

腹腔镜腹直肌子宫悬吊固定术治疗脱垂子宫临床疗效的研究

王丽 林菲菲 王楚兰 景艳 朱卫华

汕尾逸挥基金医院(汕尾市第二人民医院) 广东 汕尾 516601

摘要: 子宫脱垂是一种常见的盆腔器官脱垂疾病,严重影响患者的生活质量和健康。传统的治疗方法包括子宫切除术和阴道壁修补术,但存在创伤大、恢复慢等缺点。近年来,腹腔镜技术在妇产科领域的应用逐渐成熟,为子宫脱垂的治疗提供了新的选择。通过手术时间、出血量、并发症复发率、疼痛程度及患者生活质量等相关指标,探讨腹腔镜下腹直肌子宫悬吊固定术治疗脱垂子宫是否操作简单、有效、创伤小,恢复快,并发症少,复发率低、提高患者生活质量,以达到基层医院临床上推广应用。

关键词: 腹腔镜;腹直肌;子宫悬吊;子宫脱垂;临床研究

研究背景与意义:

子宫脱垂是子宫从正常位置沿阴道下降,子宫颈外口达到坐骨棘水平以下,甚至完全脱出阴道口外,是盆腔器官脱垂最常见的类型。经产妇和未产妇均可发生,经产妇发生子宫脱垂的原因主要是分娩损伤,多产致盆腔筋膜、韧带和肌肉支撑力量削弱;未产妇发生子宫脱垂主要由生殖器官的支持组织发育不良所致;另外,营养不良、过度劳累、肥胖、慢性咳嗽、便秘、腹水、或盆腔巨大肿瘤等引起腹内压过大及一些医源性损伤均可导致子宫脱垂。子宫脱垂可引起腰骶部酸痛、阴道脱出肿物、异常分泌物、尿失禁、尿潴留等症状,给患者生活带来了极大的影响,临床上对于轻症子宫脱垂患者治疗有子宫托、盆底肌锻炼等非手术治疗,但脱垂严重时,常采取手术治疗,以获得更好的治疗效果。随着国家生育政策的开放,产妇产次增加,子宫脱垂的发病率将逐渐增高。患者是否得到及时有效的治疗,将直接影响到患者生活的质量及身心健康。除 POP-QI-II 度、有生育要求、不能耐受手术及不愿意手术治疗的子宫脱垂患者采用非手术治疗外,手术治疗为首选。临床既往通常采用经阴道子宫切除术联合阴道前壁、后壁修补术,该手术无法保留子宫,切除子宫后盆底解剖结构完整性进一步受到了破坏,患者术后的恢复缓慢且其他脏器及阴道残端还有发生再脱垂的可能性。曼氏手术可发生宫颈机能不全及宫颈狭窄等。阴道封闭术失去了性功能,仅适用老年体弱者。阴道骶骨固定术、骶棘韧带固定术、宫底韧带悬吊术都有很好的临床效果,但这些手术操作时距输尿管、较大血管、肠管近,发生神经、血管、尿道、肠管损伤等风险较高,术后疼痛发生率较高。经阴道植入网片术可替代薄弱、受损的盆腔筋膜,修复和重建盆底缺陷,但容易引起术后性交痛,有网片外漏、侵蚀和疼痛等,因此需要一个有效的、损伤小、操作简单、没有或少有异物的新术式来治疗脱垂子宫。本研究通过对腹腔镜腹直肌脱垂子宫悬吊固定术及经阴式子宫切除术+阴道前后壁修补术治疗的临床疗效进行对比分析与研究,探讨腹腔镜腹直肌脱垂子宫悬吊固定术是否操作简单、有效、创伤小,恢复快,并发症少,复发率低,对提高患者生活质量修复缺陷的盆底支持组织,改善患者生活质量有疗效。

研究方法:

本研究按照单盲法随机对照原则,选择近 4 年来我院收治的需手术治疗的子宫脱垂患者作为临床研究对象,共 40 例,患者均符合 1) 年龄 40-70 岁;2) 孕产次不限;3) 患者有临床体征:下腹胀坠疼痛、排尿困难、阴道内存在异物感等;4) 经妇科检查确诊子宫脱垂,且均采用盆腔器官脱垂定量评估(POP-Q),POP-Q II 度及以上;5) 无伴随其他妇科炎症及感染情况;6) 无伴随妇科恶性肿瘤及其他系统恶性肿瘤疾病;7) 无生育要求。将患者随机分为观察组(20 例)和对照组(20 例),观察组采用腹腔镜下腹直肌脱垂子宫悬吊固定术,或同时伴行阴道前后壁修补术或曼氏手术,对照组采用阴式子

宫切除术+阴道前后壁修补术,比较两组患者的手术时间、术中出血量、下床活动时间和住院时间等指标,术后 6 月患者尿失禁、尿潴留、疼痛、感染等并发症的发生率及复发率,并评估患者术后 1 周、1 个月及 3 个月的 + 疼痛程度和生活质量。

研究重点解决的技术关键问题:

1. 研究对象选择:术前通过宫颈 TCT、HPV、妇科彩超、阴道镜、分段诊刮等排除子宫附件病变,经妇科检查确诊子宫脱垂,且 POP-Q 分度 II 度及以上符合手术条件及相关指征的患者,绝经期妇女术前阴道应用雌激素。

2. 气压选择:充入 CO₂ 气体,腹腔内压维持在 12 ~ 15 mmHg。

3. 穿刺孔及固定部位选择:此操作为该手术的重点部分。脐轮上缘或脐稍偏上做 1 个大小约 1cm 的穿刺孔,为第一穿刺孔,置入腹腔镜镜头探查盆腹腔;下腹部麦氏点及反麦氏点处做为第 2、3 个穿刺孔,将 2-0 PROLENE(普罗琳)线经此操作孔放入腹腔,并贯穿缝过子宫肌层或近宫角处圆韧带,避免穿过宫腔,留下线尾,取出针;电灼烧灼子宫前壁浆膜层,有利于今后与腹前壁形成粘连;助手经阴道将子宫推至宫颈位于坐骨棘水平以上(根据患者个体化),恢复子宫解剖学位置高度,在下腹正中耻骨联合上方处(子宫底部相应的腹壁位置)作一长度为 5 mm 的穿刺孔,此为悬吊定点位置,Trocar 避开膀胱进此孔穿过皮肤、皮下组织达第一个助力点,即腹直肌前鞘表面位置后停止穿刺,于前鞘表面向一侧滑 2-3cm,再穿刺进入腹腔,钳子夹住该侧相对应 PROLENE(普罗琳)线尾连 Trocar 一起退出体外,同样方法延同一切口达腹直肌前鞘表面向对侧侧滑进入腹腔,取出另一侧线尾,形成一个切口两个隧道,在体外将左右两侧 PROLENE(普罗琳)线打结于腹直肌前鞘表面。注意打结前需降低腹腔内压使子宫紧贴腹壁及检查创面无活动性出血。该操作需具备两个坚韧的组织,一个用于粘连悬吊,一个用于固定。腹直肌、子宫均为坚韧组织。腹前壁没有重要脏器及大血管,所以该操作相对简单、安全。悬吊是暂时的,粘连是永久的,这才是治疗的最终目的。

4. 线的选择:可用 10 号丝线或 2-0 PROLENE(普罗琳)线,是一种非吸收性无菌缝线,单丝纤维,有助于避免术后伤口感染,其有配套的针头,有利于手术操作。2-0 PROLENE(普罗琳)线固定于坚韧的腹直肌前筋膜上,其不可被机体吸收,对机体组织造成的刺激小,不易发生排异反应,可永久支持。而 10 号丝线操作过程中易断(多次手术后暂不使用),针线分离,较普罗琳线操作欠缺安全性。

5. 术毕检查宫颈,见子宫颈外口均上升达坐骨棘水平以上(距离处女膜缘 >4cm),如合并有阴道前后壁脱垂或有宫颈过长者,先行阴道前后壁修补或联合宫颈部分切除术后,再行子宫腹直肌悬吊固定术,术后予以填塞大纱块,紧压阴道腔,以防止创面渗血,24 h 后取出。

6. 术后进行生活指导：禁性生活3月，加强营养、避免过度劳累、肥胖、咳嗽、便秘等，并进行盆底治疗。

研究结果：

	手术时间	失血量	住院时间	下床活动时间	术后疼痛	生活质量	并发症	复发率
观察组	1.5小时	41ml	5.19天	1.1天	2-0-0	80/4	无	无
对照组	2.5小时	210ml	6.58天	2.3天	3-0-0	68/6	无	无

观察组手术时间、术中出血量、住院时间、下床活动时间均较对照组减少 ($P < 0.05$)，术后并发症发生率和术后半年复发率比较，两组差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。此外，观察组患者术后生活质量评分均显著提高 ($P < 0.05$)，术后疼痛减轻。其中观察组术中单纯行腹腔镜腹直肌子宫悬吊固定术，手术时间约56分钟左右，出血5ml左右，同时合并阴道前后壁修补术时手术时间有所延长，可达2小时左右，大部分出血量在10ml至30ml之间，其中有2例手术时间较长分别为3小时25分钟及3小时30分钟，2例出血量较多，100ml及400ml。对照组手术时间均在2小时及2小时30分钟左右，其中4例时间较长，分别为3小时10分钟、3小时18分钟及3小时27分钟及4小时18分钟，出血量为200ml-250ml左右，其中6例在300ml以上，最长达450ml。

结论：

随着经济的发展，人老龄化和老年人对生活质量要求的提高，盆腔器官脱垂日益引起人们的重视，要求手术解决子宫脱垂患者逐渐增加，传统的阴式子宫切除术+阴道前后壁修补术，治疗效果尚可。但受传统思想影响，人们渴望保留子宫。近年来临床采用的子宫骶骨固定术、骶棘韧带固定术、宫底韧带悬吊术，该手术发生疼痛、神经、血管、尿道、肠管损伤等风险较高，手术难度较高，不易掌握。经阴道植入网片术可替代薄弱、受损的盆腔筋膜，修复和重建盆底缺陷，但容易引起术后性交痛，有网片外漏、侵蚀和疼痛等，人工补片价格昂贵，对经济欠发达地区患者造成较大的经济负担，人们需要的是一个经济的、有效的、损伤小、操作简单、没有或少有异物的新术式来治疗脱垂子宫。腹腔镜腹直肌子宫悬吊固定术治疗子宫脱垂，手术视野清晰，避免术中肠管、尿管、血管、神经的损伤，有创伤小、术中出血量少，手术时间短、恢复快、住院时间短等优点，术后完好保留子宫，能有效改善患者的症状和生活质量，特别是性生活质量。而且操作简单、易学。其与传统手术相比，该术式具有相似的疗效和安全性，且对患者生活质量的影响较小，避免因子宫

切除而造成的心理问题，又可解决患者临床症状。因此，腹腔镜腹直肌子宫悬吊固定术可作为基层治疗子宫脱垂的优选术式，是一个经济的、有效的、损伤小、操作简单、没有或少有异物的新技术，基层医院适用该手术方式治疗子宫脱垂值得推广。

参考文献

- [1] 罗芳, 李丽琴. 腹腔镜下子宫腹直肌悬吊术和传统阴式子宫切除术治疗子宫脱垂的优劣差异[J]. 中国医药科学, 2019, 009(012): 75-78.
- [2] 刘晓琼, 陈雪梅, 杨晓燕. 腹腔镜腹直肌子宫悬吊术治疗子宫脱垂的疗效观察[J]. 中华妇产科杂志, 2016, 51(9): 633-635.
- [3] 周晓燕, 沈彤, 陈敏. 腹腔镜下子宫腹直肌悬吊术治疗盆腔脱垂的疗效分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2017, 33(5): 409-412.
- [4] 吴玉良. 腹腔镜下子宫腹直肌悬吊固定术治疗子宫脱垂的临床疗效[J]. 《中国现代医生》2021 10-0076-04
- [5] 孙秀云, 邵继宏, 孙连华, 等. 腹腔镜腹直肌悬吊术治疗子宫脱垂50例分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2015, 31(11): 1038-1039.
- [6] 王君, 周秋霞, 刘洁, 等. 腹腔镜下子宫腹壁悬吊术治疗子宫脱垂的临床效果及生活质量分析[J]. 山西医药杂志, 2017, 46(20): 2510-2512.
- [7] 刘红珍, 侯淑均, 陈秀曲, 等. 阴道盆底重建术联合聚丙烯网带尿道中段悬吊手术治疗子宫脱垂合并压力性尿失禁的临床疗效[J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(4): 641-643.
- [8] 姜计芹, 张志英. 腹腔镜下子宫脱垂患者性子官腹壁悬吊术的临床效果分析[J]. 浙江创伤外科, 2018, 23(6): 1197-1199.
- [9] 韩一栩, 刘玉珠, 陈琨, 等. 阴式全子宫切除及阴道前后壁修补术对子宫脱垂患者性生活质量的影响分析[J]. 中国性科学, 2018, 27(4): 56-59.
- [10] 王玉玲, 柳晓春, 谢庆煌, 等. 腹腔镜下高位宫骶韧带悬吊术与经阴道骶棘韧带固定术治疗年轻子宫脱垂患者的临床效果评价[J]. 实用妇产科杂志, 2014, 30(4): 273-277.
- [11] 邵世清, 田君, 张红霞, 等. 腹腔镜骶韧带缩短术治疗子宫脱垂的临床分析[J]. 广西医科大学学报, 2015, 32(3): 476-478.

(上接46页)

通过观察组的治疗，我们发现中医证候的改善在整个治疗过程中扮演了关键的角色。中医辨证施治的理念强调因人而异的治疗方式，提高了治疗的个体化水平。患者的舌质、脉象等中医诊断指标的改善表明，枢针、整脊推拿联合四维电脑牵引能够在中医理论框架内促使患者体质的调整和平衡。

综合而言，枢针、整脊推拿联合四维电脑牵引治疗在腰椎间盘突出症中取得了显著的疗效。这一综合治疗策略的应用为腰椎间盘突出症的管理提供了新的思路和方法，也为中西医结合治疗的实践积累了有益的经验。

参考文献

- [1] 黄文婷, 杨雪丽, 闵佳慧, 等. 针灸治疗腰椎间盘突出症的临床研究进展[J]. 按摩与康复医学, 2018, 9(19): 87-90.
- [2] 孟晓旭. 腰椎间盘突出症康复治疗中腰部核心肌力训练的临床评估[J]. 基因组学与应用生物学, 2019, 38(1): 308-312.
- [3] 邹爱元, 李丽霞, 杨莲欢. Pilates运动操联合中医综合干预在腰椎间盘突出症保守治疗中的运用[J]. 临床与病理

杂志, 2018, 38(12): 2649-2654.

[4] 吴林华, 赖文军. 某高校教职工腰椎间盘突出症现况调查[J]. 世界最新医学信息文摘(电子版), 2017, 17(40): 199-200.

[5] 胡飞虹, 吴苗苗, 蔡张滢, 等. 腰椎间盘突出症患者功能残障状况及其影响因素分析[J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(9): 1283-1287.

[6] 张明顺, 关斌辉, 范宏元, 等. 腰椎间盘突出症推拿治疗前后血清蛋白质组学分析[J]. 中国组织工程研究, 2017, 21(4): 569-573.

[7] 杜江. 近5年腰椎间盘突出症流行病学调查研究概况[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(28): 5529-5530.

[8] Williams LA, Wei A, Bhargava D, et al. Cartilage derived morphogenetic protein 2-A potential therapy for intervertebral disc regeneration?[J]. Biologics, 2014, 42(2): 65-73.

通讯作者：张全德，男，(19810810-)，汉族，宁夏银川市，主治医师，大学本科，针灸推拿治疗骨性关节炎，abc2004420044@163.com