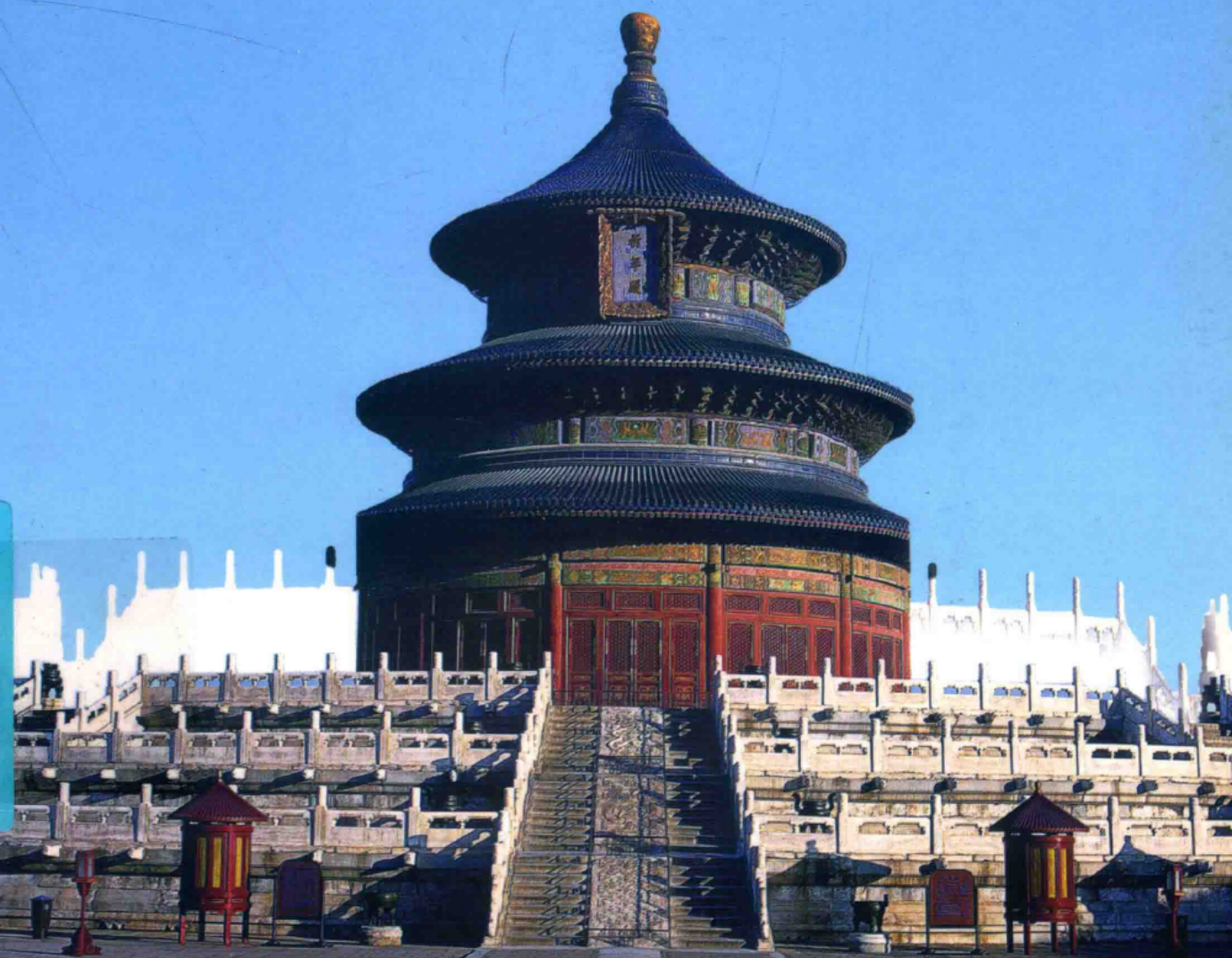


2007年第二届 中—美



妇科泌尿、盆底重建外科 学术研讨会

THE SECOND SINO-AMERICAN MEETING OF UROGYNECOLOGY,
PELVIC RECONSTRUCTIVE SURGERIES



解放军总医院第一附属医院妇产科
北京 2007年10月22日 ~ 10月25日

**2007 年第二届中一美
妇科泌尿、盆底重建外科
学术研讨会**

专题讲座集

**解放军总医院第一附属医院妇产科
北京 2007 年 10 月 22 日 ~10 月 25 日**

2007 年第二届中 - 美妇科泌尿、盆底重建外科学术研讨会日程表
(2007/10/22-2007/10/25)

2007-10-22 日程安排

6:30~7:30	早 餐(Breakfast)	
8:00~8:30	开幕式	解放军总医院一附院院长致开幕词
8:30~9:00	集体合影(新兴宾馆门口)	
	专题 讲 座	主持人 宋岩峰 鲁永鲜
9:00~9:30	修复重建外科的发展及女性盆底重建的几点建议	解放军总医院一附院 盛志勇 p1
9:30~10:00	女性盆底障碍性疾病的防治策略	北京协和医院妇产科 朗景和
10:00~10:30	女性盆腔医学的诊断标准、培训及随访	妇科肿瘤学会主席 曹泽毅 p2
10:30~10:40	茶 歇(Coffee Break)	
10:40~11:20	子宫托:脱垂治疗的历史和现状 (Pessaries: the past & present prolapse treatment)	美国麻省医学院 Stephen Young 张琳 译
11:20~12:00	尿道下吊带 (Suburethral sling)	美国麻省医学院 Stephen Young 杨欣 译
12:10~12:40	午 餐(Lunch)	
	专题 讲 座	主持人 朱兰 张晓薇
13:30~14:00	尿失禁的非手术治疗 (Non-surgical approaches for incontinence)	美国德州大学 Joseph Schaffer (朱兰 译)
14:00~14:50	前盆腔缺陷的修补和重建 (Rep. and Rec. of anterior compartment defects)	美国麻省医学院 Stephen Young 鲁永鲜 译
14:50~15:20	女性盆底形态学新概念	第二军医大学解剖教研室 张东铭
15:20~15:30	茶 歇(Coffee Break)	
15:30~16:20	走进盆底功能障碍病人 (Approach to the patient with PFD)	美国德州大学 Joseph Schaffer 王建六 译
16:20~17:10	移植物和补片在盆腔重建手术中的应用 (Grafts & Meshs: Should we be using them?)	美国麻省医学院 Stephen Young 鲁永鲜 译
17:10~18:00	选择正确的抗尿失禁手术 (Choosing the right anti-incontinent operation)	美国德州大学 Joseph Schaffer (朱兰 译)
18:30~20:30	欢 迎 晚 宴(Welcome Reception)	

2007-10-23 日程安排

6:30~7:30	早 餐(Breakfast)	
	专题 讲 座	主持人 杨勇 王建六
8:00~8:30	女性盆底障碍疾病诊断治疗的理论基础	南京军区福州总医院 宋岩峰
8:30~8:50	膀胱疼痛综合症 / 间质性膀胱炎	北京朝阳医院 杨勇
8:50~9:10	尿动力学技术规范(GUP)--- 标准化报告	北京博爱医院 廖利民 ✓
9:10~9:40	女性压力性尿失禁的评估	北京朝阳医院 杨勇 ✓
9:40~10:00	压力性尿失禁的手术治疗	南京军区福州总医院 宋岩峰
10:00~10:10	茶 歇(Coffee Break)	
10:10~10:40	尿失禁的尿动力学测试及其价值	北京博爱医院 廖利民 ✓

10:40~11:10	聚丙烯吊带结合传统手术治疗 盆底功能障碍性疾病		上海交大附属仁济医院 马庆良	
11:10~11:40	神经泌尿学现状与进展		北京博爱医院 廖利民	
11:40~12:10	阴式子宫全切的重新评价 及手术要点		上海交大同济医院 马庆良	
12:30~13:00	午 餐(Lunch)			
	专 题 讲 座		主 持 人 梁志清 马乐	
13:30~14:00	妇科痿症		北京妇产医院 刘长江	
14:00~14:30	膀胱、尿道、直肠阴道痿手术修补 如何确保成功的几点体会		山东省立医院 刘新民	
14:30~15:00	尿失禁的非手术治疗		北京大学第一医院 杨欣	
15:00~15:10	茶 歇(Coffee Break)			
15:10~15:40	盆腔器官脱垂的手术治疗进展		解放军总医院一附院 鲁永鲜	
15:40~16:10	女性盆底的分层解剖		第三军医大学西南医院 梁志清	
16:10~16:40	补片及修复材料在盆底重建手术中的应用现状		北京妇产医院 马乐	
16:40~17:00	妊娠和选择性剖宫产对盆底结构		暨南大学医学院 罗新	
17:00~17:30	女性膀胱过度活动症(OAB)的诊治		北京妇产医院 马乐	
18:30~19:00	晚 餐(Supper)			
2007-10-24 日程安排				
6:50~7:50	早餐圆桌专题讨论会(Round table breakfast)			
	题 目	阴道前壁修补 (Repaire of anterior vaginal wall)	主 讲 人	Stephen Young (主持:朱兰)
	题 目	经腹盆腔器官脱垂修补术 (Abdominal prolapse repair)	主 讲 人	Joseph Schaffer (主持:鲁永鲜)
7:00~7:30	早 餐(Breakfast)			
	专 题 讲 座		主 持 人 鲁永鲜 马庆良	
8:00~8:40	经腹盆腔器官脱垂修补术 (Abdominal prolapse repair)		美国德州大学 Joseph Schaffer (朱兰 译)	
8:40~9:10	盆底功能障碍性疾病手术的解剖学研究及 手术安全性建议		北京协和医院 朱兰	
9:10~9:40	阴道封闭术(Colpocleisis)		美国德州大学 Joseph Schaffer (鲁永鲜 译)	
9:40~10:10	盆腔器官脱垂的临床诊断及手术治疗策略		复旦大学妇产科医院 华克勤	
10:10~10:20	茶 歇(Coffee Break)			
10:20~10:50	穹隆悬吊术(Apical suspension procedures)		美国德州大学 Joseph Schaffer (华克勤译)	
10:50~11:20	腹腔镜下的盆底重建术		广州医学院一附院 张晓薇	
11:20~11:50	子宫骶韧带高位悬吊术 治疗子宫脱垂的临床探讨		解放军总医院一附院 鲁永鲜	
12:00~12:50	午 餐(Lunch)			
观 摩 手 术(14:00 ~ 17:30)				
出发时间	13:30	集合地点	新兴宾馆门口	目的地
	术 式		术 者	会场主持及讲解
	全阴道封闭+扩大的会阴修补术 (Colpocleisis & extended perineorrhaphy)		鲁永鲜、宋岩峰 王建六、马庆良	朱兰、张晓薇、华克勤 马乐、张琳、沈文洁

	新法横向膀胱膨出修补术 (New technique for the correction of transverse defect cystocele)		刘昕、刘静霞 Stephen Young Joseph Schaffer	
	经腹骶骨阴道悬吊术			
	阴道封闭术 + 尿道无张力吊带悬吊术 (Colpocleisis+TVT)			
	TVT/TVT-O			
	阴式非脱垂大子宫切除			
17:40	304 医院烧伤学术厅门口集合登车回新兴宾馆			
18:00~19:00	晚 餐(Supper)			
2007-10-25 日程安排				
6:50~7:50	早餐圆桌专题讨论会(Round table breakfast)			
	题 目	阴道无张力吊带(Sling)	主讲人	Stephen Young(主持:杨勇)
	题 目	穹隆悬吊术 (Apical suspension procedures)	主讲人	Joseph Schaffer(主持:鲁永鲜)
7:00~7:30	早 餐(Breakfast)			
	专 题 讲 座		主 持 人 华克勤 杨欣	
8:00~8:50	经阴道阴道旁修补术		美国麻省医学院 Stephen Young 鲁永鲜 译	
8:50~9:10	大子宫经阴道切除碎解子宫的手术技巧		解放军总医院一附院 鲁永鲜	
9:10~10:00	分娩与盆底(Childbirth & the pelvic floor)		美国德州大学 Joseph Schaffer (张琳 译)	
10:00~10:30	传统与新改良直肠膨出修补术的比较		解放军总医院一附院 鲁永鲜	
10:30~10:40	茶 歇(Coffee Break)			
10:40~11:10	网片在妇科盆底重建手术中的应用		北京大学人民医院 王建六	
11:10~11:40	盆底重建手术方式选择		北医三院 韩劲松	
11:40~12:00	问卷调查在女性盆底疾病研究中的应用		解放军总医院一附院 张迎辉	
12:00~12:50	午 餐(Lunch)			
观 摩 手 术(14:00 ~ 17:30)				
出发时间	13:30	集合地点	新兴宾馆门口	目的地 304 医院烧伤学术厅
	术 式		术 者	会场主持及讲解
	阴式非脱垂大子宫切除术		鲁永鲜、朱兰、马庆良 Stephen Young Joseph Schaffer	宋岩峰、王建六、 梁志清、韩劲松、 杨欣、刘静霞、
	高位骶韧带悬吊术(HUS)			
	全盆底修复(prolift)			
	阴道旁修补			
	全阴道封闭 +TVT			
改良的全盆底修复				
17:40	304 医院烧伤学术厅门口集合登车回新兴宾馆			
18:00~19:00	晚 餐(Supper)			

目 录

修复重建外科的发展与女性盆底重建的几点建议	北京解放军总医院一附院	盛志勇(1)	
女性盆底障碍性疾病的防治策略	协和医科大学北京协和医院	朗景和 朱 兰(4)	
女性盆腔医学的诊断标准、人员培训及长期随访	妇科肿瘤学会主席	曹泽毅(7)	
子宫托:脱垂治疗的历史和现状	美国麻省大学医学院	Stephen B.Young(10)	10 ¹⁰ 23 ¹⁰ Am
尿道下吊带	美国麻省大学医学院	Stephen B.Young(28)	10 ¹⁰ 23 ¹⁰ Am
移植物和补片	美国麻省大学医学院	Stephen B.Young(48)	23 ¹⁰ 4 ¹⁰ Am
经阴道阴道旁修补	美国麻省大学医学院	Stephen B.Young(59)	
前盆腔缺陷的修补和重建	美国麻省大学医学院	Stephen B.Young(75)	23 ¹⁰ 12 ¹⁰ Am
尿失禁的非手术治疗	美国德州大学达拉斯西南医学中心	Joseph Schaffer(89)	
分娩与盆底	美国德州大学达拉斯西南医学中心	Joseph Schaffer(105)	
走近盆底功能障碍病人	美国德州大学达拉斯西南医学中心	Joseph Schaffer(123)	23 ¹⁰ 10 ¹⁰ Am
选择正确的抗尿失禁手术	美国德州大学达拉斯西南医学中心	Joseph Schaffer(137)	23 ¹⁰ 10 ¹⁰ Am
阴道封闭术	美国德州大学达拉斯西南医学中心	Joseph Schaffer(159)	
阴道穹隆悬吊术	美国德州大学达拉斯西南医学中心	Joseph Schaffer(173)	23 ¹⁰ 1 ¹⁰ Am
经腹的盆腔器官脱垂修补术	美国德州大学达拉斯西南医学中心	Joseph Schaffer(181)	23 ¹⁰ 8 ¹⁰ Am
膀胱、尿道、直肠阴道瘘手术修补如何确保成功的探讨	山东省立医院	刘新民(187)	23 ¹⁰ 10 ¹⁰ Am
女性盆底障碍性疾病诊断治疗的理论基础 - 基于整体理论	南京军区福州总医院	宋岩峰(190)	23 ¹⁰ 8 ¹⁰ Am
压力性尿失禁的手术治疗	南京军区福州总医院	宋岩峰(194)	23 ¹⁰ 3 ¹⁰ Am
盆底功能障碍性疾病的解剖学研究及手术安全性建议			
.....	北京协和医院	朱 兰 王 薇 朗景和(197)	
大子宫经阴道切除碎解子宫的手术技巧	北京解放军总医院一附院	鲁永鲜(201)	
盆腔器官脱垂的手术治疗进展	北京解放军总医院一附院	鲁永鲜(211)	23 ¹⁰ 9 ¹⁰ Am
子宫骶骨韧带高位悬吊治疗子宫脱垂的临床探讨	北京解放军总医院一附院	鲁永鲜(217)	
传统与新改良直肠膨出修补术的比较	北京解放军总医院一附院	鲁永鲜(234)	
移植物在盆底重建手术中应用的探讨	北京解放军总医院一附院	鲁永鲜(241)	
妇科盆底手术中膀胱镜应用的价值	北京解放军总医院一附院	鲁永鲜(247)	
网片在妇科盆底重建手术中的应用	北大人民医院	王建六(248)	

妇科泌尿、盆底重建外科学术研讨会

腹腔镜下的盆底重建手术	广州医学院一附院	张晓薇(252)
盆腔器官脱垂的临床诊断及手术治疗策略	上海复旦大学附属妇产医院	华克勤(258)
膀胱疼痛综合症/间质性膀胱炎	北京朝阳医院	杨 勇(264)
间质性膀胱炎	北京朝阳医院	杨 勇(271)
女性压力性尿失禁的评估	北京朝阳医院	杨 勇(281)
神经泌尿学现状与进展	北京博爱医院	廖利民(291)
尿失禁的尿动力学测试及其研究价值	北京博爱医院	廖利民(296)
尿动力学技术规范(GUP)——介绍国际尿控协会标准化报告	北京博爱医院	廖利民(300)
女性盆底分层解剖	第三军医大学西南医院	梁志清(307)
女性盆底形态学新概念	第二军医大学解剖教研室	张东铭(313)
妇科痿症	北京妇产医院	刘长江(317)
尿失禁的非手术治疗	北大一附院	杨 欣(326)
盆底重建手术方式选择	北医三院	韩劲松(331)
阴式子宫全切的重新评价及手术要点	上海交大附属仁济医院	马庆良(334)
聚丙烯吊带结合传统手术治疗盆底功能障碍性疾病	上海交大附属仁济医院	马庆良(337)
补片及修复材料在盆底重建手术中应用现状	北京妇产医院 刘继娟	马 乐(338)
女性膀胱过度活动症(OAB)的诊治	北京妇产医院 刘继娟	马 乐(341)
妊娠和选择性剖宫产对盆底结构及膀胱尿道功能的影响	暨南大学一附院	罗 新(342)
问卷调查在女性盆底疾病研究中的价值、现状及进展		
.....	北京解放军总医院一附院	张迎辉 鲁永鲜(348)
宫颈妊娠的诊治	福建省南平市妇幼保健院	陈爱英 马慧冰(351)
女性重复输尿管开口异位合并漏尿的诊治	河南科技大学一附院	李志军 陈素娟(356)
盆底重建手术中补片吊带材料的并发症分析	北京解放军总医院一附院	沈文洁 鲁永鲜(359)
非手术治疗盆底功能障碍的指证及临床效果	北京解放军总医院一附院	张 琳(359)

1094.261123 如 (109402) 109402 URPS
989 91

修复重建外科的发展及女性盆底重建的几点建议

解放军总医院第一附属医院

盛志勇

时隔 2 年之后,在我院妇产科鲁永鲜教授的倡导下,中美第二届妇科泌尿、盆底重建及外科学术研讨会在金秋十月的北京召开了。应鲁永鲜教授之邀,我想谈谈修复、重建以及再生外科的发展,希望有更多的医学工作者进一步重视女性盆底功能障碍的研究。

组织器官的病理和功能障碍是人类健康所面临的主要危害之一。修复或者替代因疾病、创伤或者遗传因素所造成的组织器官功能障碍或丧失的组织和器官一直是人类的梦想,也是一个难以攻克的医学高峰。生物技术、信息技术、纳米技术被誉为 21 世纪的科学支柱,将影响世界各国的政治、经济和文化。其中生物技术不仅与人们的日常生活、工作和健康密切相关,也与国家的经济发展及安全密切相关。生物技术包含了很多领域,发达国家在基因组学、蛋白组学、生物芯片、生物信息、神经生物学、系统生物学、生物材料科学、体细胞克隆、干细胞与组织工程等领域均取得了重要进展,我国在这些方面在近几年来也有长足的发展。而这些基础研究领域的成果极大地促进了修复重建外科的发展,标志了医学的进步走出了以牺牲健康组织为代价的“拆东墙补西墙”模式,步入恢复组织的器官功能,又恢复组织器官结构的“再生医学”新时代。可以说由过去的三“R”时代,即切除(resection),修补(repair)和替代(replacement)进入到第四个“R”,即再生医学(regeneration medicine)阶段。

一、修复重建外科的历史

由儒学的影响没有科学家的记载阻碍了发展

在中国历史上,汉代著名医学家华佗(141 - 203)就用麻沸汤作为麻醉剂,在麻醉下进行骨髓炎治疗,即“刮骨疗疾”术。在晋代,为了使复位后骨能顺利修复,葛洪(261 - 347)就采用了竹制夹板固定骨折断端,使骨修复效果有了显著提高。对于负重骨的骨折,手法复位及夹板固定难以达到骨折的稳定及修复,Thomas(1843 - 1891)倡用了胶布牵引法治疗骨折,其牵引用的胶布主要成分是中国的桐油和牛皮胶,这一技术在英国一直沿用至上世纪 50 年代,在我国至今仍在应用。

材料由理发店 → 医学院

在国外,英国于 1800 年成立了皇家外科学院,使外科学正式成为专门学科。在 200 年的时间里,外科学的发展经历了以下几个具有里程碑意义的事件:Galen 首先进行了早期解剖学研究,为外科学的发展奠定了基础;Kocher 发明了止血钳,开创了手术止血的先河;Morton 发明了乙醚全身麻醉,使外科手术成为无痛技术;Pasteur, Semmelweis, Liste, Koch, Halsted 等完善了无菌技术;发明了烧灼灭菌技术;Landsteiner 发现血型及发明了配血试验之后,Blundell 创造了输血技术;Carrel 创建了血管吻合技术,并试图作器官移植;Long 和 Morton 开创了麻醉术。在此基础上,外科医生能大胆的切除病变组织来治疗疾病,同时也进行了一些简单的外科修复与重建手术,如肠吻合技术、骨移植技术、表皮移植技术等。进入 20 世纪后,由于社会经济的进步,推动了科学技术领域的飞跃发展。譬如,对免疫学的认识推动了同种异体组织、器官的移植;显微外科技术的出现,发展了自体组织移植,断肢、断指的再植;细胞生物学、分子生物学的进步,为组织的愈合、再生提供了新的治疗方向;干细胞可塑性的发现及组织工程技术的应用,使具有复杂功能的组织、器官的修复和功能重建成为现实;多种生物活性因子的发现、纯化、重组技术的进步,使组织器官的生长、发育和功能恢复达到了新的高度;具有生物活性的引导或诱导组织再生的生物材料已在组织器官的修复重建中发挥了重要的作用; 康复医学技术及康复工程

1912 年 7 月 25 日

的出现,使一些仅用外科手段难以恢复功能的伤病得到了更好的功能康复;导光纤内窥镜的发展极微创器械的成功研发,开创了微创外科新技术,使在外科治疗时导致的创伤及形态损害减少到了最低限度。对于临床医学来说,应用这些高科技研究成果,以及多学科交叉、融合产生的新技术、新方法去挽救患者的生命、减少伤残,提高生活质量已成为十分紧迫的任务。在治疗中,将恢复结构、功能、形态三者有机结合,已成为医生及患者共同追求的目标,而修复重建外科也是在这一理念的基础上产生的。基于上述认识,在上世纪 80 年代,由张涤生院士牵头,首先在我国提出了“修复重建外科”的理念,经过 20 年的发展,修复重建外科以“修复缺损、重建功能、改善外形”为宗旨,在科研及临床工作中取得了许多成就。2003 年,我们还在北京香山召开了以“再生医学”为主题的“再生医学”香山科学会议。到会 40 余位国内重要专家就再生医学概念,与干细胞和组织工程关系,与修复重建关系进行了热烈讨论,并展望了今后一段时间我国再生医学的发展方向。因此,可以认为组织再生是修复重建的最高形式。

本人对妇科手术是一个外行,现大胆地提出一些关于女性盆腔重建的几点肤浅的建议

1. 进一步重视微创技术

微创技术包含了手术操作的微创技术及精细器械的应用,各种腔镜器械下进行病变组织的切除与修复,最近 10 多年发展极为迅速的领域。在腔镜的引导下,应用微创技术切除胆囊、子宫,已成为腹部外科的经典术式。由于应用微创技术切口小、瘢痕少、组织创伤小,对形态的损害最少,利于术后组织修复与功能恢复;手术时间短,患者痛苦小、副损伤等优点,已成为修复重建外科十分重要的治疗技术。但何为微创?是不是没有腹部切口就是微创?我以为所谓微创,除了微创技术之外,更重要的内容是医生的微创理念。我院妇产科鲁永鲜教授实施的子宫切除中,经阴道切除成功率已在 90% 以上,其中有许多情况在传统认识上是无法经阴道切除的。相比腹式子宫切除和腹腔镜下切除,这就是最大的微创,因此,微创的理念是建立在微创技术之上的。有了这种理念,医生才能在微创技术上有所作为,我想在妇科泌尿、盆腔重建手术上,也应该建立这种微创理念。

2. 重视自体组织移植修复组织缺陷

上世纪 60 年代显微外科发展以后,自体组织移植成为组织缺损的修复、功能重建、改善外形的重要手段。在近 40 年的发展中,积累了丰富的临床经验。近 20 年,已从大量供区开发、广泛临床应用发展到“个性化设计”,并更加强调“供求同重”的原则。在女性盆底重建术中,尤其要重视筋膜的不同移位方式、静脉回流的研究、远期随访结果的综合分析,不断优化组织移植的临床适应证、手术技巧,并重视结构、功能和形态的完美结合。经过多年的实践,组织移植外科总结出许多具有高度共识、带有规律性的普遍原则,对临床实际工作有重要的指导意义。比如在组织移植的选用上,有“以次要组织修复重要组织;先简后繁,先近后远;重视供区美观和功能保存”,这些原则同样适用于女性盆底重建手术。另外,还应该借鉴其它学科的进展,比如脂肪的新功能、脐血干细胞、脐带外膜干细胞以及血小板凝胶的应用。适当的时候,在盆底重建手术中都可应用。

3. 重建生物材料的应用

我院鲁永鲜教授的盆底修复技术中,已大量使用了合成及生物材料,用生物医用材料替代、修复及改善人体伤残、缺损、病变的组织是修复重建外科领域中的另一个重要的组成部分。合成及生物材料众多的种类及规格不仅能适应修复外科领域的应用选择,而且生物材料的不断发展还会对修复重建外科有促进及推动作用。反之,修复重建外科所用的材料除自身组织移植外,大多源自于合成及生物材料并依据合成及生物材料材料的发展而拓展自身的领域。从这一观点看,合成及生物材料与修复重建互为依存,互为发展。只有比较全面地了解、认识和掌握人体的结构、生理、病理以及损伤后修复的需求,才能设计出适合临床应用的材料;也只有全面认识和掌握生物材料的理化及生物等特性,才

能更有效的用于临床并达到预期目的。在合成及生物材料进入机体后,首先要重视的是材料所处的生物学环境,包括病理环境、力学环境、生化环境,其次在机体内发挥其作用时,与组织的接触、互动等持续过程中不可避免的发生材料在生物体内的反应和宿主对合成及生物材料的反应应答。充分认识、掌握二者相互反应和规律,是正确选择生物合成及材料和预防并发症出现的基础。

4. 重视生物技术的综合应用

除了以上生物技术外,在妇科泌尿及盆腔重建手术中,还应重视其它生物技术的综合应用,在其它科学的修复中,比如骨、皮肤等,已有一些技术应用于临床,提示了这些生物技术的巨大潜力。例如,转化生长因子 β 、成纤维细胞生长因子、表皮生长因子、胰岛素样生长因子等生物活性因子的促进修复作用;细胞移植的促进修复作用;基因治疗的促进修复作用。这些都是女性盆腔重建中需要关注的问题。

同志们,修复重建外科的概念尚需进一步完善,广为宣传,让医务工作者真正将“修复缺损、重造功能、改善外形”三者有机结合,采用循证医学的原理,通过科学评价,优选出更加安全、有效、简便的治疗方法,让我们共同努力!

(Urogynecology & Reconstructive Pelvic Surgery, URPS)

Female Pelvicology. 造词.

> 60% SUI 35% (US & Ex) 57% (HK)

> 60% 1/4 2000年12月

USA 40% / 年 URPS 升. 1995年 1996年 1997年 1998年 1999年

pop 50% SUI 70%

1996年《妇科杂志》

2000年 1995年 1996年 1997年 1998年 1999年

2000年 1995年 1996年 1997年 1998年 1999年

2007年 1995年 1996年 1997年 1998年 1999年

> 20% !!

> 60% 1999

> 5300000 | 11 38%

> 2000000 | 11 30%

1995年 1996年 1997年 1998年 1999年

1995年 1996年 1997年 1998年 1999年

1995年 1996年 1997年 1998年 1999年

1995年 1996年 1997年 1998年 1999年

"最简单, 后发制人" ① It's the best times it's the worst time.

1995年 1996年 1997年 1998年 1999年

1995年 1996年 1997年 1998年 1999年

1995年 1996年 1997年 1998年 1999年

1995年 1996年 1997年 1998年 1999年

0.2-11% 1995年 1996年 1997年 1998年 1999年

女性盆底障碍性疾病的防治策略

中国医学科学院中国协和医科大学北京协和医院妇产科

郎景和 朱 兰

女性盆底障碍性疾病(Pelvic Floor Dysfunction, PFD)系表现为子宫脱垂等盆底器官膨出(Pelvic Organ Prolapse, POP)和压力性尿失禁(Stress Urinary incontinence, SUI)等一系列盆底损伤与缺陷性疾病。随着人口的老龄化和对生活质量的日益重视,盆底障碍性疾病的发病、预防及修复重建逐渐受到重视。美国的重建修复手术已占到普通妇科大手术的40%~60%。随着盆底支持和缺陷的基础研究深入、新的理论的建立、盆底结构的修补的观念的更新,使女性盆底障碍性疾病的治疗策略发生了革命性的变化。

1. 女性盆底障碍性疾病流行病学现状与疾病预防

有别于其它妇科疾病,女性盆底障碍性疾病中部分是可以问卷方式来明确诊断的,这为该疾病的流行病学研究提供了有利条件。各种问卷调查已沿用多年,问卷种类较多,经临床应用后已日臻完善。国际尿失禁顾问委员会(International Consultation on Incontinence, ICI)对世界范围内已有流行病学资料进行的荟萃分析,发现大部分尿失禁都集中在老年妇女,尿失禁妇女的中位年龄为50岁~60岁。妇女的患病率范围在10%~40%。美国的资料显示尿失禁患者的治疗花费为平均每人每年105美元。这是首次对这类患者治疗花费的纵形调查。

流行病学研究结果使临床医师对该类疾病的范围和影响有所了解,但目前普遍认为这些数据大大低估了这类疾病引发的实际问题。我国已开展了部分地区的流行病学研究,北京市城区和郊区农村采用整群分层随机抽取20岁以上5300名成年女性的,《国际下尿路症状问卷》结果分析发现,北京地区成年女性尿失禁的现患率为38.5%,其中绝大部分为压力性尿失禁。在国家课题的支持下已开展全国范围的尿失禁的流行病学研究,有望不久将有中国自己的流行病学的资料,裨益于国家相关政策的制定。

盆腔器官膨出尽管已有定量的标准化命名法,但不同检查者在同一患者测定的结果也有差异,影响其诊断的准确性和一致性。故因其质量控制要求高而少有关于盆腔器官膨出的报道,较大的报道为荷兰对一城镇45(85岁2750名)妇女问卷调查并结合医院检查,结果显示在45(85岁)人群中40%女性患有Ⅱ(Ⅳ度)的盆腔器官膨出。

北京地区流行病学研究结果发现:年龄、阴道分娩、产次多、体重指数高、高血压(舒张压高为主)、饮酒、便秘、慢性盆腔痛是北京地区成年女性压力性尿失禁的危险因素。欧洲、美国和澳大利亚流行病学研究资料都提示阴道分娩是盆底障碍性疾病的独立高危因素。有研究报道剖宫产对盆底障碍性疾病的发展有保护作用。近年来三维/四维盆底超声检查及核磁共振显像研究多提示阴道分娩对提肛肌有损害,以耻骨宫颈肌肉从盆壁撕裂最常见。而这些因盆底损伤而致的压力性尿失禁和盆腔器官膨出可通过非手术方法在产后的一定时间内可以恢复、甚至治愈。故提高产科质量、及早处理阴道难产和滞产、对孕晚期已有盆底障碍性疾病的患者适当放宽剖宫产指征、产后及时进行盆底肌肉康复训练,对减少盆底障碍性疾病的发生有着积极和有效的预防和治疗作用,值得进一步关注,使盆底障碍性疾病真正在源头控制减少其发病。

此外,尿失禁和盆腔器官脱垂有普遍的诊治滞后问题,所谓“难言之隐”却严重影响妇女的健康和

生活质量,应加强公众宣传,引起重视,早诊早治。

2. 无症状膨出的处理及非手术治疗的值

对于盆腔器官膨出国际上亦尚缺乏广泛认可的临床标准定义,目前推荐的定义为:任何有生殖道膨出表现的生殖道支持组织缺陷,膨出的最远端超出处女膜缘。相对于有症状的重度膨出者进行手术治疗有的良好预后而言,目前为止尚没有循证医学的证据表明对于无症状(未超出处女膜缘)膨出实施手术能够改善预后和预防疾病进展,也不能预测哪些无症状膨出者会加重或多长时间发展为有症状的重度膨出,故对于无症状膨出的妇女即使给予外科修复是没有必要的。鉴于这一基本观点,对于无症状妇女的手术干预一般情况下并不推荐,选择观察与建议非手术治疗应该是合理的处理方案。可以这样说,我们目前没有得到患者需要早期临床干预的阳性证据,所以没有理由因为要预防症状出现或是“在它变得更糟前”而采取手术治疗。

对于无症状性膨出妇女的改变生活方式的建议可能降低她们发展成症状性膨出的可能性,这些建议也符合健康生活方式的一般考虑。生活方式干预如下:(1)足够的水量摄入,并且有正确的排尿习惯;(2)调整饮食,如增加水和纤维摄入;(3)调整排便习惯,以保证肠道蠕动规律而不需过分用力;(4)如果可能,改变生活方式以避免过多的负重和用力;(5)降低体重,减少吸烟;(6)对伴发疾病进行有效的治疗以减少对盆底的影响,如针对糖尿病、哮喘、便秘等进行必要的治疗。这些容易被医生忽视的“小节”,应该融入对该类疾病的处理之中。

对于有症状的中度膨出,膨出程度不能解释患者非常严重的盆腔压迫感的主诉的情况下,建议作一个子宫托的试验性治疗,观察随着膨出的改善,症状是否得到缓解。如果症状缓解,患者就可以选择继续应用子宫托,这可以认为是“一线治疗”,而且有较高的患者依从性。

非手术方法还有盆底肌肉锻炼、生物反馈指导的盆底肌肉锻炼治疗、电刺激治疗、磁刺激治疗等方法。目前普遍认为联合治疗的方法优于某一种单纯治疗,对产后发生疾病疗效确实且副作用小,尤其是生物反馈指导的盆底肌肉锻炼治疗加电刺激治疗治疗方法的总有效率高达 90%。即使分娩后 1 年以上仍然存在压力性尿失禁的患者,仍是有效的治疗方法。

2007 年 Hagen 对世界范围的非手术治疗方法荟萃分析发现,非手术治疗有其较好的治疗效果。非手术治疗可以达到如下目的:预防脱垂加重;减轻症状;增加盆底肌肉的强度、耐力和支持力;避免或延缓手术干预。在近年各种盆底重建手术蜂拥而至之时,提出非手术治疗的适应证、方法和重要性是必要的。它可以更好地评估盆腔器官膨出的状况及泌尿道、消化道功能和性功能,降低重建手术并发症的风险。经过保守性方法的治疗,患者对手术治疗有进一步理解和配合,从而增加手术治疗的安全性。

3. 重建手术的评价和选择

盆底功能障碍性疾病历史悠久,手术治疗方法繁多,手术治疗方法多的主要原因就是效果尚不理想,源于盆底修复手术的复杂性和多样性。2004 年 Maher 的世界范围的各种盆底修复手术的循证医学分析证明,传统的阴道前壁修补术和后壁修补术有较高的复发率。

首先必须建立和推广盆底功能障碍性疾病的新观念,理解盆底功能障碍疾病和治疗的整体理论(Integral Theory),即盆底功能障碍是由于其解剖异常,进而发生功能障碍,以致引起症状。因此治疗的基本点是用解剖的恢复达到功能的恢复,其精髓重在“支持”和“重建”。分析正常盆底功能,包括对肌肉、结缔组织和神经支配的平衡及其破坏,做出诊断和定位,进行分区域(前、中、后盆腔)的缺陷修补。1992 年 De Lancey 更细化地提出盆底支持 3 个水平理论:一水平支持,为上层支持结构,由主韧带-宫骶韧带复合体完成;二水平支持,为旁侧支持结构,由肛提肌群及直肠阴道筋膜和膀胱阴道筋膜;三水平支持,为远端支持结构,由会阴体及尿道括约肌和肛门阴道筋膜完成。在此基础上 De Lancey 提出

的盆底重建功能生物力学要求为:一水平重在悬吊;二水平加强中部-阴道侧方支持;三水平主要进行远端融合。

近年来随着对盆底解剖研究认识的深入,手术器械的改进以及修补材料的发明应用,盆底修补和重建手术有了突破性的进展,目前涌现出许多重建手术方式,治疗效果也在不断提高。但纵观上述新手术,尚属“年轻”阶段,有其复发和并发症问题。尤其是吊带和补片引发侵蚀(Erosion)、暴露(Exposure)、感染及对性功能的影响,有待积累资料与临床循证,正确评价和明确其应用适应证。盆底功能障碍性疾病的治愈标准已由传统单纯立足于一系列的客观检查和医生观点的“客观治愈率”(Objective cure rate)过渡到兼顾关注患者术后症状和生活质量的改善的“主观治愈率”(Subjective cure rate)的概念,许多生活质量评分及针对术后尿道症状、性生活质量的问卷调查已作为盆底功能障碍性疾病手术后随访的重要组成部分。

我国的女性盆底学方兴未艾,2004年4月召开了第一次关于该领域的学术会议,2005年12月成立女性盆底学组,2007年4月召开了第二次会议,展示了对女性盆底障碍性疾病从基础到临床的深入研究和快速发展。我们要接受新的观念和理论,采纳国际化、规范化的诊断和治疗,也要结合中国国情,探索适合自己的道路。对经阴道、经腹、经腹腔镜路径手术治疗孰为优选还有争议,根据现有的回顾性研究和前瞻性研究结果,由于其随诊、病人的特点、手术成功或失败的定义以及手术医生的专长和经验等多因素的不同,尚不能得出结论。需要根据术者的手术技巧、知识和经验而定,手术选择应个体化,而不是强调一种路径排斥其他。

女性盆底学,妇科泌尿学(Urogynecology)及盆底重建外科(Pelvic Floor Reconstructive Surgery),作为新兴的亚学科正在迅速发展,值得我们去努力探索和实践。

女性盆腔医学的诊断标准、人员培训 及长期随访

妇科肿瘤学会主席、中华妇产科杂志名誉总编 曹泽毅
北京解放军总医院第一附属医院 鲁永鲜

一、盆腔器官脱垂定义

目前,临床上仍缺乏盆腔器官脱垂(POP)的准确定义。尽管如此,美国每年为治疗该病的花费超过10亿美元,是所列举子宫切除的第三大最常见手术指证以及绝经后子宫切除的最常见手术指证。对大多数临床医生来讲,当发现POP时可以认识到它并且不会忽略它,但却无法确定病人从正常的盆底支持到POP的转折点。即便如此,妇科泌尿的专业人员仍在报道有关POP的手术治愈率和流行病学风险因素。可以设想,在心血管研究中,如果高血压的概念模糊,而需要由每个研究人员自己决定,结果会是怎么样?

这并非意味着我们没有尝试去定义POP,而是到目前为止,我们的定义不是太模糊就是太详细,而且没有很好的临床相关性。2001年,美国国立卫生研究院(NIH)为盆底研究人员召开了有关统一专业术语的讨论会,提出了POP的定义。他们将脱垂定义为:任何阴道节段的前缘达到或超过处女膜缘1cm(POPQ II~IV)。2002年国际尿控协会(ICS)将POP定义位为一个或更多阴道节段的下降:如阴道前壁、后壁以及阴道顶部(宫颈/子宫)或子宫切除后的穹隆的下降。没有脱垂则指POPQ 0期。采用POPQ系统,脱垂可被分为I期~IV期。因此,通过两个科研性很高的研究团体针对盆底支持缺陷的研究,我们有了两个POP定义,但还没有一个是准确的或临床相关的。

大多数临床医师持有一致观点,即:POP是阴道壁和/或宫颈位置的异常或疾病状态。这个定义虽然准确,但太过含糊,除非我们能对异常和疾病状态进行定义。按照Dorland's医学词典,异常的定义为:相对于正常的结构、位置、行为或规则不是正常的;另外,Dorland's还将疾病定义为:身体任何部位、器官或系统的正常结构或功能的偏移或中断,通过一组特征性的症状和体征而表现出来。因此问题就变为我们是否有足够的数据来阐述正常与异常的盆腔器官支持,在什么支持水平的时候,病人开始感受到POP的特征性体征和症状?

目前有越来越多关于盆腔器官支持在不同人群中分布的文献,这样我们可以对何谓正常以及异常作出描述。这些研究报道大约0.2~11%病人的阴道支持位于或超过处女膜缘。此外,这些研究中有数个研究显示盆底支持状态呈钟形分布,大约80~90%的女性有I期或II期的POP。在三项采用POPQ量化的研究中,超过35%的病人有POPQ II期的盆腔器官支持。因此,可以自信的说,只有一小部分比例的女性人群其阴道壁最前缘超过了处女膜缘,从严格的解剖学角度看,这被认为是不正常。

关于POP的症状与盆腔器官支持相关的文献有些混乱。大约在10~15年前,通常认为,POP和尿失禁、粪失禁、压迫性排便或排尿以及难以经受的盆腔痛或压迫感等症状相关。随后的研究表明,只有阴道的膨出和压迫感等症状与逐渐加重的POP程度一致相关。大多数研究已注意到,当阴道的最前缘达到或超过处女膜时,阴道膨出或局部压迫感的困扰症状才会逐渐增加。因此可以说,一旦阴道壁的最前端接近处女膜缘时,患者就会开始感受到一组特定的症状。这符合疾病作为一种与一组特征性体征和症状相关的状况的定义。因此,盆底支持不正常是一旦其最前缘达到或超过阴道口,才和病人出现的症状相关联;这样可满足阴道壁位置不正常疾病状态的定义。

那么我们是否有临床数据显示当前的定义不够准确,而需要进行修改呢? Weber 等人的一项研究将 NIH 的 POP 定义作为预后的测量方法应用到采用三种术式矫正膀胱膨出的女性人群中。结果他们发现,不足一半的病人在术后达到解剖学治愈,然而,该人群的平均症状得分却从 7/10 变为 1/10 (10 表示有困扰症状,0 表示无困扰症状),

这些结果提示当前的 NIH 的解剖学治愈定义和病人自诉的症状学治愈定义的相关性不好。

根据目前的大量数据,可能会形成这样的提议,即 POP 应定义为阴道壁或宫颈脱垂至或超过处女膜,并对病人产生困扰。然而,也有专家认为,病人的脱垂可以位于处女膜之上,即病人的宫颈刚好位于处女膜缘之上,但伴有盆腔压迫感和膨胀感。因此,任何定义应包括,即,一旦所有可能引起症状的病因被排除,那些阴道壁或宫颈虽位于处女膜之上,但已有症状的盆底松弛病人,也应诊断为 POP。虽然我们目前还不能给 POP 下个准确定义,但我们目前大量的基础及临床工作已使我们接近能给 POP 一个准确定义的时候了。

二、全球妇科泌尿亚专业人材培训现状

像其它亚专业一样,随着压力性尿失禁、盆腔器官脱垂发病率的增高,以及妇科泌尿这几年在我国的蓬勃发展,已经到了需要有专业组织和培养专门人材的时候了。北美,对产科、妇科以及泌尿外科的调查发现,住院医师的基础训练中已包括了部分有关妇科泌尿的基础知识,但如要做妇科专科医师,则还需要特别额外的训练才足以胜任。

国际妇科泌尿协会(IUGA)教育委员会曾出版了妇科泌尿和盆腔重建手术指南(URPS)。加拿大多伦多大学 2005 年曾就此对下列国家进行了相关调查问卷,包括:阿根廷,澳大利亚,奥地利,加拿大,捷克,丹麦,法国,德国,爱尔兰,意大利,荷兰,新西兰,沙特阿拉伯,斯洛文尼亚,瑞典,台湾,英国和美国。已故瑞典 Ulmsten 教授在问卷中提到,在瑞典虽然还未建立正式的妇科泌尿亚专业的资格认定委员会,但有对此亚专业医师负责的政府委员会,妇科泌尿医师需是经过认证的。欧洲妇产科委员会(EBCOG)已将妇科泌尿列入妇产科学专业中的一个亚专业。此亚专业名称为 EUGA(European Urogynecology Association),建立于 2002 年在 Prague 召开的 EBCOG 大会上,具有合法的权威性。Ulf Ulmsten 教授为主席,会议制定了特殊训练计划,工作日常日程,培训中心等。在斯堪的纳维亚,NUGA(Nordic Urogynecological Association)成立于 1984 年,每年召开会议,是已被承认的亚专业组织。美国妇产科协会也已承认了 FPMRPS(Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery)作为一个亚专业,目前行医尚无得到专业委员会批准,但两个专业委员会已在讨论认证在此领域的大学培训计划。在加拿大,目前内、外科皇家医学院尚无妇科泌尿医师认证制度,但已成立了组织及协会。澳大利亚和新西兰均已形成了完备、需认证的妇科泌尿及盆腔重建手术准入制度。

可以看出,世界大多数国家已对此领域的兴趣日益增高。紧密跟踪此趋势,我国也及时成立了盆底学组,是值得可喜可贺的。今后我们还要加强与国际上的一些组织如:ICS,IUGA 等加强联系,同时积极建立我们相应的专科培训计划,以更好的发展此亚专业。

三、妇科泌尿学诊治长期随访的重要性

妇科泌尿学和盆腔重建外科是一个新生领域,和所有的新生事物一样,需要从某个地方起步。自在全球及我国开展以来,我们看到了我们的工作从个案道到系列、以及随机的临床试验报道的进步。但多数报告病例随访时间还太短,可能只对术中、术后短期并发症有借鉴意义,而对此类手术的长期效果还不能提供给临床有用的信息。在我们着重于长期成功率,努力减少复发率,并想了解新手术的优越性时,短期随访报告就显得缺乏说服力。

以流行病学调查为例,目前有些有关产后短期压力性尿失禁的报告,多数未超过产后一年。我认为只有在漏尿严重到足以困扰患者,或者随时间推移高发生率持续存在,或短期的漏尿准确预测了长

期或将来更严重的漏尿时,这些信息才可能对临床有指导意义。屈指可数的几个前瞻研究在这方面提供了有用的信息。Viktrup 追踪到首次分娩后(12年)发现尿失禁发生率在产后不久首次出现尿失禁的女性中最高(78%),在孕期或产后头(3个月中)无尿失禁的女性中最低(30%),而在首次妊娠中发现尿失禁的女性中则处于中等水平。这种“剂量-反应”关系也可见于一般尿失禁,22%首次注意到产后尿失禁的女性在12年后每天漏尿,而首次妊娠中没有产前或产后尿失禁的女性只有3%出现这样的情况。Foldspang 等人随访了在产后随访了1232名女性,长达12~120个月,发现67%产前有尿失禁的女性在随访期间有尿失禁,而那些产前无尿失禁的女性只有19%有尿失禁。同样,MacArthur 等人报道了产后6年的结果,产后3个月有漏尿的女性尿失禁发生率为73%,而产后3个月没有漏尿且随后再次分娩的女性,尿失禁发生率为33%,没有再次分娩的女性尿失禁发生率为30%。Hvidman 等人发现,剖宫产对随后发生尿失禁的保护效应在产前尿失禁女性中远小于妊娠期没有尿失禁的女性。因此,目前有大量一致的、随着时间而保持稳定的证据支持了这样的事实,即产前,特别是产后尿失禁,二者均增加了长期尿失禁的风险。产前尿失禁强调了是妊娠相关的因素而不是分娩影响了以后的盆底功能。另一方面,产后再次发生尿失禁可能是由于分娩引起的,针对这种情况重视保护措施是合理的。

和病因及流行病学研究一样,我们对手术治疗盆底疾病,特别是盆腔器官脱垂的长期随访信息同样很少。Silva 等的报告给我们提供了被广泛用来治疗穹隆脱垂的子宫骶韧带悬吊术的有价值的信息。研究者通过采用多重结局方法客观评估了盆底的解剖和功能。发现在大多数女性中,临床有意义的脱垂在随访期间并没有再次出现。所有女性术前的阴道顶端脱垂至少达处女膜,但只有2.8%的女性术后阴道顶端再次脱垂至这个水平。目前的情况是,当你问及10个妇科医师时,就会有10个不同的手术成功和失败的定义。但令人鼓舞的是,设计用来支持阴道顶端的手术,像我国解放军总医院第一附属医院鲁永鲜大夫及其他国外教授所报告的子宫骶韧带高位悬吊确实做到了这一点,

并同时改善了其它阴道腔室的支持。因而,这项研究对于我们关于各种盆底疾病的原因和治疗知识的建立增加了重要的基石。通过这几篇文章,我们可以忠告女性,用来治疗处于或超过处女膜水平的顶端脱垂时,子宫骶韧带悬吊术可以维持5年之久,但手术可能无法治愈某些症状。进一步来讲,压力性尿失禁,特别是产后3个月再次发生尿失禁,确实意味着具有这些症状的女性在以后处于发生严重尿失禁的高风险之中。

当然,长期的研究难以实施。人口移动、死亡或失去联系都会给研究带来困难。用来评估预后的标准或风险因素也会随着时间发生改变。其它内科疾病的出现可能否定了手术的表面成功率。例如,手术或产后10年因中风而诱发的急性尿失禁显然和手术与生产无关,然而可能被当作开始干预后的长期副作用。因此,在一组研究中,我们通常只能回答这样的问题“女性在手术或产后5年或10年的生活如何?”而不是“术后5~10年的成功率是多少?”。

类似这样的研究对于提高我们对盆底疾病的病因和治疗的理是至关重要的。成功的研究依赖于研究者的毅力、患者的理解以及良好的法律、法规。希望大家努力下我们将来有更多、更好设计的研究。

**Pessaries:
The past & present
prolapse treatment**

Stephen R. Young, MD
Professor of Ob/Gyn
Chief, Division of Urogynecology & RPS
Worcester, Massachusetts



HISTORY

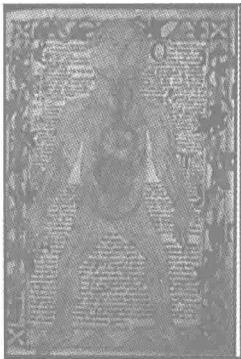
- ✦ **Egypt, 2000 BC** - Hieroglyphics, Kahoun papyrus, “Falling of the Womb”
- ✦ **Greece, 2000 yrs ago** - “Succussion” → Hippocrates: half vinegar-soaked pomegranate



- ✦ **From Ancient Rome to 15th century Europe** – Galen; uterine ligaments anatomy; but – magic/dogma.

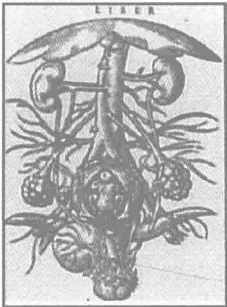
“Medieval vein man”
Primitive view of internal organs reflecting scientific stagnation

Papal library



- ✦ **Arabic, 14th century** - Avicenna, common medical problems, eg. Hemorrhoids

- ✦ **Europe, 15th century**
Jacob Rueff
Anatomy woodcut



- ✦ **Europe, 16th century** - Stromayr, sponge pessary: sponge tightly rolled, bound w/string, dipped in oil

