

[文章编号] 1007-0893(2023)19-0122-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.19.038

# 改良阴式子宫切除术治疗子宫脱垂的效果探究

陈福春<sup>1</sup> 钟莉<sup>2</sup> 王金永<sup>1</sup>

(1. 福建医科大学附属龙岩第一医院, 福建 龙岩 364000; 2. 龙岩市第二医院, 福建 龙岩 364000)

**[摘要]** 目的: 观察改良阴式子宫切除术治疗子宫脱垂的效果。方法: 选取2019年1月至2022年12月福建医科大学附属龙岩第一医院收治的88例子宫脱垂患者, 根据是否开展改良阴式子宫切除术分为对照组(传统阴式子宫切除术)与观察组(改良阴式子宫切除术), 各44例。比较两组患者围手术期指标、术后并发症发生情况、炎症应激指标、压力指标、生活质量。结果: 观察组患者各项围手术期临床指标均优于对照组, 术后并发症发生率以及各项炎症应激指标均低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。术后3个月, 观察组患者阴道静息压、盆底收缩压与生活质量均优于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 采用改良阴式子宫切除术治疗子宫脱垂的效果优于传统阴式子宫切除术。

**[关键词]** 子宫脱垂; 传统阴式子宫切除术; 改良阴式子宫切除术

**[中图分类号]** R 711.23; R 713.4<sup>+</sup>2 **[文献标识码]** B

子宫脱垂好发于经阴道分娩女性以及绝经期女性, 随着女性年龄的增长, 该病发病率逐年提升, 经阴道分娩女性在胎儿娩出过程中, 若第二产程延长、巨大儿均可导致盆腔内筋膜和肛提肌撕裂, 盆底组织薄弱, 在腹压作用下, 未复旧的子宫落至阴道<sup>[1-2]</sup>。绝经期女性卵巢功能减退, 可导致盆底肌肉与筋膜等支持结构逐渐变薄、松弛, 肌张力逐渐下降, 从而诱发子宫脱垂, 患者腰部有酸痛或下坠感, 长时间站立或劳累后不适感加重, 卧床休息后病情可得到缓解, 但是病情严重患者卧床休息后阴道内脱出物也无法自行还纳, 该病需结合患者病情轻重拟定治疗方案<sup>[3]</sup>。对于保守治疗效果欠佳, 有明显脱垂症状或脱垂程度在II度以上、病情持续发展患者需采取手术治疗, 传统阴式子宫切除术适用于无生育需求的患者, 但是由于手术操作空间较小, 术中操作可破坏盆底支撑结构, 导致术中出血量较多、术后恢复耗时长<sup>[4]</sup>。针对传统阴式子宫切除术中存在的问题, 本研究选取88例子宫脱垂患者, 探究采用改良阴式子宫切除术治疗子宫脱垂的效果, 具体报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2019年1月至2022年12月福建医科大学附属龙岩第一医院收治的88例子宫脱垂患者, 根据是否开展改良阴式子宫切除术分为对照组(传统阴式子宫切除术)与观察组(改良阴式子宫切除术), 各44例。对照组患者年龄47~69岁, 平均(56.67±1.44)岁; 分娩

次数1~4次, 平均(2.14±0.18)次。观察组患者年龄49~68岁, 平均(56.61±1.41)岁; 分娩次数1~3次, 平均(2.08±0.14)次。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 患者均腰骶酸痛且有下坠感, 久站或劳累后症状加重, 卧床休息后病情无法缓解, 结合经阴道超声检查与盆腔检查, 均确诊为子宫脱垂; (2) 盆底器官脱垂定量评估评分体系(pelvic organ prolapse quantification system, POP-Q)分度<sup>[4]</sup>在II~III度; (3) 均符合子宫切除术适应证; (4) 患者知情并同意本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 罹患子宫肌瘤、盆腔炎等其他生殖系统疾病; (2) 近6个月有腹部外科手术史患者; (3) 合并心脑血管以及肝肾等重要脏器功能异常患者。

### 1.3 方法

两组患者术前均常规备皮、阴道清洁, 并在术前1d灌肠, 术中体位均为截石位并将臀部微抬高以充分暴露阴道口, 术中行全身麻醉或硬膜外阻滞麻醉, 常规铺巾、导尿。

1.3.1 对照组 行传统阴式子宫切除术: 借助阴道拉钩以及宫颈钳以牵拉阴道壁, 暴露宫颈, 宫颈膀胱间隙实施水压分离, 自膀胱沟下0.5cm处, 环形切开宫颈-阴道黏膜, 分离膀胱宫颈间隙后, 打开膀胱反折腹膜行直肠宫颈间隙分离, 应用巾钳钳夹子宫体, 离断并缝合子宫周围韧带, 使用1号可吸收线缝合盆底腹膜、两侧

[收稿日期] 2023-08-12

[作者简介] 陈福春, 男, 副主任医师, 主要研究方向是妇科肿瘤、盆底功能障碍性疾病、子宫脱垂相关的治疗。

骶韧带与主韧带，离断子宫韧带及宫旁组织后将子宫取出，再对阴道前后壁进行修补，最后向阴道内填塞碘伏纱布以发挥加压止血的作用。

1.3.2 观察组 行改良阴式子宫切除术：通过阴道拉钩牵拉阴道壁以充分暴露宫颈，采取水压分离的方式分离膀胱宫颈间隙，自膀胱沟下 0.5 cm 处，沿阴道穹隆切开宫颈-阴道黏膜，应用 7 号丝线缝扎两侧圆韧带、输卵管、卵巢固有韧带、宫旁组织、主韧带，切开阴道后穹隆、取出子宫。而后采取两个荷包全层缝合法完成阴道及子宫其他组织修补，使用 1 号可吸收缝合线，自阴道前壁黏膜中点，经前腹膜、右侧角腹膜、右侧卵巢圆韧带残端、固有韧带残端、阴道侧壁黏膜、右侧骶韧带与主韧带残端、后壁腹膜、阴道后壁黏膜中心缝合，采取相同进针流程缝合对侧。在完成缝合后针对阴道前后壁膨出，于阴道壁膨出部位做一个三角形或梭形的切口，经该切口分离周围黏膜下间隙组织，并对表面实施电灼处理，并使用 1 号可吸收缝合线将切口双侧表面组织进行缝合，上抬膀胱以加强对阴道、膀胱的支托力。最后再次使用 1 号可吸收缝合线缝合两侧筋膜、会阴部组织。

两组患者术后为预防感染均常规给予抗菌药物治疗，并留置导尿管，引流管，术后 3 个月禁止盆浴与性生活。

1.4 观察指标

1.4.1 围手术期指标 包括术中出血量、尿管术后留置时间、引流管术后留置时间、住院时间。

1.4.2 术后并发症 包括术后阴道感染、压力性失禁等。

1.4.3 炎症应激指标 术前、术后 24 h 采集 5 mL 空腹静脉血后提取血清，酶联免疫吸附法检测 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子-α、白细胞介素-6。

1.4.4 压力指标 术前、术后 3 个月使用盆底肌肉康复治疗仪检测阴道静息压、盆底收缩压等压力指标。

1.4.5 生活质量 术前、术后 3 个月采用世界卫生组织生活质量测定简表 (the World Health Organization quality of life-brief version, WHOQOL-BREF) 评估患者生活质量，该量表中包括生理 (35 分)、心理 (30 分)、社会关系 (15 分) 及生活环境 (40 分) 共 4 项维度，各项维度评分越高则代表患者生活质量越好 [5]。

1.5 统计学分析

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  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者围手术期指标比较

观察组患者各项围手术期临床指标均优于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者围手术期指标比较 (*n* = 44,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	术中出血量 /mL	尿管术后留置时间 /h	引流管术后留置时间 /h	住院时间 /d
对照组	116.54 ± 21.59	72.54 ± 1.51	30.65 ± 1.62	10.76 ± 1.44
观察组	92.54 ± 21.54 <sup>a</sup>	68.54 ± 1.54 <sup>a</sup>	26.54 ± 1.59 <sup>a</sup>	7.46 ± 1.48 <sup>a</sup>

注：与对照组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05。

2.2 两组患者术后并发症发生率比较

观察组患者术后并发症发生率为 4.55%，低于对照组的 20.45%，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者术后并发症发生率比较 (*n* = 44, 例)

组别	术后阴道感染	压力性失禁	总发生 /n (%)
对照组	6	3	9(20.45)
观察组	1	1	2( 4.55) <sup>b</sup>

注：与对照组比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05。

2.3 两组患者炎症应激指标比较

术后 24 h，观察组患者各项血清炎症应激指标水平均低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者炎症应激指标比较 (*n* = 44,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	C 反应蛋白 /mg · L <sup>-1</sup>	肿瘤坏死因子-α/pg · mL <sup>-1</sup>	白细胞介素-6/ng · L <sup>-1</sup>
对照组	术前	7.55 ± 1.12	11.48 ± 1.11	7.51 ± 1.21
	术后 24 h	34.71 ± 1.49	30.81 ± 1.15	20.18 ± 1.48
观察组	术前	7.51 ± 1.15	11.45 ± 1.15	7.47 ± 1.25
	术后 24 h	20.51 ± 1.45 <sup>c</sup>	20.43 ± 1.12 <sup>c</sup>	16.54 ± 1.45 <sup>c</sup>

注：与对照组术后 24 h 比较，<sup>c</sup>*P* < 0.05。

2.4 两组患者压力指标比较

术后 3 个月，观察组患者阴道静息压、盆底收缩压均高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 4。

表 4 两组患者压力指标比较 (*n* = 44,  $\bar{x} \pm s$ , cmH<sub>2</sub>O)

组别	时间	阴道静息压	盆底收缩压
对照组	术前	21.87 ± 1.36	22.31 ± 1.41
	术后 3 个月	37.44 ± 1.21	35.21 ± 4.21
观察组	术前	21.82 ± 1.33	22.35 ± 1.36
	术后 3 个月	48.31 ± 1.25 <sup>d</sup>	50.31 ± 4.25 <sup>d</sup>

注：与对照组术后 3 个月比较，<sup>d</sup>*P* < 0.05。

2.5 两组患者生活质量比较

术后 3 个月，观察组患者各项 WHOQOL-BREF 评分均高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 5。

表 5 两组患者生活质量比较 (*n* = 44,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	生理	心理	社会关系	生活环境
对照组	术前	20.57 ± 2.71	20.12 ± 1.11	8.51 ± 1.11	29.66 ± 2.11
	术后 3 个月	28.08 ± 0.32	24.74 ± 1.33	10.26 ± 0.33	32.11 ± 1.33
观察组	术前	20.76 ± 2.76	20.18 ± 1.15	8.58 ± 1.15	29.71 ± 2.09
	术后 3 个月	33.03 ± 0.37 <sup>e</sup>	27.13 ± 1.37 <sup>e</sup>	12.07 ± 0.37 <sup>e</sup>	37.09 ± 1.37 <sup>e</sup>

注：与对照组术后 3 个月比较，<sup>e</sup>*P* < 0.05。

### 3 讨论

随着我国社会老龄化的加剧, 子宫脱垂患病就诊人数逐年增多, 患者有腰骶疼痛或有明显下坠感, 阴道内有肿物脱出, 病情轻微的患者卧床静息后, 阴道内脱出肿物可自行回纳, 但是病情加重患者脱出的肿物无法回纳, 可诱使患者出现尿急、尿频、排尿困难等泌尿系症状或盆腔炎症<sup>[5-6]</sup>。子宫脱垂治疗方法包括保守治疗以及手术治疗, 其中保守治疗为盆底肌功能康复锻炼, 该治疗方式仅适用于轻度子宫脱垂患者, 对于子宫脱垂病情较重的患者, 保守治疗效果欠佳, 需行手术治疗<sup>[7-8]</sup>。传统阴式子宫切除术经阴道进行操作, 操作时间短, 无腹部伤口, 有助于术后操作。但由于传统阴式子宫切除术盆底肌周围组织缝合不到位, 使患者术后阴道静息压、盆底收缩压等压力指标提升并不明显<sup>[9-10]</sup>。此外, 传统阴式子宫切除术对盆底组织造成的损伤较为严重, 局部组织在手术创伤刺激下, C反应蛋白、肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、白细胞介素-6等大量炎症因子分泌, 增加了患者术后机体愈合难度以及术后并发症发生风险。因此, 对于子宫脱垂患者在行阴式子宫切除术时, 为提高手术治疗安全性与患者预后效果, 应在传统阴式子宫切除术基础上对手术进行改进<sup>[11-12]</sup>。

本研究结果显示, 观察组患者术后各项炎症应激指标均低于对照组, 生活质量均优于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ), 导致该研究结果的原因为: 改良传统阴式子宫切除术患者与传统传统阴式子宫切除术以生理通道为手术腔道, 无需于体表做手术切口, 同时改良传统阴式子宫切除术实施过程中只打开宫颈膀胱间隙, 未打开宫颈直肠间隙, 降低了手术对子宫造成的创伤性刺激, 减少了患者术后相关炎症应激因子的释放, 同时有利于患者生活质量的提升<sup>[13-14]</sup>。本研究结果显示, 观察组患者各项围手术期临床指标均优于对照组, 术后并发症发生率低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ), 术后3个月, 观察组患者阴道静息压、盆底收缩压优于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ), 这与陈艳琳<sup>[15]</sup>学者的研究结果相一致, 由此可见, 改良阴式子宫切除术有利于患者术后机体尽快恢复。此外, 改良传统阴式子宫切除术中采取全层荷包缝合方法, 可将子宫韧带断端、黏膜与阴道壁黏膜有效缝合在一起, 使子宫残端向上移动, 提升了盆底与筋膜组织受到的支撑力, 有利于提高患者术后阴道静息压、盆底收缩压等压力指标, 从而保证患者个人生活尽快恢复至正常水平。

综上所述, 采用改良阴式子宫切除术治疗子宫脱垂的效果优于传统阴式子宫切除术。

### [参考文献]

- [1] 李轻霞. 改良阴式子宫切除术在老年女性子宫脱垂患者治疗中的应用效果观察 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2022, 43 (17): 1639-1642.
- [2] LI C, DAI Z, SHU H. Laparoscopic inguinal ligament suspension combined with hysterectomy for the treatment of uterovaginal prolapse [J]. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 2019, 45 (9): 35.
- [3] 顾双, 李全红, 赵曼曼. 改良阴式子宫切除术应用于老年子宫脱垂患者对其并发症发生率及生活质量的影响 [J]. 中国性科学, 2020, 29 (12): 82-84.
- [4] 王建. 改良阴式子宫切除术治疗老年妇女子宫脱垂的临床效果 [J]. 中国误诊学杂志, 2020, 15 (8): 352-354.
- [5] 张艳红. 改良阴式子宫切除术治疗老年妇女子宫脱垂的效果探讨 [J]. 中国老年保健医学, 2017, 15 (5): 75-76.
- [6] BUSHRAM, ANGLIM B, AL-JANABIA, et al. Long-Term Experience with Modified McCall Culdoplasty in Women Undergoing Vaginal Hysterectomy for Pelvic Organ Prolapse [J]. Journal of obstetrics and gynaecology Canada, 2021, 4 (10): 1129-1135.
- [7] 朱晓娜. 老年妇女子宫脱垂应用改良阴式子宫切除术治疗对照分析 [J]. 中外女性健康研究, 2019, 10 (15): 78-79.
- [8] 丁正风. 改良阴式子宫切除术治疗老年妇女子宫脱垂的临床效果 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19 (53): 104-106.
- [9] DLLENBACH P, CONSTANTIN F. Sacrocolpopexy with subtotal hysterectomy for recurrent genital prolapse after laparoscopic repair of anterior vaginal wall and uterine prolapse by lateral suspension with mesh [J]. Journal of Surgery, 2018, 8 (7): 1-3.
- [10] 王玉玲. 改良阴式子宫切除术加阴道后壁修补术治疗子宫脱垂 52 例观察 [J]. 现代诊断与治疗, 2018, 29 (20): 3351-3353.
- [11] 郑蔓嘉, 陈婵玉, 谢妙珠. 改良阴式子宫切除术与传统阴式子宫切除术治疗老年子宫脱垂的疗效比较 [J]. 现代诊断与治疗, 2018, 29 (17): 2755-2756.
- [12] ISHIZAWA C, HIROTA Y, URATA Y, et al. Prolapse of a pedunculated uterine leiomyoma through the cervix during GnRH antagonist treatment: Case report and literature review [J]. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 2020, 46 (12): 2679-2683.
- [13] 潘冬梅. 改良阴式子宫切除术治疗子宫脱垂 41 例疗效观察 [J]. 现代诊断与治疗, 2018, 29 (11): 1815-1817.
- [14] 覃花婵, 刘冬艳, 覃艳芬, 等. 改良阴式手术保留子宫与阴式子宫切除术在盆底脏器脱垂中的疗效对比分析 [J]. 健康必读, 2021, 4 (20): 231, 234.
- [15] 陈艳琳. 改良阴式子宫切除术治疗老年妇女子宫脱垂的疗效分析 [J]. 职业卫生与病伤, 2018, 33 (2): 115-117.