

老年严重子宫脱垂伴全阴道膨出手术治疗的临床效果及术后疼痛反应分析

李爱莲¹, 王晓红¹, 陈志燕²

1. 秦皇岛青龙妇幼保健院妇产科, 河北 秦皇岛 066500;

2. 秦皇岛经济技术开发区医院妇产科, 河北 秦皇岛 066000

摘要: **目的** 探讨阴式子宫切除联合阴道前后壁修补术治疗老年严重子宫脱垂伴全阴道膨出患者的临床疗效及术后疼痛反应。**方法** 回顾性分析 2014 年 2 月至 2015 年 2 月收治的 103 例老年严重子宫脱垂伴全阴道膨出患者的临床资料。以常规手术治疗的 52 例为对照组, 以阴式子宫切除联合阴道前后壁修补术治疗的 51 例为观察组。比较两组的临床效果及术后疼痛反应情况。**结果** 对照组的手术时间 $[(85.25 \pm 5.24) \text{ min} \text{ vs } (68.15 \pm 2.25) \text{ min}]$ 显著长于观察组, 术中出血量 $[(481.25 \pm 10.23) \text{ ml} \text{ vs } (380.25 \pm 12.12) \text{ ml}]$ 显著大于观察组, 肛门排气时间 $[(27.35 \pm 8.26) \text{ h} \text{ vs } (18.12 \pm 10.11) \text{ h}]$ 和住院天数 $[(15.12 \pm 2.15) \text{ d} \text{ vs } (7.25 \pm 2.11) \text{ d}]$ 均显著长于观察组, 差异均有统计学意义(P 均 < 0.01)。对照组术后 1、3、7 d 的疼痛 VAS 评分 $[(6.8 \pm 0.3) \text{ vs } (5.2 \pm 0.3), (5.1 \pm 0.2) \text{ vs } (2.1 \pm 0.2), (4.3 \pm 0.2) \text{ vs } (1.0 \pm 0.1)]$ 均显著高于观察组, 差异均有统计学意义(P 均 < 0.05)。对照组的并发症发生率稍高于观察组, 但差异无统计学意义(13.46% vs 3.92%, $P > 0.05$)。**结论** 对老年严重子宫脱垂伴全阴道膨出患者实施阴式子宫切除联合阴道前后壁修补治疗可以获得较常规手术治疗更好的临床效果。

关键词: 子宫脱垂; 阴道膨出; 老年; 阴式子宫切除术; 阴道前后壁修补; 疼痛

中图分类号: R 711.23 R 711.21 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)02-0247-03

盆底疾病是盆底功能障碍性疾病的简称, 其临床症状很多, 如排尿异常、器官脱垂、性功能障碍、排便异常、慢性盆腔疼痛等^[1]。以上症状中, 器官脱垂是一种最为常见的类型。现如今, 盆底功能障碍性疾病已经成为威胁女性健康的最常见的慢性病之一^[2]。其中, 子宫脱垂伴全阴道膨出是一种常见的盆底疾病, 严重危害女性健康^[3]。本研究中, 笔者对阴式子宫切除联合阴道前后壁修补术治疗老年严重子宫脱垂伴全阴道膨出患者的临床效果及术后疼痛反应情况进行分析, 以期临床治疗提供一定参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析本院 2014 年 2 月至 2015 年 2 月收治的 103 例老年严重子宫脱垂伴全阴道膨出患者的临床资料。患者年龄 60~85 (62.6 ± 10.2) 岁; 均经临床诊断, 确诊为严重子宫脱垂伴全阴道膨出。以常规手术治疗的 52 例为对照组, 以阴式子宫切除联合阴道前后壁修补术治疗的 51 例为观察组, 两组一般资料比较差异无统计学意义(P 均 $>$

0.05)。见表 1。本研究相关内容和方法均经本院伦理部门审核并批准。

1.2 方法 术前对患者进行常规肠道处理、访谈以及健康宣教, 手术当天对患者进行硬膜外阻滞及腰麻联合麻醉, 待达到麻醉效果之后实施手术。对照组患者实施常规手术治疗, 子宫及附件切除, 并对阴道前后壁进行修补。观察组实施阴式子宫切除联合阴道前后壁修补术治疗, 于宫颈最低点下方将阴道黏膜切开达到宫颈前筋膜, 宫颈黏膜切口的形状为“V”字形, 将阴道黏膜由正中剪开。将宫颈两侧以及阴道后壁黏膜切开, 暴露主韧带、子宫骶韧带、膀胱宫颈韧带, 并依次行钳、切、缝、扎, 切除子宫之后, 对阴道前壁的两侧切缘进行钳夹, 对尿道两侧筋膜行间断褥垫式缝合, 将盆底加固, 打结之后将尿管抽动稍微有紧束感, 将多余阴道黏膜剪除, 以可吸收线对阴道顶端以及前壁黏膜进行缝合。手术结束后对切口予以缝合, 阴道内置碘仿纱条。术后对两组患者予以常规抗感染等处理。

1.3 观察指标 术后随访 3 个月, 观察两组的近期效果和并发症发生情况, 并进行比较。(1) 两组的围手术期相关指标: 包括术中出血量和肛门排气时间、住院天数、手术时间; (2) 术后 1、3、7 d 的疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分情况: 满分 10 分, 得分越高说明

疼痛感越强烈。(3)术后并发症发生情况。

1.4 统计学处理 利用 SPSS 17.0 软件进行统计分析。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,符合正态分布的予以 t 检验,不符合正态分布的予以倒数转换近似正态后进行 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验或校正 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者手术相关指标分析 对照组的术中出血量显著大于观察组,手术时间、肛门排气时间和住院天数均显著长于观察组,差异均有统计学意义(P 均 < 0.01)。见表 2。

2.2 两组患者术后 1、3、7 d 的疼痛 VAS 评分情况分析 对照组术后 1、3、7 d 的疼痛 VAS 评分均显著高于观察组(P 均 < 0.05)。见表 3。

2.3 两组患者术后并发症发生情况分析 术后并发症发生情况,对照组有 4 例出现出血,3 例出现感染;观察组 1 例出现出血,1 例出现感染。对照组并发症发生率为 13.46%,稍高于观察组的 3.92%,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。所有患者均经积极对症治疗后出血、感染症状控制。

表 1 两组患者一般资料比较 ($\bar{x} \pm s$)					
组别	例数	年龄(岁)	孕次(次)	体质指数(kg/m ²)	产次(次)
观察组	51	63.4 ± 12.5	3.1 ± 1.5	24.1 ± 3.2	2.1 ± 1.5
对照组	52	62.8 ± 10.1	3.0 ± 1.6	24.2 ± 3.5	2.2 ± 1.7
P 值		> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05

表 2 两组患者手术相关指标分析 ($\bar{x} \pm s$)					
组别	例	手术时间(min)	术中出血量(ml)	肛门排气时间(h)	住院天数(d)
观察组	51	68.15 ± 2.25	380.25 ± 12.12	18.12 ± 10.11	7.25 ± 2.11
对照组	52	85.25 ± 5.24	481.25 ± 10.23	27.35 ± 8.26	15.12 ± 2.15
P 值		< 0.01	< 0.01	< 0.01	< 0.01

表 3 两组患者术后 1、3、7 d 的疼痛 VAS 评分分析 ($\bar{x} \pm s$)				
组别	例	术后 1 d	术后 3 d	术后 7 d
观察组	51	5.2 ± 0.3	2.1 ± 0.2	1.0 ± 0.1
对照组	52	6.8 ± 0.3	5.1 ± 0.2	4.3 ± 0.2
P 值		< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨 论

发生盆底功能障碍的原因较多,其中分娩损伤最多见^[4-5]。分娩巨大儿、多产、产程长、产钳助产以及盆腔手术等原因都可能是盆底功能障碍的诱发因素。此外,长期慢性咳嗽、排便困难、经常超重负荷等均可使腹压增加,迫使子宫向下移位。

尤其是随着人的老龄化进程,女性盆底损伤、机

能退化和功能障碍等造成的盆腔脏器膨出,如子宫脱垂,阴道前后壁膨出,压力性尿失禁等问题日益突出^[6-8]。以往对严重子宫脱垂伴全阴道膨出患者进行手术治疗的过程中,大多采用常规子宫托保守治疗^[9]。但往往无法获得理想的效果,且术后容易出现阴道黏膜感染等并发症,不利于提高预后效果^[10]。而采用阴式子宫切除联合阴道前后壁修补方式进行治疗,可在术后对患者盆底组织和筋膜予以很好的矫正,显著增强筋膜的支撑能力^[11]。另外,通过充分游离阴道黏膜,可恢复正常的解剖位置和相关功能^[12-13]。而且,利用这一术式进行治疗,不会对患者机体造成过大的创伤,术中出血较少,有利于患者的术后恢复^[14]。郭红侠^[15]报道,采用阴式子宫切除联合阴道前后壁修补方式治疗Ⅲ度子宫脱垂合并阴道膨出患者,在手术时间、术中出血及术后并发症等方面优于常规手术,具有十分明显的应用优势。本研究发现,在手术相关指标方面,对照组术中出血量显著大于观察组,手术时间、肛门排气时间和住院天数均显著长于观察组,差异均有统计学意义,表明阴式子宫切除联合阴道前后壁修补术可以获得较好的临床效果。另外,阴式子宫切除联合阴道前后壁修补治疗的手术范围十分彻底,术后患者的疼痛感也较轻。本研究结果显示,对照组术后 1、3、7 d 的疼痛 VAS 评分均显著高于观察组,差异均有统计学意义。在术后并发症发生情况方面,对照组的并发症发生率稍高于观察组。上述结果表明,对老年严重子宫脱垂伴全阴道膨出患者实施阴式子宫切除联合阴道前后壁修补治疗可以获得较常规手术治疗更好的临床效果。

但是,受到研究时间以及实际条件等因素的影响,本研究所纳入的病例总数十分有限,相应的观察指标等也较少,所获得的相关结果及结论等均有可能存在一定的不足之处。为此,有待在今后的研究中通过增加观察指标、扩大样本容量、延长观察时间等方式予以进一步探讨。

参考文献

[1] 梁锋. 经阴道全子宫全阴道切除术治疗Ⅲ度子宫脱垂合并阴道膨出疗效观察[J]. 中国卫生产业, 2014, 11(16): 134-135.

[2] 宋献忠. 老年重度子宫脱垂伴全阴道膨出临床特点与手术治疗[J]. 中国伤残医学, 2014, 22(10): 111-112.

[3] 胡碧洪, 文仲勇, 黄诗敏, 等. 腹腔镜下子宫次全切除并盆底重建术治疗子宫脱垂 18 例[J]. 中国临床研究, 2010, 23(10): 853-855.

[4] 刘海荣. 阴道壁膨出“桥”式修补术的应用体会[J]. 中国临床研究, 2014, 27(12): 1508-1509.

[5] 张月, 韩萍, 张洁. 妊娠、分娩所致盆底功能障碍性疾病的研究

现状[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2015, 18(6): 1054-1059.

[6] 张桂欣, 易建平, 王凤兰, 等. 妊娠期膀胱颈移动度与产后压力性尿失禁的相关因素探讨[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2015, 18(10): 1632-1635.

[7] 史洪超. 压力性尿失禁的治疗进展[J]. 中华全科医学, 2010, 08(9): 1177-1179.

[8] Lebeau R, Guié P, Bohoussou é, et al. An uncommon complication of unsafe induced abortion: bowel prolapse through uterine perforation [J]. Gynecol Obstet Fertil, 2013, 41(3): 193-195.

[9] 何耘. 阴式子宫切除加阴道前后壁修补术治疗子宫脱垂 20 例临床分析[J]. 河南外科学杂志, 2014, 20(3): 23-24.

[10] 黄立. 传统手术在子宫脱垂伴阴道壁膨出术中的临床意义分析[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(25): 4053-4054.

[11] Fayyad AM, Siozos CS. Safety and one year outcomes following vagi-

nally assisted laparoscopic uterine sacropexy (VALUES) for advanced uterine prolapse [J]. Neurourol Urodyn, 2014, 33(3): 345-349.

[12] 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.

[13] 李宝莲, 薛菊芳, 彭婷. 改良阴式子宫切除、阴道壁修补术在基层医院的应用价值[J]. 中国综合临床, 2014, 30(12): 1332-1333.

[14] 张爱凤, 胡玉玲, 杨国华, 等. 改良阴式手术治疗女性盆腔器官脱垂的效果分析[J]. 中国医药导报, 2014, 11(15): 159-162.

[15] 郭红侠. 阴式子宫切除加阴道前后壁修补术治疗Ⅲ度子宫脱垂合并阴道膨出疗效观察[J]. 医学信息, 2014, 27(8): 284.

收稿日期: 2015-08-05 修回日期: 2015-09-09 编辑: 王娜娜

(上接第 246 页)

期获得更准确、更有说服力的研究结果。

参考文献

[1] 陆熠, 郝永强. 纯钛爪型肋骨内固定板在多发肋骨骨折的应用[J]. 中国医药导报, 2013, 10(6): 47-49.

[2] 任明明, 孔繁义, 杨博, 等. 胸腔镜手术内固定与传统剖胸内固定治疗多发肋骨骨折的疗效比较[J]. 中华创伤杂志, 2014, 30(6): 512-515.

[3] 武国栋, 张子瑜, 赵金超, 等. 胸腔镜钛镍合金爪形肋骨板治疗多发肋骨骨折合并血气胸的疗效[J]. 武警医学, 2015, 26(5): 446-448.

[4] 杨仁荣, 曹金林, 刘桂宝, 等. 多发肋骨骨折的外科手术治疗[J]. 中华急诊医学杂志, 2013, 22(8): 914-917.

[5] 王晓舟, 李春盛, 郭强, 等. 盘状钢丝电极应用对多发肋骨骨折后心脏骤停急诊抢救的临床观察[J]. 中华急诊医学杂志, 2013, 22(6): 643-645.

[6] 隋铁泉, 张志伟, 杨洋, 等. 同期肋骨内固定手术治疗胸外伤合并多发肋骨骨折[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2014, 30(1): 14-16.

[7] 周金强, 王辉, 张金燕, 等. 保留肋骨骨膜内固定术治疗多发肋骨骨折后肺部并发症的临床研究[J]. 中国医药导报, 2014, 11(9): 95-97.

[8] 杨春锋. 抓握式镍钛记忆合金肋骨接骨板对多发肋骨骨折患者的治疗效果[J]. 中国医药导报, 2014, 11(30): 54-57.

[9] 骆晴, 严琼, 齐东海. 多发肋骨骨折合并胸椎骨折同期行内固定手术临床观察[J]. 西南国防医药, 2014, 24(3): 266-268.

[10] 廖志敏, 黄维江, 胡磊, 等. 胸部护板在治疗 36 例多发肋骨骨折合并局部反常呼吸的作用分析[J]. 中国医师进修杂志, 2015, 38(1): 51-53.

[11] 王波, 汤秉洪, 王剑波. 多发肋骨骨折的手术治疗分析[J]. 局解手术学杂志, 2013, 22(3): 315-316.

[12] 魏德胜. 多发性肋骨骨折保守治疗与手术治疗的临床效果比较[J]. 中华全科医学, 2015, 13(3): 500-501.

[13] 张旭鸣, 邱美光, 林世水, 等. 非连枷胸多发肋骨骨折治疗选择及疗效评价[J]. 中华急诊医学杂志, 2013, 22(7): 795-797.

收稿日期: 2015-09-13 修回日期: 2015-10-16 编辑: 石嘉莹