

妇产科综合诊治 新策略

下

刘 萍等◎主编



妇产科综合诊治新策略

(下)

刘 萍等◎主编

第十一章 盆底功能障碍性疾病

第一节 子宫脱垂

一、ICD 编码

ICD-10: N81.204 (203, 301)。

二、定义

子宫从正常位置沿阴道向下移动,当宫颈外口达坐骨棘水平以下,甚至整个子宫全部脱出阴道口以外,称子宫脱垂。

三、病因

- (1) 分娩损伤为最主要病因。
- (2) 腹腔压力长时间增加。
- (3) 盆底组织发育不良或退行性变。

四、诊断

(一) 临床表现

- (1) 腰骶部疼痛或下坠感,走路、负重、久蹲后症状加重,休息后可减轻。
- (2) 肿块自阴道脱出,初起于腹压增加时脱出,休息卧床后能自动回缩。
- (3) 脱出的组织瘀血、水肿、肥大,甚至无法还纳,长期暴露于阴道口外,出现糜烂、溃疡、感染、渗出脓性分泌物。
- (4) 小便困难,尿潴留,经常有残余尿,并有反复发作的尿频、尿急、尿痛或腹压增加时漏尿。

(二) 辅助检查

- (1) 根据患者平卧用力向下屏气时,子宫下降最低点为分度标准。将子宫脱垂分为3度。

I度轻型:宫颈外口距离处女膜缘 $<4\text{cm}$,但未达处女膜缘。

I度重型:宫颈已达处女膜缘,但未超出该缘,检查时在阴道口见到宫颈。

II度轻型:宫颈已脱出阴道口,但宫体仍在阴道内。

II度重型:宫颈及部分宫体已脱出阴道口。

III度:宫颈及宫体全部脱出至阴道口外。

(2) POP-Q 分类法：子宫脱垂的 POP-Q 分类法见表 11-1 及表 11-2。

表 11-1 子宫脱垂评估指示点

指示点	内容描述	范围 (cm)
Aa	距处女膜 3cm 的阴道前壁处	-3、+3
Ba	阴道前壁脱出离处女膜最远处	-3、+TVL
C	宫颈或子宫切除的阴道残端	±TVL
D	后穹窿 (没有切除子宫者)	±TVL 或空缺
Ap	距处女膜 3cm 的阴道后壁处	-3、+3
Bp	阴道后壁脱出离处女膜最远处	-3、+TVL

表 11-2 子宫脱垂分度

分度	内容
0	没有脱垂, Aa、Ap、Ba、Bp 都是 -3cm, C 点在 TVL 和 - (TVL-2cm) 之间
I	脱垂最远处在处女膜内, 距处女膜 >1cm
II	脱垂最远处在处女膜边缘 1cm 内, 不论在处女膜内还是外
III	脱垂最远处在处女膜外, 距离处女膜边缘 >1cm, 但 <2cm, 并 <TVL
IV	阴道完全或几乎完全脱垂, 脱垂最远处超过或等于 (TVL-2cm)

五、鉴别诊断

(一) 黏膜下子宫肌瘤脱出宫颈外口

往往有月经过多病史, 在脱出物上找不到宫颈外口, 阴道前后壁不脱垂, 双合诊检查时在阴道口可触到子宫颈。

(二) 囊肿或肌瘤

可误诊为膀胱膨出或子宫脱垂, 但检查时子宫仍在正常位置或被肿块挤向上方, 而肿物与宫颈无关。

根据病史及妇科检查, 可明确诊断。

六、治疗

(一) 非手术治疗

适用于轻度脱垂、年龄大或并发内、外科疾病不能耐受手术、不愿意接受手术的患者。

(1) 支持疗法。

(2) 子宫托：适用于各度子宫脱垂和阴道前后壁脱垂者。

注意事项：子宫托大小因人而异, 以放置后不脱出又无不适感为理想。

(3) 盆底肌训练。

(二) 手术治疗

(1) 手术适应证：适用于Ⅱ度以上脱垂者, 并发直肠、膀胱膨出有症状者及非手术治疗无效者。

(2) 手术禁忌证：①严重心肺功能不全，不能耐受手术的患者；②未控制的糖尿病、高血压、凝血功能异常的患者。

(3) 手术前注意事项：①充分知情沟通；②必要时应行尿动力学检查决定是否行抗尿失禁手术；③根据患者具体情况及意愿选择术式。

(4) 手术方法：①曼氏手术；②阴式全子宫切除术及阴道前、后壁修补术；③使用生物网片的骨盆重建术；④阴道闭合术。

七、疾病评估诊治指引

子宫脱垂一般无生命威胁，可根据病情选择非手术、手术治疗方法，患者如需手术治疗，手术为择期手术，按手术的分级应归为Ⅲ级开放性妇科手术，应由获Ⅲ级该类手术权限的医师予施行手术。

八、入院标准

- (1) 盆底器官脱垂达Ⅱ度及以上，伴或不伴有尿失禁。
- (2) 患者有手术意愿而无手术禁忌证者。

九、会诊标准

- (1) 存在内、外科并发症，需专科协助诊治。
- (2) 存在可能影响麻醉的因素，术前需麻醉科评估。
- (3) 饮食有特殊要求的患者，请营养科协助饮食控制。

十、入出 ICU 标准

(一) 入 ICU 标准

- (1) 严重心、肺疾病。
- (2) 活动性出血或休克。
- (3) 麻醉意外抢救成功后。
- (4) 术后麻醉需要辅助机械通气。
- (5) 任何一个重要脏器衰竭。
- (6) 败血症、感染性休克。
- (7) 术后水、电解质紊乱。

(二) 出 ICU 标准

收入 ICU 的患者经过严密监护和治疗后，病情趋于稳定且转入 ICU 的指征已消除后，可转出 ICU 返回普通病房继续进行专科治疗。标准如下。

- (1) 心率正常。
- (2) 血流动力学稳定。
- (3) 呼吸频率正常，呼吸功能障碍已获纠治，血气分析结果正常。
- (4) 主要脏器功能稳定。
- (5) 吸氧下无发绀、血氧饱和度 $>90\%$ ，不需机械通气、不需给氧。

(6) 专科指征：如停留引流管，无活动性出血表现。

十一、术前谈话要点

(一) 不接受手术治疗的可能后果

可能病情加重，导致子宫或膀胱、直肠嵌顿不能回纳阴道；影响生活质量。

(二) 可供选择的其他治疗方法

盆底肌训练、子宫托治疗、药物治疗等。

(三) 术中、术后可能出现的常见情况

(1) 膀胱、直肠损伤：一旦损伤，需行修补术或Ⅱ期手术。

(2) 阴式全子宫切除+阴道前后壁修补术有20%~40%的可能失败。

(3) 术后复发：术后远期穹窿脱垂可能，可能需再次行其他手术治疗。

(4) 术后排尿困难：多能自行恢复。

(5) 术后新发压力性尿失禁：可予非手术治疗，必要时需行抗尿失禁手术。

(6) 使用网片的骨盆重建术的常见并发症：如①性交痛；②网片外露或侵蚀，有手术取出部分网片可能；③术后疼痛，多能自行恢复；④网片为永久置入物，无法全部取出；⑤仍有约10%的失败率。

(7) 阴道封闭术：多需切除子宫，失去性生活功能。

十二、常见并发症及处理

(1) 术中大出血、盆腔血肿：手术解剖结构要清晰，分离小心，及时结扎血管止血。术后止血治疗，一般经过非手术治疗均可治愈。

(2) 直肠、膀胱损伤：常规术前肠道准备，必要时膀胱镜检查，若发现损伤及时行修补术。

(3) 术后盆腔感染：术前预防性使用抗生素、术中防止血肿发生、术后加强预防感染。

(4) 排尿困难：术中网片或吊带不宜放置过紧；一旦发生，可通过尿道扩张或自行清导尿多可恢复。如治疗无效，则术后3个月剪除部分网片或吊带。

(5) 网片外露或侵蚀：雌激素药膏局部上药，如无效则予剪除部分网片。

(6) 新发压力性尿失禁：可再次行无张力尿道中段悬吊带术。

十三、出院标准

(1) 入院时症状已解除，一般情况良好，体温正常。

(2) 伤口愈合良好。

(3) 血、尿常规正常。

(4) 残余尿量<100ml。

(5) 没有需要住院处理的并发症和（或）并发症。

十四、随访指导

(1) 注意体温、外阴分泌物的情况及个人卫生，出现异常随时返专科门诊就诊。

- (2) 患者出院后注意休息，避免重体力劳动、下蹲等动作。
- (3) 加强营养，补充清淡、易消化、营养高的食物。
- (4) 术后继续盆底肌功能锻炼。
- (5) 要求患者需长期在泌尿妇科专科门诊随诊、复查，术后 2 周完成第 1 次复查，需携带门诊病历、出院小结等临床资料。主治医师需行阴道检查了解阴道伤口愈合情况。
- (6) 出现以下紧急情况需及时返院或到当地医院治疗
 - 1) 手术伤口大量出血。
 - 2) 患者术后阴道局部剧烈疼痛。
 - 3) 出现膀胱阴道瘘或直肠阴道瘘的表现。

十五、门诊标准流程

子宫脱垂的门诊标准流程见图 11-1。



图 11-1 子宫脱垂的门诊标准流程

十六、住院标准流程

子宫脱垂的住院标准流程见图 11-2。

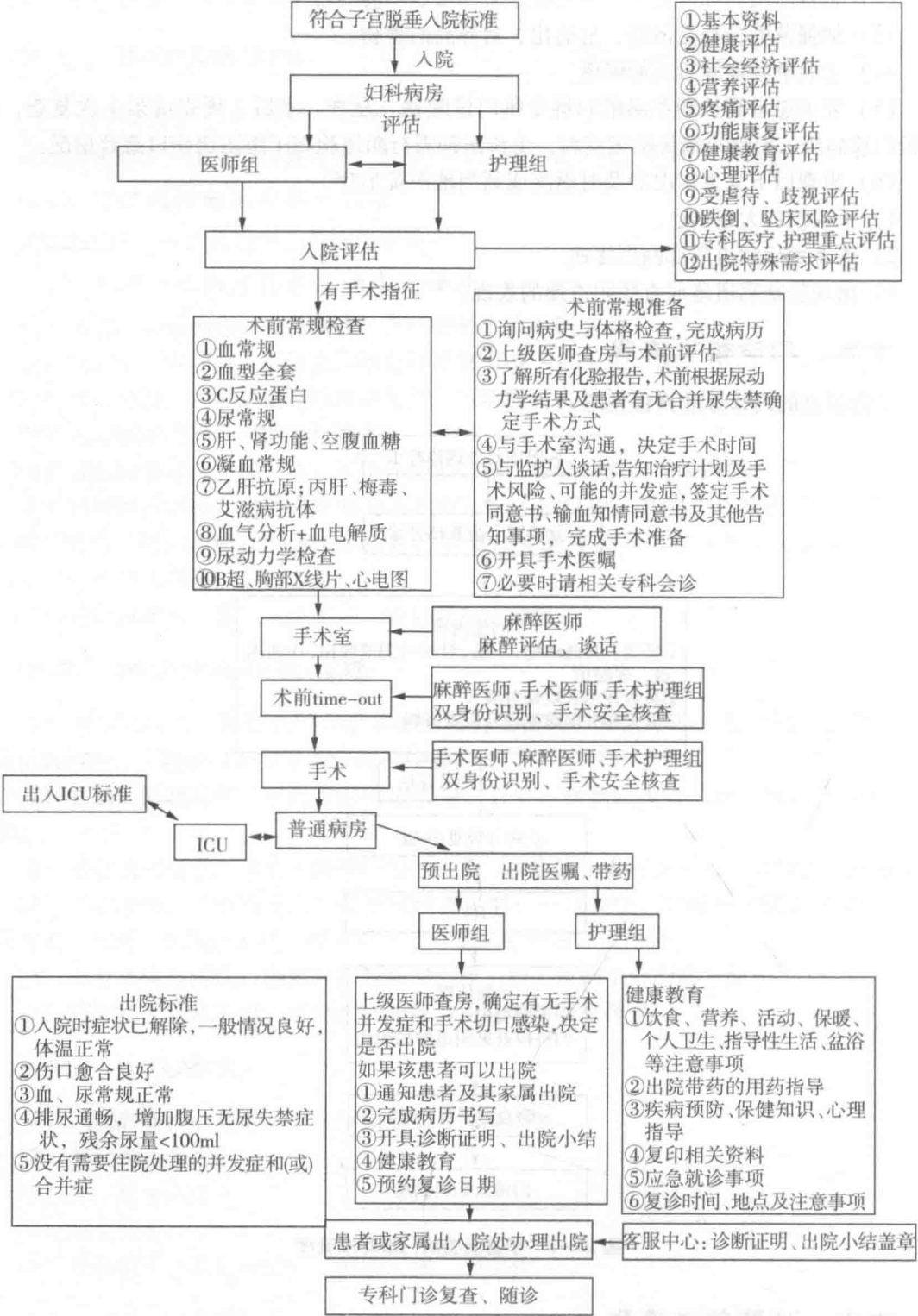


图 11-2 子宫脱垂的住院标准流程

十七、诊疗规范路径图

子宫脱垂的诊疗流程见图 11-3。

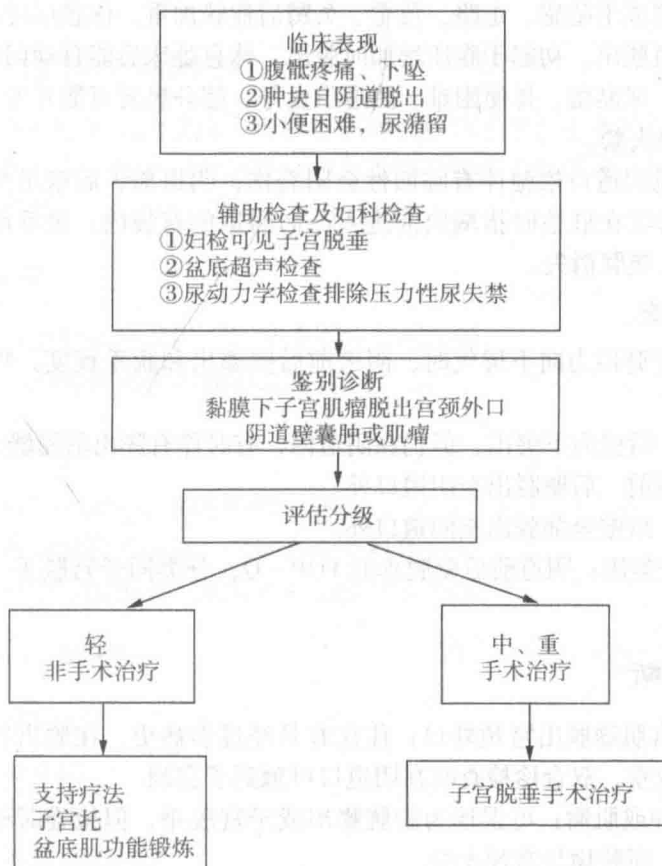


图 11-3 子宫脱垂的诊疗流程

(居宝芹)

第二节 阴道前后壁脱垂

一、ICD 编码

ICD-10: N81.8011。

二、定义

阴道前后壁脱垂是指阴道前后壁接近或脱出于处女膜外。

三、病因

多产、产程延长、产后过早参加重体力劳动、长期站立工作及腹压增加。

四、诊断

(一) 临床表现

- (1) 腰骶部疼痛或下坠感,走路、负重、久蹲后症状加重,休息后可减轻。
- (2) 肿块自阴道脱出,初起于腹压增加时脱出,休息卧床后能自动回缩。
- (3) 排尿困难、尿潴留、排便困难、阴道出血等,部分患者可能并发子宫脱垂和(或)压力性尿失禁、大便失禁。
- (4) 妇检时可见阴道口松弛伴有陈旧性会阴裂伤,阴道前、后壁呈半球形隆起,触之柔软,如为后壁脱垂可在肛检时指端向前进入凸向阴道的盲袋内;脱垂部位黏膜变薄、透亮,黏膜表面硬化、皱襞消失。

(二) 辅助检查

- (1) 根据患者平卧用力向下屏气时,阴道前后壁膨出和脱垂程度,将阴道前后壁脱垂分为3度。

I度:阴道前、后壁向下突出,但仍在阴道内,有时伴有膨出的膀胱、直肠。

II度:部分阴道前、后壁脱出至阴道口外。

III度:阴道前、后壁全部脱出至阴道口外。

- (2) POP-Q分类法:阴道前后壁脱垂的POP-Q,分类同子宫脱垂,见表11-1及表11-2。

五、鉴别诊断

- (1) 黏膜下子宫肌瘤脱出宫颈外口:往往有月经过多病史,在脱出物上找不到宫颈外口,阴道前后壁不脱垂,双合诊检查时在阴道口可触到子宫颈。

- (2) 阴道壁囊肿或肌瘤:可误诊为膀胱膨出或子宫脱垂,但检查时子宫仍在正常位置或被肿块挤向上方,而肿物与宫颈无关。

根据病史及妇科检查,可明确诊断。

六、治疗

(一) 非手术治疗

适用于轻度脱垂、年龄大或并发内外科疾病不能耐受手术、不愿意接受手术的患者。

- (1) 支持疗法。

- (2) 子宫托:适用于各度子宫脱垂和阴道前后壁脱垂者。子宫托大小因人而异,以放置后不脱出又无不适感为理想。

- (3) 盆底肌训练。

(二) 手术治疗

- (1) 手术适应证:适用于II度以上脱垂者,并发子宫脱垂,并发直肠、膀胱膨出有症状者及非手术治疗无效者。

- (2) 手术禁忌证:①严重心肺功能不全,不能耐受手术的患者;②未控制的糖尿病、高血压症、凝血功能异常的患者。

(3) 手术前注意事项: ①充分知情沟通; ②必要时应行尿动力学检查决定是否行抗尿失禁手术; ③根据患者具体情况及意愿选择术式。

(4) 手术方法: ①阴道前、后壁修补术及会阴修补术; ②阴道闭合术; ③使用生物网片的骨盆重建术。

七、疾病评估及诊治指引

阴道前后壁脱垂一般无生命威胁, 可根据病情选择非手术、手术治疗方法, 患者如需手术治疗, 手术为择期手术, 按手术的分级应归为Ⅲ级开放性妇科手术, 应由获Ⅲ级该类手术权限的医师予施行手术。

八、入院标准

- (1) 盆底器官脱垂达Ⅱ度及以上, 伴或不伴有尿失禁。
- (2) 患者有手术意愿而无手术禁忌证者。

九、会诊标准

- (1) 存在内、外科并发症, 需专科协助诊治。
- (2) 存在可能影响麻醉的因素, 术前需麻醉科评估。
- (3) 饮食有特殊要求的患者, 请营养科协助饮食控制。

十、入出 ICU 标准

(一) 入 ICU 标准

- (1) 严重心、肺疾病。
- (2) 活动性出血或休克。
- (3) 麻醉意外抢救成功后。
- (4) 术后麻醉需要辅助机械通气。
- (5) 任何一个重要脏器衰竭。
- (6) 败血症、感染性休克。
- (7) 术后水、电解质紊乱。

(二) 出 ICU 标准

收入 ICU 的患者经过严密监护和治疗后, 病情趋于稳定且转入 ICU 的指征已消除后, 可转出 ICU 返回普通病房继续进行专科治疗。标准如下。

- (1) 心率在正常范围。
- (2) 血流动力学稳定。
- (3) 呼吸频率正常, 呼吸功能障碍已获纠正, 血气分析结果正常。
- (4) 主要脏器功能稳定。
- (5) 吸氧下无发绀、血氧饱和度 $>90\%$, 不需机械通气、不需给氧。
- (6) 专科指征: 如停留引流管, 无活动性出血表现。

十一、谈话要点

(一) 不接受手术治疗的可能后果

可能病情加重,导致子宫或膀胱、直肠嵌顿不能回纳阴道。

(二) 可供选择的其他治疗方法

盆底肌训练、子宫托治疗、药物治疗等。

(三) 术中、术后可能出现的常见情况

(1) 膀胱、直肠损伤:一旦损伤,需行修补术或Ⅱ期手术。

(2) 阴道前后壁修补术有 20% ~ 40% 的失败可能。

(3) 术后远期阴道前后壁脱垂复发可能,甚至以后并发子宫脱垂,可能需再次行其他手术治疗。

(4) 术后排尿困难,多能自行恢复。

(5) 术后新发压力性尿失禁:可予非手术治疗,必要时需行抗尿失禁手术。

(6) 使用网片的骨盆重建术的常见并发症,如①性交痛;②网片外露或侵蚀:有手术取出部分网片可能;③术后疼痛:多能自行恢复;④网片为永久置入物,无法全部取出;⑤仍有约 10% 的失败率。

(7) 阴道封闭术:多需切除子宫,失去性生活功能。

十二、常见并发症及处理

(1) 术中大出血、盆腔血肿:手术解剖结构要清晰,分离小心,及时结扎血管止血。术后止血治疗,一般经过非手术治疗均可治愈。

(2) 直肠、膀胱损伤:常规术前肠道准备,必要时膀胱镜检查,若发现损伤及时行修补术。

(3) 术后盆腔感染:术前预防性使用抗生素、术中防止血肿发生、术后加强预防感染。

(4) 排尿困难:术中网片或吊带不宜放置过紧;一旦发生,可通过尿道扩张或自行清导尿多可恢复。如治疗无效,则术后 3 个月剪除部分网片或吊带。

(5) 网片外露或侵蚀:雌激素药膏局部上药,如无效则予剪除部分网片。

(6) 新发压力性尿失禁:可再次行无张力尿道中段悬吊带术。

十三、出院标准

(1) 患者入院时症状已解除,一般情况良好,体温正常。

(2) 伤口愈合良好。

(3) 血、尿常规正常。

(4) 残余尿量 < 100ml。

(5) 没有需要住院处理的并发症和(或)并发症。

十四、随访指导

(1) 注意体温、外阴分泌物的情况及个人卫生,出现异常随时返专科门诊就诊。

- (2) 患者出院后注意休息，避免重体力劳动、下蹲等动作。
- (3) 加强营养，补充清淡、易消化、营养高的食物。
- (4) 术后继续盆底肌功能锻炼。
- (5) 要求患者需长期在妇科专科门诊随访、复查，术后 2 周完成第 1 次复查，需携带门诊病历、出院小结等临床资料。主治医师需行阴道检查了解阴道伤口愈合情况。
- (6) 出现以下紧急情况需及时返院或到当地医院治疗
 - 1) 手术伤口大量出血。
 - 2) 患者术后阴道局部剧烈疼痛。
 - 3) 出现膀胱阴道瘘或直肠阴道瘘的表现。

十五、门诊标准流程

阴道前后壁脱垂的门诊标准流程见图 11-4。

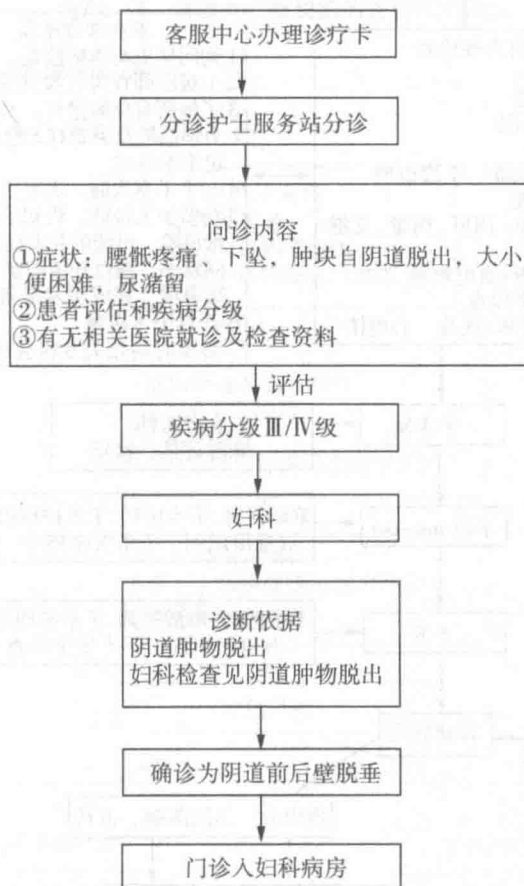


图 11-4 阴道前后壁脱垂的门诊标准流程

十六、住院标准流程

阴道前后壁脱垂的住院标准流程见图 11-5。

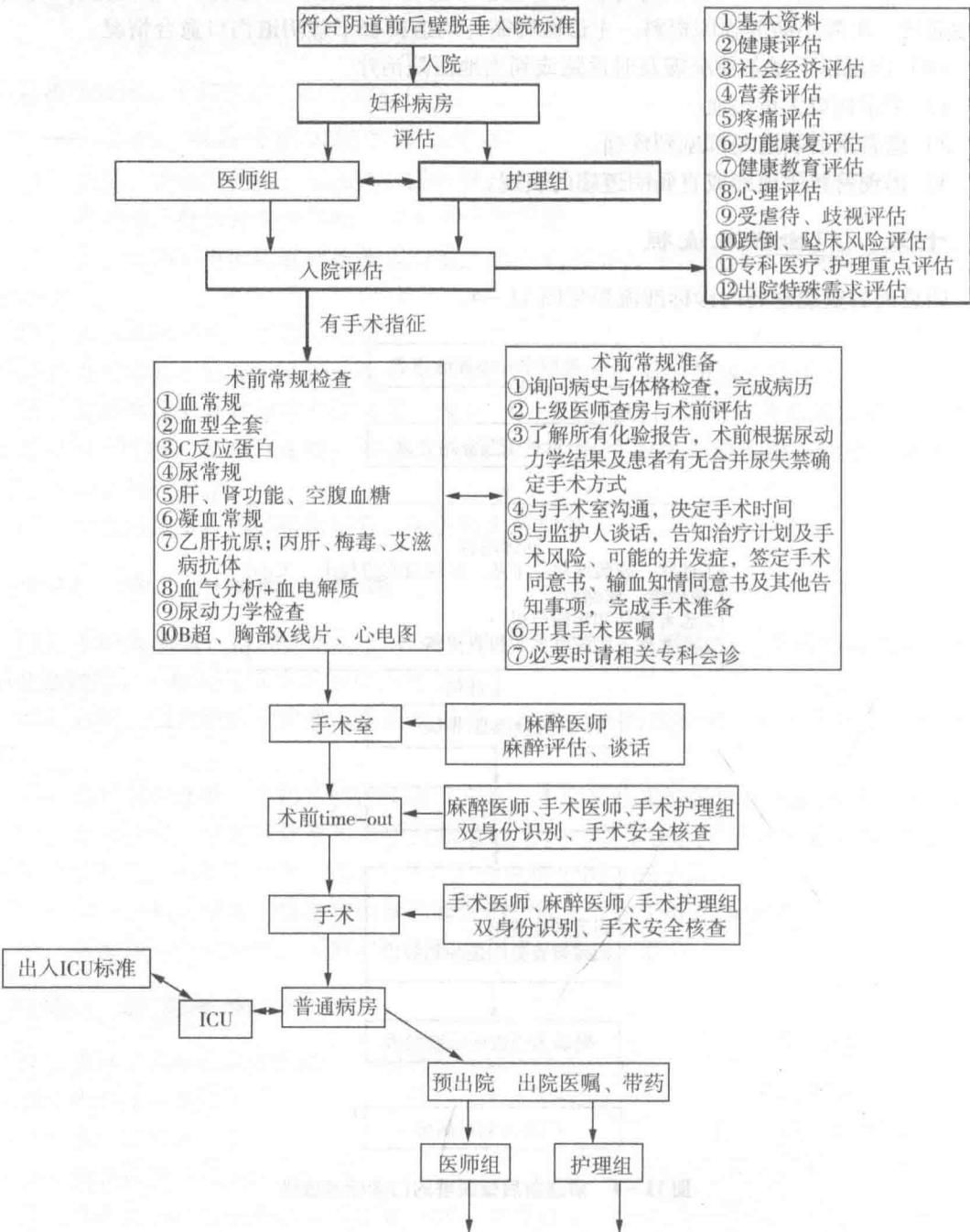




图 11-5 阴道前后壁脱垂的住院标准流程

十七、疾病诊疗路径图

阴道前后壁脱垂的诊疗流程见图 11-6。

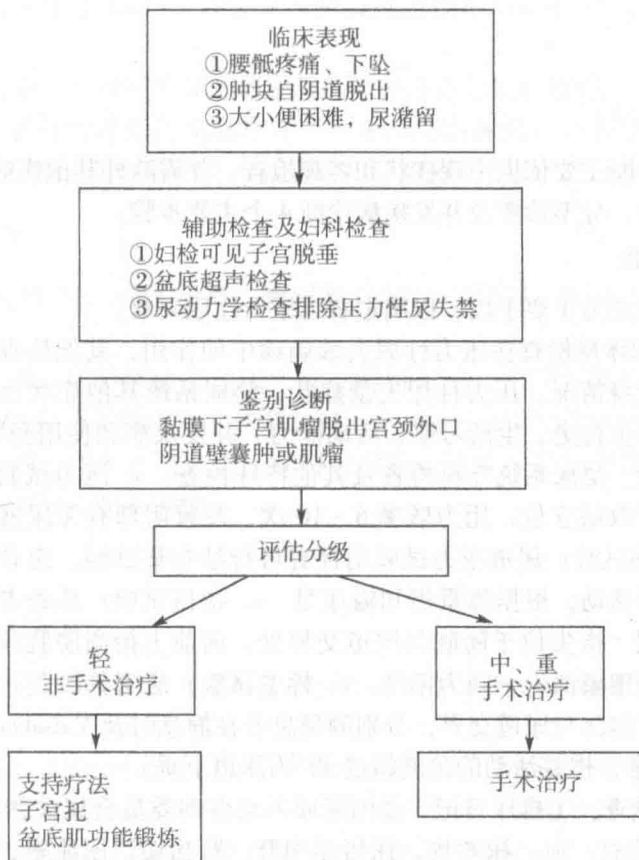


图 11-6 阴道前后壁脱垂的诊疗流程

(居宝芹)

第三节 压力性尿失禁

一、ICD 编码

ICD-10: N39.301。

二、定义

压力性尿失禁(SUI)指喷嚏、咳嗽或运动等腹压增高时出现不自主的尿液自尿道外口漏出。

三、病因

- (1) 妊娠及分娩损伤为主要原因。
- (2) 尿道、阴道手术。
- (3) 功能障碍:先天性膀胱尿道周围组织支持不足或神经支配不健全,为青年女性及未产妇的发病原因,绝经后女性女性激素减退,使盆底组织松弛,失去支托功能。
- (4) 盆腔肿物。
- (5) 肥胖。

四、诊断

压力性尿失禁诊断主要依据主观症状和客观检查,并需除外其他疾病。诊断过程应包括确定诊断、程度诊断、分型诊断及并发疾病诊断4个主要步骤。

(一) 确定诊断

以病史和体格检查为主要手段,以确定有无压力性尿失禁。

(1) 突出病史和体格检查在压力性尿失禁确诊中的作用,其他检查则主要为可选择方案:①病史:包括全身情况、压力性尿失禁症状、泌尿系统其他症状及其他相关系统疾病史;既往病史、月经生育史、生活习惯、活动能力、并发疾病和使用药物等。②体格检查:一般状态、全身体检、泌尿系统专科检查及其他特殊检查。a. 压力试验:将一定量的液体注入膀胱后,嘱患者取站立位,用力咳嗽8~10次,观察阴部有无尿液漏出。如有尿液流出,为阳性。b. 尿垫试验:尿道压力试验阴性者可行纱布垫试验。患者带一事先称重的无菌尿布进行爬楼梯等活动,根据称重得知溢尿量。c. 指压试验:检查者用示指和中指放入阴道前壁的尿道两侧,指尖位于膀胱与尿道交界处,向前上抬高膀胱颈,再行诱发压力试验,如压力性尿失禁现象消失,则为阳性。d. 棉签试验:患者仰卧位,将润滑的棉签置入尿道,使棉签头置于膀胱与尿道交界,分别测量患者在静息时及Valsalva动作时棉签与地面的角度, $<15^{\circ}$ 为正常,棉签活动的角度超过 30° 为尿道下垂。

(2) 其他辅助检查:①排尿日记。②国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷表简表(ICI-Q-SF)。③实验室检查:血、尿常规,尿培养和肝、肾功能,尿流率,残余尿等。④一些有侵入性的检查,如膀胱镜、侵入性尿动力学检查、膀胱尿道造影、静脉肾盂造影、CT等。

(3) 侵入性尿动力学检查为尿失禁诊断金标准。

(二) 程度诊断

按临床症状的程度分为3度。

轻度：尿失禁仅在咳嗽及打喷嚏时发生。

中度：尿失禁发生在日常活动，如行走或从椅子上站立起来时。

重度：在站立时即有尿失禁。

(三) 分型诊断

分型诊断并非必须，但对于临床表现与体格检查不甚相符，以及经初步治疗后疗效不佳的患者，建议进行尿失禁分型诊断。

(1) 根据影像尿动力学分为解剖型和尿道固有括约肌缺陷 (ISD) 型压力性尿失禁；也可采用最大尿道闭合压 (MUCP) 进行区分， $MUCP < 20\text{cmH}_2\text{O}$ 或 $< 30\text{cmH}_2\text{O}$ 提示 ISD 型。

(2) 按照腹压漏尿点压 (ALPP) 分为 I 型、II 型、III 型压力性尿失禁。

I 型压力性尿失禁： $ALPP \geq 90\text{cmH}_2\text{O}$ 。

II 型压力性尿失禁：ALPP 为 $60 \sim 90\text{cmH}_2\text{O}$ 。

III 型压力性尿失禁： $ALPP \leq 60\text{cmH}_2\text{O}$ 。

(四) 常见并发症诊断

(1) 膀胱过度活动症 (OAB)：怀疑有膀胱过度活动的患者按 OAB 指南诊断，推荐行尿动力学检查。

(2) 盆腔脏器脱垂：并发有盆腔脏器脱垂的患者应进行妇科检查。

(3) 排尿困难：排尿困难患者高度推荐尿流率及剩余尿测定，必要时行侵入性尿动力学检查，以确定是否存在逼尿肌收缩受损或膀胱出口梗阻。

五、鉴别诊断

(1) 先天性尿路畸形：膀胱外翻，输尿管口异位 (开口于阴道内)。检查时可明确诊断。

(2) 急迫性尿失禁：感觉性急迫性尿失禁、膀胱肿瘤、泌尿系结石、泌尿系异物、膀胱炎和尿道炎等在尿路黏膜受刺激发生尿意急迫，询问病史及辅助检查可诊断。

(3) 溢出性尿失禁：在子宫颈肿瘤、阔韧带肿瘤、妊娠子宫后屈牵引或压迫膀胱颈时可出现。询问病史及辅助检查可诊断。

六、治疗

(一) 非手术治疗

轻、中度压力性尿失禁患者可考虑非手术治疗，非手术治疗也可用于手术治疗前后的辅助治疗。

(1) 盆底肌训练：①Kegel 运动：方法为做缩紧肌提肌的动作，每次收缩不少于 3s，然后放松，连续做 15~30min，每日 2~3 次，6 周为 1 个疗程。②生物反馈治疗：使用特殊仪器设备完成。每次 20min，一周 2 次，6 周为 1 个疗程。疗效相当于或优于单纯盆底肌训练。

(2) 减肥。

(3) 阴道重锤训练。