

## 前盆底重建术治疗女性盆腔器官脱垂中的价值

周文杰

乐山市市中区人民医院 四川乐山

**【摘要】目的** 分析前盆底重建术用于女性盆腔器官脱垂（阴道前壁脱垂）治疗内的效果。**方法** 从 2020 年 1 月-2022 年 1 月期间本院内收治的女性盆腔器官脱垂患者中随机选择 36 例进行回顾性分析，根据治疗形式分组，即实验组与对照组，各 18 例。对照组接受常规治疗，实验组接受前盆底重建术治疗，对比效果。**结果** 实验组治疗效果显著优于对照组，且  $P < 0.05$ 。实验组患者的住院时间为  $(8.64 \pm 3.21)$  d、出血量为  $(114.56 \pm 12.36)$  ml，对照组患者的住院时间为  $(14.31 \pm 2.28)$  d、出血量为  $(205.65 \pm 20.21)$  ml，实验组优于对照组，对比  $P < 0.05$ 。**结论** 将前盆底重建术用于女性盆底器官脱垂内，可以提升疗效，改善相关指标。

**【关键词】** 前盆底重建术；女性盆腔器官脱垂；效果

### The value of anterior pelvic floor reconstruction in the treatment of female pelvic organ prolapse

Wenjie Zhou

Leshan Shizhong District People's Hospital, Leshan, Sichuan

**【Abstract】Objective** to analyze the effect of anterior pelvic floor reconstruction in the treatment of female pelvic organ prolapse. **Methods** from January 2020 to January 2022, 36 female patients with pelvic organ prolapse were randomly selected and divided into experimental group and control group, with 18 cases in each group. The control group received routine treatment and the experimental group received anterior basin reconstruction. **Results** the therapeutic effect of the experimental group was significantly better than that of the control group ( $P < 0.05$ ). The hospitalization time and bleeding volume of patients in the experimental group were  $(8.64 \pm 3.21)$  D and  $(114.56 \pm 12.36)$  ml, while those in the control group were  $(14.31 \pm 2.28)$  D and  $(205.65 \pm 20.21)$  ml. the experimental group was better than the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** the application of anterior basin reconstruction in female pelvic floor organ prolapse can improve the curative effect and related indexes.

**【Keywords】** anterior pelvic floor reconstruction; Female pelvic organ prolapse; effect

女性盆腔器官脱垂发病,相关原因主要有怀孕及阴道分娩原因、盆底结缔组织结构的变化、年龄及雌激素水平、以及腹内压增高<sup>[1]</sup>。该病虽然并没有危及病人生活,但是却会导致病人生理、心理和社会功用的严重萎缩,进而危害病人的生命质量<sup>[2]</sup>。因此,需及时对患者进行治疗,常见方式则有生物反馈处理、功能性电冲击处理、阴道锤处理、手术治疗等。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

从 2020 年 1 月-2022 年 1 月期间本院内收治的女性盆腔器官脱垂患者中随机选择 36 例进行回顾性分析,根据治疗形式分组,即实验组与对照组,各 18 例。实验组年龄在 40-80 周岁,平均为  $(58.91 \pm 1.23)$  周岁,平均病程  $(5.32 \pm 1.65)$  d。对照组年龄在 40-80 周岁,

平均为  $(58.92 \pm 1.21)$  周岁,平均病程  $(5.33 \pm 1.54)$  d。对两组年龄、性别等资料分析后,  $P > 0.05$ , 具有可比性。本次实验经医院伦理委员会同意。纳入标准:(1)知情同意,且积极参与。(2)确诊为阴道前壁脱垂患者,符合诊断标准。排除标准:(1)存在凝血障碍。(2)存在盆腔病变。

#### 1.2 方法

对照组行传统阴道前壁修补:患者需取截石位,同时固定患者双侧小阴唇,使用鼠齿钳将患者的宫颈前后唇钳起后,在钳夹主患者的阴道前壁(膀胱颈)部位,纵行切开阴道前壁,将整个脱垂阴道前壁游离,进行阴道前壁修复。

实验组接受前盆底重建术治疗:如果患者存在压力性尿失禁,可同期行经阴道前壁无张力吊带尿道中

段悬吊术。同时,选择硬膜外腔神经阻滞麻醉,取截石位,医生常规消毒铺巾之后,需检查宫颈是否存在异常,同时放置导尿管。取尿道外口分别在两侧大腿内侧皱褶处分别做两个标记,在这两标记外侧 1cm 及下方 2cm 分别再做 2 个标记。于阴道前壁与膀胱周围间隙内注入生理盐水约 60ml,使之形成水囊,正确分离此间隙完整保留阴道壁可降低术后网片暴露风险同时降低术中膀胱穿孔风险。在阴道前穹窿和膀胱颈之间纵行切开阴道前壁约 4.0cm,沿阴道前壁潜行分离膀胱阴道间隙,前达耻骨降支,两侧达坐骨棘。穿刺针自上述标记处穿入,分别至耻骨降支及坐骨棘上方盆侧壁处穿出。将网片穿出穿刺点外,置入网片调整松紧使网片平铺,用 4 号丝线将网片分别固定于宫颈前唇和膀胱颈。检查无明显出血,淡碘伏冲洗伤口,2-0 可吸收线锁扣缝合伤口,阴道置入碘伏纱布压迫止血,24h 后取出纱布。术后需留置导尿管 2 天,使用抗生素 3 天。

### 1.3 观察指标及效果评价标准

表 1 住院时间与出血量 (n%)

组别	例数	出血量 (ml)	住院时间 (d)
实验组	18	114.56±12.36	8.64±3.21
对照组	18	205.65±20.21	14.31±2.28
<i>t</i> 值		16.3133	6.1096
<i>P</i> 值		<i>P</i> <0.05	<i>P</i> <0.05

### 3 讨论

怀孕和阴道生产都会严重损害盆底神经系统和肌腱,并且影响胶原纤维功能,是盆腔器官脱垂的相关原因[3]。孕期中子宫的质量随着孕期的发展而逐步提高,同时子宫内在盆、腹腔中的地位也从水平位逐步转为下垂位,孕晚期时子宫内部已经成为了一种下垂的脏器,以便于将更大的力度直接压向盆底的支撑机构。由此可见,怀孕本来是盆腔器官脱垂的促发因素[4]。但由于阴道分娩,特别是难产会不同程度地破坏会阴部神经、肛提肌和盆内筋层等盆腔的支持组织,从而造成生殖道脱垂、张力性大小便失禁,以及粪大小便失禁[5]。风险伴随阴道分娩频次的增多而增大。特异性的产检风险因子一直存在着争论,第二产程的延长、巨大儿、会阴侧切、机械助产如胎吸、产钳和缩宫素的应用等均曾被指出或许会导致盆腔器官脱垂。盆腔器官脱垂与盆底组织的失去神经系统支配作用有关[6]。女性在怀孕时期扩大的子宫,生育过程中对孕妇和母亲中间神经系统

对比两组疗效以及术中出血量、住院时间。治疗效果的评价指标主要为显效、有效以及无效,显效:患者不存在阴道前壁脱垂情况。有效:阴道前壁脱垂症状显著好转。无效:症状并未改善。

### 1.4 统计和分析

统计学软件 SPSS 23.0 分析,计数型指标则以例 (n/%) 表示,  $\chi^2$  检验,计量型指标则选用均数±标准差 ( $\bar{x}\pm s$ ) 描述、*t* 检验。*P*<0.05,则具有差异。

## 2 结果

### 2.1 治疗效果

实验组显效人数为 8 例,有效为 10 例,无效为 0 例,总有效率为 100%,对照组显效人数为 5 例,有效为 7 例,无效为 6 例,总有效率为 66.67%,对比实验组患者的治疗效果显著优于对照组,  $\chi^2$  值 7.2000, *P*<0.05。

### 2.2 住院时间与出血量

实验组患者的住院时间以及出血量均短、少于对照组,且 *P*<0.05。详见表 2。

的严重压迫,软产道极度膨胀,以及神经系统自身过分的膨胀,均会造成盆底横纹肌、尿管和肛门括约肌去神经系统支配作用,是产后排便失禁和尿失禁的发生重要基础[7]。第二产过程的延长和产钳助产者,盆底横纹肌、括约肌去神经系统支配现象会更突出妊娠期间造成的盆底组织松懈所致神经肌接头撕脱、以及分娩过程中宫体增大或宫颈扩大所造成的去中枢神经系统化等均对盆底组织产生了损害。由此可见,经阴道内分娩可能使盆底组织者发生去神经系统损伤、会阴部紧张感降低,盆底肌无力。胶原蛋白作为盆底结缔组织者的主要成份,保证了盆底支持机构的弹力与柔韧,在保证骨盆器官正常生理位置和控尿功效中都起到了关键作用。由于盆底结缔组织者中的胶原蛋白浓度降低,使韧带、筋层等支持结构疏松,并最终引起了盆腔器官脱垂的出现。盆腔器官脱垂病例中的圆韧带、宫髓韧带等多个部位的三型胶原蛋白浓度均显著低于正常人,但一型胶原蛋白浓度却有所提高。一型胶原蛋白比例与结

缔组织的强度相关,2型胶原蛋白主要出现于软骨中,而三型胶原则上与组织的弹力与伸展性相关,因此胶原蛋白比例的改变也会使得盆底支持构造更加薄弱。从长期考虑,盆底胶原组织的类型变异程度也有所不同,对孕妇和产后结缔组织的缺少影响,比对神经肌肉的受损影响更大。

前盆底重建术与传统阴道前壁修补术相比,两种术式应用于纠正女性重度盆腔器官脱垂都是安全可行的,但术后复发率、手术时间、手术出血量、手术并发症等方面,盆底重建系统优于传统阴道前壁修补术。盆底重建术是指通过手术来修复盆底损伤带来的功能障碍,其并发症有网片暴露侵蚀、膀胱尿道损伤等。盆底重建术可能会出现盆腔疼痛、盆腔血肿或性生活痛等副作用,所以术前一定要经过正确评估选择合理的术式,术前准备充分。同时手术操作准确到位,对术后的并发症的预防也非常重要。盆腔重建手术是将特殊的网片植入盆底,起到对结构和功能恢复的维护作用。随着年龄的增长以及机能退化,造成女性阴道脱垂、子宫脱垂以及尿失禁等发病率逐渐上升,手术可以提高女性的生活质量。术后注意休息,不要剧烈运动,有助于恢复。同时,患者在手术前,应当进行一系列的检查,像血常规、凝血功能、尿常规等等检查,还应当进行阴道、宫颈的清洗,在手术后应当进行疼痛观察,阴道学流浪的观察、导管护理等等,应当注意的是在手术过后一定要注意休息和各种营养的摄入。

综上所述,对盆腔器官脱垂(阴道前壁脱垂)患者使用前盆底重建术,可以改善疗效。

#### 参考文献

- [1] 赵颖,夏志军,刘丹,胡清,秦美英. 应用六翼成型网片的二代全盆底重建术治疗女性重度盆腔器官脱垂术后主观效果评估[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2019,35(07):803-808.
- [2] 吴辉,唐红. Prolift 全盆底重建术联合雌激素治疗老年女性重度盆腔器官脱垂的疗效及对患者盆底功能的影响[J]. 中国妇幼保健,2019,34(03):708-710.
- [3] 毛建英,袁海涵. 改良式前盆底重建术治疗盆腔器官脱垂临床研究[J]. 内蒙古医科大学学报,2019,41(01):1-4+8.
- [4] 黄欢,张庆华. 保留子宫 Prolift 全盆底重建术治疗女性重度盆腔器官脱垂的临床疗效及对患者性生活质量的影响[J]. 中国妇幼保健,2018,33(11):2601-2603.
- [5] 曲思烧,赵曼曼. 改良前盆底重建术联合骶棘韧带悬吊术在女性前盆腔器官脱垂中的效果[J]. 中国医药指南,2017,15(36):138-139.
- [6] 杜文升,王光慧. 前盆底重建术在治疗女性盆腔器官脱垂中的应用[J]. 中外女性健康研究,2017,(16):87-88.

**收稿日期:** 2022年6月7日

**出刊日期:** 2022年6月24日

**引用本文:** 周文杰, 前盆底重建术治疗女性盆腔器官脱垂中的价值[J]. 国际外科研究杂志, 2022, 5(1): 23-25.  
DOI: 10.12208/j. ijsr.20220007

**检索信息:** 中国知网 (CNKI Scholar)、Google Scholar 等数据库收录期刊

**版权声明:** ©2022 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。  
<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**OPEN ACCESS**