

· 临床研究 ·

腹腔镜下子宫骶韧带高位悬吊术治疗重度盆腔器官脱垂的疗效分析

陈莉莉¹, 杨洪伟²

1. 中山市古镇人民医院妇科, 广东 中山 528421; 2. 中山市古镇人民医院超声科, 广东 中山 528421

摘要: **目的** 探讨应用腹腔镜技术行子宫骶韧带高位悬吊术治疗重度盆腔器官脱垂的治疗效果和临床价值。**方法** 选取 2013 年 1 月至 2014 年 6 月收治的重度盆腔器官脱垂患者 35 例做为研究对象, 运用腹腔镜下子宫骶韧带高位悬吊术进行治疗, 然后根据国际盆腔器官脱垂量化分级法 (POP-Q) 观察比较治疗前后患者 POP-Q 各点数值和跟踪随访后 6 个月患者的生活质量问卷 POPDI-6、POFDI-20、UDI-6、CARDI-8 和 PISQ-31 评分分值变化。**结果** 患者治疗后 POP-Q 各点数值 (除阴道全长) 均明显优于治疗前 ($P < 0.01$); 跟踪随访 6 个月后, POPDI-6、POFDI-20、UDI-6、CARDI-8 评分较治疗前数值明显降低, PISQ-31 评分显著增高, 比较差异均有统计学意义 (P 均 < 0.01)。**结论** 对重度盆腔器官脱垂患者实施腹腔镜下子宫骶韧带高位悬吊术治疗, 手术创伤小, 能够有效保持患者盆底结构完整, 提高患者生活质量。

关键词: 腹腔镜; 子宫骶韧带高位悬吊术; 盆腔器官脱垂, 重度

中图分类号: R 713 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)06-0783-03

盆腔器官脱垂是指由各种病原引起的盆底支持组织薄弱, 导致盆腔内器官下降移位, 造成器官位置异常和功能障碍的一种妇科疾病^[1-3]。常伴有排尿、排便困难, 外阴发炎、出血等临床症状, 其致病原因尚不明确, 据医学统计数据表明, 中老年人群多发, 约占 11% 左右, 严重影响患者的生活质量^[4-6]。笔者本着最大可能减少创伤、最大可能遵循保留盆腔解剖结构和生理功能的原则, 对盆腔器官重度脱垂患者采用腹腔镜下子宫骶韧带高位悬吊术进行微创手术治疗, 取得一定效果, 具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 1 月至 2014 年 6 月我院收治的重度盆腔器官脱垂患者 35 例, 年龄 38~69 (53.26 ± 3.15) 岁, 所有患者均为阴道分娩经产妇, 其中分娩过 2 胎 25 例, 3 胎 7 例, 4 胎 3 例, 绝经时间 1~15 (6.48 ± 5.71) 年; 平均体质指数 (BMI) 为 (24.66 ± 3.15) kg/m²; 根据国际尿控协会盆腔器官脱垂量化分级法 (POP-Q)^[7]: III 度脱垂 28 例, IV 度脱垂 7 例, 其中, 27 例合并阴道前壁膨出和阴道后壁轻-重度膨出, 6 例合并压力性尿失禁。参与研究患者经检查均无心、肝、胆、肾等严重合并性疾病, 意识清醒,

精神正常, 并签订知情通知书, 自愿参加本研究。

1.2 方法

1.2.1 术前准备 (1) 完善各种检查; (2) 合并尿失禁患者进行尿流动力学检查, 治疗合并症; (3) 评估盆底韧带和肌肉情况。

1.2.2 腹腔镜手术治疗 对患者行全身麻醉, 取膀胱截石位, 实施腹腔镜下单纯双侧骶韧带高位悬吊术进行盆腔重度脱垂治疗^[8-9]: (1) 牵拉骶韧带, 明确双侧输尿管走行; (2) 打开后腹膜, 游离输尿管至骶骨岬 4 cm 处, 在骶骨韧带附着处下 3 cm 缝合骶韧带到同侧阴道顶端, 拉紧并打结; (3) 对同侧输尿管走行和蠕动情况进行探查; (4) 部分子宫脱垂患者可同时采用可吸收缝线环形缝合双侧宫骶韧带和直肠浆膜层, 封闭子宫直肠陷凹; (5) 同时对需要修补的阴道穹窿和阴道前后壁进行修补; (6) 术后留置导尿管 24~48 h。

1.3 观察指标 分别于治疗前及跟踪随访 6 个月后采用以下指标进行评价。 (1) 采用生活质量问卷观察比较患者治疗前后的 POPDI-6、POFDI-20、UDI-6、CARDI-8 评分情况, 问卷一共 20 道题目, 满分 300 分, 分数越高, 说明对患者生活质量影响越大; (2) 采用盆底功能障碍性疾病尿失禁性生活问卷 (PISQ-3) 评分情况评价患者术后性生活质量, 问卷满分 100 分, 分数越高, 说明性生活质量越好; (3) 采用国际尿控协会盆腔器官脱垂量化分期法 (POP-Q) 对治疗效果进行评定, 该法将阴道分成 6 个位点和 3 条径线,

与处女膜的关系以 cm 测量,数值越接近正常值,说明治疗效果越好。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 14.0 软件进行统计分析。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,治疗前后的比较采用配对 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

35 例患者手术时间 28 ~ 55 (43.25 ± 5.38) min;术中出血量 20 ~ 40 (31.55 ± 6.85) ml;术中周围器官无 1 例损伤,术后导尿管留置 24 ~ 48 h 拔除后无尿潴留发生;患者住院时间 6 ~ 10 (7.14 ± 1.78) d,均治愈出院。

患者治疗前后 POP-Q 各点测量数值比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$);TVL(当 C 和 D 点处于完全正常位置时阴道的最大深度)值治疗前比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

患者治疗后,POPDI-6、POFDI-20、UDI-6、CARDI-8 评分均明显低于治疗前 (P 均 < 0.01);PISQ-31 评分明显高于治疗前 ($P < 0.01$)。见表 2。

表 1 患者治疗前后 POP-Q 各分度指标点的测量数值比较 ($n = 35, \text{cm}, \bar{x} \pm s$)

项目	治疗前	治疗后	t 值	P 值
Aa	1.91 ± 1.13	-2.49 ± 0.89	18.097	0.000
Ba	3.15 ± 2.38	-2.57 ± 0.70	13.641	0.000
C	1.73 ± 3.51	-5.79 ± 0.48	9.919	0.000
D	1.06 ± 2.95	-7.33 ± 1.15	15.677	0.000
Ap	-0.79 ± 2.51	-2.92 ± 0.29	4.753	0.000
Bp	0.23 ± 3.26	-2.73 ± 0.49	5.312	0.000
TVL	8.33 ± 0.15	8.33 ± 0.15	0.000	1.000

注:阴道前壁两点 Aa、Ba,阴道顶部两点 C、D,阴道后壁两点 Ap、Bp,阴道全长(TVL)。

表 2 患者治疗前和治疗后 6 个月生活质量评分观察比较 ($n = 35, \text{分}, \bar{x} \pm s$)

项目	治疗前	治疗后	t 值	P 值
POPDI-6	40.33 ± 9.76	3.41 ± 2.06	21.897	0.000
POFDI-20	53.17 ± 2.89	0.29 ± 0.10	108.185	0.000
UDI-6	12.51 ± 7.66	1.58 ± 1.87	8.201	0.000
CARDI-8	8.01 ± 9.78	1.35 ± 1.76	3.965	0.000
PISQ-31	62.88 ± 6.15	97.93 ± 6.95	22.344	0.000

3 讨论

解剖学基础研究提示,支持盆腔盆底结构主要有 3 个水平:(1)主韧带和骶韧带为主要支持水平;(2)膀胱宫颈筋膜和直肠筋膜为阴道旁侧支持水平;(3)外围软组织支持水平^[10-11]。盆腔器官脱垂是盆底支持水平结缔组织损伤而导致的子宫位置和阴道

穹窿位置下降所表现的临床症状,传统治疗盆腔器官脱垂的方法主要有以下几种^[12-13]:(1)曼氏手术。该手术方法虽然简单,术中出血量少,但却使主韧带和骶韧带的复合体变短,削弱了本来虚弱的盆底结构,使患者术后的复发率居高不下,据统计,曼氏手术后复发率可达 20%。(2)骶棘韧带固定术。该手术为阴道手术,术后恢复较快,无性交困难,但需要较高的分离技术,有损害神经和血管的可能。(3)阴道后路悬吊带术。需要比较昂贵的吊带来完成手术,患者的经济压力较大。而腹腔镜下子宫骶韧带高位悬吊术,手术创伤小,恢复快,视野清晰,利用自身组织做悬吊带,具有简单、经济、并发症少的优点,已越来越多的应用于盆腔重度脱垂患者的治疗上。

在腹腔镜骶韧带悬吊术中,由于子宫骶韧带中央处是盆底支持结构中最坚固悬吊点,通过阴道后壁直至前壁,可提供 14.1 MPa 的稳定力和 6.3 MPa 的最大拉力,对支持患者盆底重建特别是阴道后壁不完整患者更具有合理性^[14-15];输尿管损伤骶韧带高位悬吊术最常见的并发症,研究提示,输尿管与骶韧带的平均距离为 1.41 cm,正确确定输尿管走行和术中缝合,可有效避免输尿管损伤。本研究手术过程中,在骶韧带外侧打开侧腹摸后,确定输尿管走行并外推固定再做缝合手术,35 例手术无 1 例输尿管损伤和梗阻。经腹腔镜子宫骶韧带高位悬吊手术治疗后,所有患者生活质量评分和手术前比较,差异均有统计学意义;盆腔脱垂量化分级 POP-Q 数值治疗前后比较,差异有统计学意义;跟踪随访 6 个月后观察,治疗后 POP-Q 数值没有变化,提示近、中期手术客观成功率为 100%,主观治愈率为 100%,手术成功率证明腹腔镜子宫骶韧带高位悬吊术是治疗盆腔重度脱垂有效而持久的手术方式。

综上所述,腹腔镜子宫骶韧带高位悬吊术术式安全,疗效稳定,能够有效保持盆腔盆底支持结构完整,手术后近、中期的主客观治愈率均为 100%,对患者的生活质量改善明显。

参考文献

- [1] 侯涛,丘媚妮,吴成勇,等.腹腔镜骶韧带高位悬吊术在子宫脱垂中的应用[J].中国当代医药,2014,21(24):75-77.
- [2] 陈小燕,张龙绘,谢漫丽.阴道子宫骶骨韧带高位悬吊术治疗重度盆腔器官脱垂的效果分析[J].黑龙江医学,2014,38(7):824-826.
- [3] Due U, Broström S, Lose G. Validation of the Pelvic Floor Distress Inventory-20 and the Pelvic Floor Impact Questionnaire-7 in Danish women with pelvic organ prolapse [J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2013, 92(9):1041-1048.

- [4] Zhou L, Lee JH, Wen Y, et al. Biomechanical properties and associated collagen composition in vaginal tissue of women with pelvic organ prolapse[J]. J Urol, 2012, 188(3): 875-880.
- [5] 邹敏芸, 杨云华, 舒俊俊, 等. 经阴道宫骶韧带高位悬吊术治疗重度盆腔器官脱垂的近期疗效[J]. 江西医学, 2013, 48(9): 772-774.
- [6] 张坤, 韩劲松. 腹腔镜下高位骶韧带悬吊术治疗子宫脱垂的疗效探讨[J]. 中国妇产科临床杂志, 2013, 14(2): 106-109.
- [7] 曾敏, 谷霞. 经阴道子宫骶骨韧带高位悬吊术对重度盆腔器官脱垂的临床治疗探究[J]. 中国性科学, 2014, 23(12): 12-14.
- [8] 陆宝明, 幸薇, 庄丽珊, 等. 应用腹腔镜下高位宫骶韧带悬吊术治疗子宫脱垂[J]. 中国现代药物应用, 2014, 8(14): 71-72.
- [9] 姬冰瑞, 边爱平, 赵倩, 等. 两种保留子宫治疗子宫脱垂的手术方式的疗效分析[J]. 现代妇产科进展, 2014, 23(12): 976-978.
- [10] 黄丽, 罗永芳. 坐骨棘筋膜固定缝合术治疗重度盆腔器官脱垂(POP)的疗效[J]. 中国医药导刊, 2014, 16(1): 3-4.
- [11] 孙之星, 朱兰, 胡惠英, 等. 腹腔镜高位宫骶韧带悬吊术联合子宫颈切除术治疗生育期子宫脱垂的长期疗效及性功能评价[J]. 中华妇产科杂志, 2014, 49(3): 167-171.
- [12] 鲁永鲜, 王佳, 沈文洁, 等. 经阴道子宫骶骨韧带高位悬吊术治疗重度盆腔器官脱垂的长期疗效[J]. 中华妇产科杂志, 2013, 48(8): 564-569.
- [13] 郭权, 李俊, 夏志军, 等. 盆腔脏器脱垂 68 例手术策略[J]. 广东医学, 2010, 31(18): 2425-2427.
- [14] 方晓慧, 丁岩. 对盆底重建手术并发症的再认识[J]. 中国妇产科临床杂志, 2013, 14(2): 100-101.
- [15] 邢丽, 王治洁, 应小燕. Prolift 全盆底重建术对盆腔器官脱垂患者术后生存质量的影响[J]. 中国医药导报, 2013, 10(16): 42-44.

收稿日期: 2015-01-16 修回日期: 2015-02-11 编辑: 王海琴

· 临床研究 ·

小儿手足口病 122 例实验室检测结果与治疗

李雪红, 樊云秀, 叶伟杰

广东省阳山县人民医院检验科, 广东 清远 513100

摘要: **目的** 对手足口病患儿的实验室检测结果进行分析, 使用痰热清注射液与炎琥宁联合应用治疗手足口病患儿, 分析其对手足口病的临床治疗效果。 **方法** 选取 2013 年 1 月至 2014 年 10 月 122 例非重症手足口病患儿的咽拭子、肛拭子和粪便样本, 首先用 RT-PCR 法对病毒核酸进行肠道病毒通用型、肠道病毒 71 型(EV71)和科萨奇病毒 A 组 16 型(CA16)进行检测; 再将手足口病患儿按照随机数字表方法随机分为治疗组($n=61$)和对照组($n=61$), 治疗组给予痰热清注射液与炎琥宁联合治疗, 对照组给予病毒唑治疗, 观察记录患儿治疗后退热时间、皮疹消退时间和住院时间。分析痰热清注射液与炎琥宁联合应用对手足口病治疗的临床效果。 **结果** 122 例非重症手足口病患儿 EV71 阳性 93 例, CA16 阳性 22 例。治疗组患儿的退热时间、皮疹消退时间和住院时间均明显短于对照组(P 均 < 0.01)。 **结论** 痰热清注射液与炎琥宁联合应用可明显缩短病程, 见效快, 能有效减轻患儿痛苦, 疗效确切。

关键词: 手足口病; 痰热清; 炎琥宁; 肠道病毒 71 型; 科萨奇病毒 A 组 16 型

中图分类号: R 725.1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)06-0785-03

手足口病(hand-foot-mouth disease, HFMD)是由多种肠道病毒引起的儿童常见传染病, 临床症状主要以发热、手、足、口腔等部位的疱疹为主, 少数患儿可发生心肌炎、肺水肿、无菌性脑膜炎等严重并发症甚至导致死亡^[1]。目前发现引起本病的肠道病毒有 20 多种, 以肠道病毒 71 型(EV71)和柯萨奇病毒 A 组 16 型(CA16)最为常见^[2]。手足口病的潜伏期为 2~7 d, 传染源包括患者和隐性感染者。该病传播方

式多样, 以通过人群密切接触传播为主。病毒可通过唾液、疱疹液、粪便等污染的手、毛巾、手绢、牙杯、玩具、食具、奶具、床上用品、内衣等引起间接接触传播; 患者咽喉分泌物及唾液中的病毒可通过飞沫传播; 如接触被病毒污染的水源, 亦可经水感染。由于手足口病常发生于 10 岁以下儿童, 尤其是 5 岁以下婴幼儿最为常见, 是一种全球性、人人易感的传染病, 流行范围广、传染性强。本研究选取 122 例非重症手足口病患儿, 分别给予痰热清注射液与炎琥宁联合应用治疗和病毒唑治疗, 旨在分析痰热清注射液与炎琥宁联合应用对手足口病的临床治疗效果, 现报告如下。