

圆韧带经腹膜外悬吊治疗子宫脱垂效果观察

李 莉(江苏省宿迁市泗阳县康达医院 223700)

【摘要】 目的 探讨圆韧带经腹膜外悬吊治疗子宫脱垂临床效果观察。**方法** 本研究对象选自 2012 年 1 月至 2013 年 12 月来江苏省泗阳县康达医院治疗的 40 例患者。将两组患者分为观察组和对照组,每组患者 20 例,观察组患者采用圆韧带经腹膜外悬吊术治疗,对照组患者采用腹腔镜全子宫切除术加阴道顶端悬吊治疗子宫脱垂,术中记录两组患者手术时间、术中出血量、住院时间,术后 1、3、6、12 个月进行门诊随访观察两组患者术后复发率、恢复正常时间。**结果** 观察组患者手术时间、术中出血量、术后恢复时间均优于对照组患者,差异有统计学意义($P < 0.05$)。术后 1、3、6、12 个月门诊随访结果显示,观察组复发例数明显小于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者术后日常生活恢复正常,未因手术治疗引起下腹坠胀、不适等并发症。**结论** 圆韧带经腹膜外悬吊治疗子宫脱垂,手术简单易操作,适合基层医院,值得在临床广泛推广。

【关键词】 圆韧带; 腹膜外悬吊; 子宫脱垂; 临床效果

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.03.042 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)03-0389-02

子宫脱垂是由于盆腔底部肌肉、筋膜、子宫韧带等支持功能减退引起盆腔脏器脱垂。子宫脱垂是经产妇常见疾病,发病率较高,多发生于过早生育及多次生育妇女^[1]。患病妇女十分痛苦,严重影响患者的身体健康和生活质量。治疗子宫脱垂的主要手段为手术治疗,手术治疗方法较多,分为经腹、腹腔镜、经阴道等方式进行手术^[2]。对于子宫脱垂的治疗临床中主要采用手术方式,传统手术方法有阴道前壁修补术、阴道后壁修补术、曼氏手术、经阴道子宫全切除术、阴道封闭术、后穹窿成形术;现代手术方式有骶棘韧带固定术、后路阴道悬吊带术、吊带法双侧骶棘韧带固定术、全盆底重建术、腹腔镜手术。治疗应根据患者年龄、生活质量要求、子宫脱垂程度等进行综合考虑,选择适合患者的整体化方案^[3]。根据患者具体情况选择手术方法,可提高治愈率、降低复发率、减少并发症。随着人们对生活质量要求的提高,要求保留子宫的患者越来越多,本院根据患者要求及子宫脱垂程度采用圆韧带腹膜外悬吊术治疗子宫脱垂,取得较好临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究对象选自 2012 年 1 月至 2013 年 12 月来本院治疗的 40 例患者。患者入选条件:子宫脱垂根据盆腔脏器脱垂定量进行分级,子宫脱垂Ⅱ期 6 例,Ⅲ期 34 例,合并阴道前壁膨出Ⅰ度 13 例,Ⅱ度 15 例,患者要求保留子宫^[4]。40 例患者均为经产妇,其中生产次数 1~4 次,平均生产次数 1.56 次;年龄 27~60 岁,平均 42.1 岁。将两组患者分为观察组和对照组,每组患者 20 例,观察组患者采用圆韧带经腹膜外悬吊术治疗,对照组患者采用传统开腹悬吊术治疗,两组患者在年龄、疾病情况等方面差异均无统计学意义。经盆腔检查、尿流动力学检查、咳嗽-漏尿试验为阳性,经盆腔超声、宫颈液基薄层细胞检测检查、阴道镜、宫腔镜检查,排除其他附件存在器质性病变,患者接受定期门诊随访。

1.2 治疗方法 两组患者在手术前均进行常规阴道冲洗。对照组采用腹腔镜全子宫切除术加阴道顶端悬吊治疗子宫脱垂^[5]。观察组患者采用插管全身麻醉,麻醉成功后,常规对腹部术野进行消毒,同时消毒宫颈、阴道、外阴。在耻骨联合上横

切口 6 cm,逐层进入腹腔,寻找圆韧带,提起圆韧带,将圆韧带中段打磨形成毛糙面,用 7 号丝线呈“Z”字形缝合,进行圆韧带缩短术,再固定于宫体前壁,缝线不剪断直接穿过腹膜、腹直肌前鞘,拉提缝线将子宫提起。对子宫位置进行调整,使宫颈位置调整到距离处女膜缘 10 cm 处,松紧合适,缝线采用对打对打,可将子宫牢牢悬吊于腹前壁,关腹缝合腹部切口。如果患者伴有宫颈延长或会阴陈旧性撕裂伤,可同时进行宫颈切除及会阴修补术。

1.3 观察项目 术中记录两组患者手术时间、术中出血量、住院时间,术后 1、3、6、12 个月进行门诊随访观察两组患者术后复发率、恢复正常时间。

1.4 统计学处理 本研究资料采用 SPSS19.0 软件进行分析,计数资料用百分率表示,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

观察组患者的手术时间、术中出血量、术后恢复时间均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。术后 1、3、6、12 个月门诊随访结果显示,观察组复发例数明显小于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。两组患者术后日常生活恢复正常,未因手术治疗引起下腹坠胀、不适等并发症。

表 1 两组患者手术情况比较

组别	<i>n</i>	手术时间 ($\bar{x} \pm s, \text{min}$)	术中出血 ($\bar{x} \pm s, \text{mL}$)	术后复发 (<i>n</i>)	住院时间 ($\bar{x} \pm s, \text{d}$)	恢复正常 时间($\bar{x} \pm s, \text{d}$)
观察组	20	73.00±8.05	29.00±6.98	2	6.00±0.56	21.20±4.01
对照组	20	125.00±17.22	54.00±10.89	7	6.70±0.80	29.00±4.23
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨 论

子宫脱垂是子宫从正常生理解剖位置沿着阴道下降,甚至达到宫颈外口位置,严重者可由阴道脱出于阴道口外。患者发生子宫脱垂的同时通常伴有阴道前臂和后壁脱垂。有报道显

示,子宫脱垂多发生于经产妇,且多次生产的经产妇发生率较高^[6]。近年随着医学技术的不断发展,对盆底解剖理论的不完善,关于治疗子宫脱垂的新方法和新技术也不断被提出。

盆底支持结构主要由韧带、肌肉、筋膜构成,在自身结构完整的同时起到相互共同支撑的作用,子宫脱垂主要源于盆底支撑结构遭到破坏和损伤,肌肉、筋膜及神经损伤引发肌肉功能障碍。子宫脱垂Ⅱ度以上患者及症状严重的患者可实行手术治疗。在保守治疗无效情况下,对子宫脱垂的治疗临床上主要采用手术方式治疗。传统手术方法有阴道前壁修补术、阴道后壁修补术、曼氏手术、经阴道子宫全切除术、阴道封闭术、后穹窿成形术;现代手术方式有骶棘韧带固定术、后路阴道悬吊带术、吊带法双侧骶棘韧带固定术、全盆底重建术、腹腔镜手术^[7]。盆底结构是一个完整的有机整体,在神经、激素等多方面具有广泛联系。子宫脱垂的发病机制和致病原因需要与盆底整体观念相结合,并且值得相关学者进行进一步研究和论证。随着医疗技术的不断发展,分子技术在临床中广泛应用,临床医生可根据患者不同脱垂程度及日后生活需求,为患者选择合适的手术方法进行治疗。在这一过程中,临床医生应对患者情况进行综合评估,权衡各种手术方式的利弊关系,为患者挑选出最合适的治疗方法。使患者在手术治疗后在创伤最小的前提下,最大限度改善患者生活质量^[8]。

本研究结果显示,观察组患者手术时间、术中出血量、术后恢复时间均优于对照组患者,差异有统计学意义($P < 0.05$)。术后1、3、6、12个月门诊随访结果显示,观察组复发例数明显小于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者术后日常生活恢复正常,未因手术治疗引起下腹坠胀、不适等并发症。在工作中常发现既往有手术史的患者,尤其是有剖宫产手术史者,由于粘连,子宫体前壁常常与腹壁紧密粘连固定,人为形成悬吊,此种情形可用于治疗子宫脱垂。对于年纪较轻的、不愿切除子宫的患者可选用此方式。在手术过程中应注意结扎圆韧带,两端应保留适当长度,从而减轻盆腔内的牵拉感,术中保

证子宫圆韧带、圆韧带、阴道前壁、阴道后壁之间的缝合要牢固。圆韧带经腹膜外悬吊治疗子宫脱垂手术时间短、术中出血量少、无明显并发症、患者住院时间短、患者治疗成本减少。圆韧带经腹膜外悬吊治疗子宫脱垂,手术简单易操作,适合基层医院,值得临床广泛推广。

参考文献

- [1] 陈秋英,施海丹,金小仙.腹腔镜下宫颈悬吊术治疗盆腔脏器脱垂及压力性尿失禁手术配合[J].中国会议,2011,12(4):113-114.
- [2] 王晓航,黄宇晖,丁锦丽.子宫脱垂的术式研究进展[J].医学综述,2013,19(21):3917-3919.
- [3] 杨云,支翠芳.自体腹壁筋膜经腹膜外子宫悬吊术治疗子宫脱垂20例临床分析[J].蚌埠医学院学报,2013,38(3):305-306.
- [4] 王艳,潘伟康,马忠平.腹腔镜下子宫悬吊术治疗子宫脱垂16例临床分析[J].江苏医药,2013,39(16):1952-1953.
- [5] 李春燕.腹腔镜全子宫切除术加阴道顶端悬吊治疗子宫脱垂疗效分析[J].中国当代医药,2013,20(11):165-166.
- [6] 杨红灵.腹腔镜全子宫切除术加阴道顶端悬吊治疗子宫脱垂临床分析[J].中国社区医师:医学专业,2012,14(23):33.
- [7] 郭久柏,张琦,苏家林,等.腹腔镜下腹膜外子宫悬吊术治疗子宫脱垂的临床研究[J].中国医学创新,2012,9(1):20-22.
- [8] 金海红,孟津,姜丽,等.改良腹腔镜子宫悬吊术治疗子宫脱垂22例临床分析[J].中国妇幼保健,2011,26(33):5251-5253.

(收稿日期:2014-08-19 修回日期:2014-10-29)

(上接第388页)

- [2] Battaglia C, Genazzani AD, Salvatori M, et al. Doppler, ultrasonographic and endocrinological environment with regard to the number of small subcapsular follicles in polycystic ovary syndrome[J]. Gynecol Endocrinol, 1999, 13(2):123-129.
- [3] 林秀峰,吴日然,杜静,等.游离睾酮指数对诊断多囊卵巢综合征高雄激素血症不孕患者的价值[J].中山大学学报:医学科学版,2010,31(3):391-396.
- [4] Fenkci V, Fenkci S, Yilmazer M, et al. Decreased total antioxidant status and increased oxidative stress in women with polycystic ovary syndrome May contribute to the risk of cardiovascular disease[J]. Fertil Steril, 2003, 80(1):123-127.
- [5] 谢梦,李昕,周毓青,等.育龄期多囊卵巢综合征患者卵巢超声影像学特征及诊断初探[J].中华医学杂志,2012,92(33):2319-2322.

- [6] Hickey T, Chandy A, Norman RJ. The androgen receptor CAG repeat polymorphism and X-chromosome inactivation in Australian Caucasian women with infertility related to polycystic ovary syndrome[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2002, 87(1):161-165.
- [7] 杜明祯,张龙月,刘迎军,等.多囊卵巢综合征的子宫内膜厚度及卵巢血液改变的超声诊断[J].临床军医杂志,2010,38(2):226-228.
- [8] 周杨,吕淑兰.多囊卵巢综合征超声诊断进展[J].生殖医学杂志,2013,22(9):717-721.
- [9] 张煜,李明星,韩之霞.经直肠超声诊断未婚女性多囊卵巢综合征的临床价值[J].西部医学,2013,25(5):779-780.
- [10] 陈珊,傅正英.多囊卵巢综合征治疗的最新进展[J].临床和实验医学杂志,2010,9(15):1187-1189.

(收稿日期:2014-08-12 修回日期:2014-10-20)