作孔置入腹腔，分别将网片经右侧圆韧带下方缝于子宫前壁、后壁、及骶甲前，用 1-0 可吸收肠线缝合腹膜包埋网片，留置腹腔引流管。

1.2.2 对照组 按传统方法行阴式全子宫切除+阴道前/后壁修补术，行气管插管麻醉或腰硬联合麻醉后，常规消毒铺巾，使用引导拉钩充分暴露手术视野。将 5 U 的缩宫素注射于宫颈两侧，再在阴道前壁黏膜注射缩宫素 + 0.9 % 氯化钠注射液 40 mL，切开宫颈、宫颈与直肠间隙，将周围脏

器推至盆底腹膜处，寻找到子宫骶韧带和主韧带后，剪断贴至宫颈处的韧带，选择一定的长度后再缝扎；再使用止血钳夹住子宫动脉，寻找子宫圆韧带并剪断、缝扎，观察结扎处是否还有出血的情况，有则继续止血。剪出子宫前壁多余的组织，使用荷包缝合黏膜组织、提肛肌，锁紧阴道壁及直肠臂，并在阴道留置引流管 48 h。

1.3 观察指标

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，采用盆腔器官脱垂定量系统 (pelvic organ prolapse quantitation, POPQ)^[4] 评价术后盆底肌功能改善情况，统计并发症发生情况，采用总体印象评分 (patient global impression of change, PGI-C)^[5] 评估主观满意度。POPQ 包括前壁两点 (Aa、Bb)、顶部两点 (C、D)、后壁两点 (Ap、Bp) 各个位点妇科检查测量的盆底肌功能；PGI-C 分为很满意、满意、一般、不太满意、不满意五个等级，满意度 = (很满意 + 满意) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 21.0 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 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术时间、住院时间、术中出血量比较

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 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者手术时间、住院时间、术中出血量比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间/min	术中出血量/mL	住院时间/d
对照组	30	108.56 ± 45.27	111.32 ± 54.37	9.32 ± 3.83
观察组	32	87.52 ± 28.20 ^a	73.26 ± 35.28 ^a	7.23 ± 3.26 ^a

与对照组比较，^a $P < 0.05$

2.2 两组患者手术前后 POPQ 评分比较

术后 1 年，两组患者 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 ($P > 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者手术前后 POPQ 评分比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	时间	Aa	Bb	C	D	Ap	Bp
对照组	30	手术前	1.05 ± 0.42	1.31 ± 0.36	-0.68 ± 0.95	-0.37 ± 1.95	-0.49 ± 0.29	-1.20 ± 0.72
		术后 1 年	-2.70 ± 0.27 ^b	-2.93 ± 0.31 ^b	-7.68 ± 0.47 ^b	-8.83 ± 1.26 ^b	-2.94 ± 0.34 ^b	-7.83 ± 0.50 ^b
观察组	32	手术前	1.11 ± 0.50	1.40 ± 0.45	-0.75 ± 1.02	-0.39 ± 2.24	-0.52 ± 0.30	-1.15 ± 0.71
		术后 1 年	-2.75 ± 0.23 ^b	-3.01 ± 0.53 ^b	-7.85 ± 0.56 ^b	-8.92 ± 1.05 ^b	-3.01 ± 0.26 ^b	-7.91 ± 0.42 ^b

与同组手术前比较，^b $P < 0.05$

注：POPQ 一盆腔器官脱垂定量系统

2.3 两组患者术后并发症发生情况比较

术后 1 年内，观察组未出现复发情况，仅出现 1 例轻微

腰酸，并发症发生率为 3.13 % (1/32)。对照组出现 3 例阴道前壁轻度膨出、3 例术后疼痛与 1 例性交困难，并发症发

生率为 23.33% (7/30)。观察组并发症发生率低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.4 两组患者术后 1 年主观满意度比较

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 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者术后 1 年主观满意度比较 (例)

组别	n	很满意	满意	一般	不太满意	不满意	满意度/%
对照组	30	13	8	5	3	1	70.00
观察组	32	17	13	1	1	0	93.75 ^c

与对照组比较，^c $P < 0.05$

3 讨论

子宫脱垂与年龄、妊娠、阴道分娩、腹内压增高相关疾病以及雌激素水平减低等因素有关^[6]。传统的手术治疗方式主要是阴式子宫切除加阴道修补前后壁术，会造成阴道缩短变窄，且术后复发率高，给患者的术后生活质量带来了一些负面影响。近年来盆底理论科学的相继提出与完善，使得盆底修复重建术发生了质的飞跃，新的术式如全盆重建术、骶骨固定术均在临床得到快速传播应用。

本研究比较了腹腔镜下骶前固定术与传统阴式子宫切除联合阴道修补前后壁术治疗子宫脱垂的效果。结果显示，观察组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。子宫周围以宫骶韧带与主韧带为主的复合体结构是维持与固定子宫盆腔正常位置的主要支持结构，其次有膀胱宫颈筋膜、直肠筋膜与外周软组织。骶骨固定术选择有合适刚度与强度的骶前纵韧带作为附着点，较为牢固，缝针处选取容易暴露和血管分布少的骶岬部平坦区域，较少损伤血管，而使用腹腔镜使得术中视野清晰，止血较彻底，能同时发现术中盆底的其他缺陷部位进行修复，该术式手术时间短、创伤小且安全有效，因此患者术后恢复较快。

本研究结果中术后 1 年两组患者 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 ($P > 0.05$)；表明两种术式在提高盆底功能的角度上的疗效都是肯定的。而观察组术后并发症的发生率低于对照组。骶骨固定术不仅能有效治疗子宫脱垂，还能降低并发症的发生，保留子宫，提高患者的术后生活质量，其直接拉高了患者阴道顶端，阴道黏膜完整性与弹性得到保持，尤其对于有性生活需求的年轻患者具有较好的应用效果。最终采用 PGI-C 对患者的主观满意度进行评价，结果显示，观察组主观满意度为 93.75%，高于对照组的 70.00%。

综上所述，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，术后并发症发生率更低，更有助于患者恢复，提升了患者的满意度。

[参考文献]

- (1) 马啸, 胡洁媚, 陈静, 等. 改良腹腔镜下阴道骶骨固定术治疗盆腔器官脱垂临床疗效分析 (J). 中国实用妇科与产科杂志, 2019, 35(12): 1365-1369.
- (2) 陈礼全, 张晓薇, 梁雪早, 等. 全腹腔镜下阴道骶骨固定术和阴腹联合腹腔镜阴道骶骨固定术并发症的比较 (J). 实用妇产科杂志, 2020, 36(8): 610-614.
- (3) 乐杰. 妇产科学 (M). 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- (4) 史玉林, 牛菊敏, 刘岩松. 腹腔镜下子宫-阴道骶骨固定术联合多部位修复术治疗中重度盆腔器官脱垂 37 例临床分析 (J). 中国实用妇科与产科杂志, 2015, 31(3): 242-246.
- (5) 陈娟, 朱兰, 郎景和, 等. Prosima 网片全盆底重建术治疗重度盆腔器官脱垂的前瞻性研究 (J). 中华妇产科杂志, 2012, 47(9): 664-668.
- (6) 贾群玲, 王华斌, 王俊. 两种不同手术方式治疗对中重度子宫脱垂患者的影响 (J). 中国妇产科临床杂志, 2019, 20(1): 61-62.