

盆腔器官脱垂的中国诊治指南(2020 年版)



扫一扫下载指南原文

中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组

通信作者: 朱兰, 中国医学科学院北京协和医院妇产科 100730, Email: zhu_julie@sina.com

【摘要】 盆腔器官脱垂是中老年妇女常见的盆底功能障碍性疾病, 临床处理棘手。中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组于 2014 年在《中华妇产科杂志》上发布了《盆腔器官脱垂的中国诊治指南(草案)》。时隔 6 年, 随着基础和临床研究的不断深入, 国内外对于盆腔器官脱垂诊治相关的重要问题又有了新的认识, 特别是经阴道植入网片的应用目前仍然有很大的争议, 因此, 有必要将诊治指南草案进行更新修订, 以帮助临床医师在当前形势下作出合理决策。本指南的制定采用了循证医学的方法, 在分析现有科学证据的基础上参考国外相关的指南, 经全体委员会议讨论, 重要决定投票通过。本指南内容涵盖了盆腔器官脱垂的定义、流行病学、诊断、治疗等各个方面, 供妇产科同道参考。

DOI:10.3760/cma.j.cn112141-20200106-00016

盆腔器官脱垂(pelvic organ prolapse, POP)是由于盆底肌肉和筋膜组织异常造成的盆腔器官下降而引发的器官位置异常及功能障碍, 主要症状为阴道口肿物脱出, 可伴有排尿、排便和性功能障碍, 不同程度地影响患者的生命质量。POP 是中老年妇女的常见疾病, 为了规范和指导临床实践, 中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组于 2014 年在参考国内外循证医学研究结果及国际治疗建议的基础上, 结合我国具体情况发布了《盆腔器官脱垂的中国诊治指南(草案)》^[1], 提高了我国基层医院的诊治水平。随着循证医学资料的不断充实, 尤其是美国食品药品监督管理局(FDA)对经阴道植入网片的多次安全警示并将之列为Ⅲ类医疗器械管理, 2019 年经阴道植入网片套盒产品在美国等地禁用, 影响了 POP 的治疗选择。2019 年年底, 中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组专家对 POP 诊治指南草案进行了更新和完善, 旨在现阶段帮助临床医师在诊治和预防工作中作出合理决策。

POP 的流行病学

我国的全国多中心横断面调查结果提示, 症状性 POP 占成年女性的 9.6%。POP 的病因是多方面的。危险因素包括: 产次、阴道分娩、衰老、肥胖、结缔组织异常疾病、绝经状态、慢性便秘、慢性咳嗽等; 其中肥胖、慢性便秘和慢性咳嗽是可干预的, 应

作为健康教育干预来预防 POP 发生。尽管阴道分娩尤其是产钳助产是发生 POP 的高危因素, 但是剖宫产术并不能完全预防远期盆底功能障碍性疾病的发生。盆底肌训练(pelvic floor muscle training, PFMT)对于 POP 的一级预防作用还不明确^[2]。

POP 的诊断与评估

诊断 POP 主要依据患者的症状、体征, 必要时结合辅助检查。一般, 脱垂最低点达到或超过处女膜水平后才开始有 POP 特异的相关症状。有临床处理意义的 POP 多认为是脱垂最低点达到或超过处女膜缘, 或盆腔器官脱垂定量(pelvic organ prolapse quantitation, POP-Q)分度法 ≥ II 度的状态^[3-4]。全面的诊断包括 POP 的解剖学评估(定位和分度)以及伴发症状(压力性尿失禁、膀胱过度活动症等)的评估。

一、症状

询问病史、全面了解患者的临床症状及对生命质量的影响非常重要。POP 伴有临床症状是临床医师界定患者是否需要干预的重要依据。

1. POP 的特异性症状: 患者能看到或者感觉到膨大的组织器官脱出阴道口, 可伴有明显下坠感, 久站或劳累后症状明显, 卧床休息后症状减轻; 严重时不能回纳, 可伴有分泌物增多、溃疡、出血等症状。

2. POP 相关的下尿路症状: 与膀胱和尿道的支

持结构缺陷有关。POP-Q I~II 度患者常合并压力性尿失禁,随着脱垂程度加重,压力性尿失禁的症状逐渐缓解,继而表现为排尿困难、尿潴留等出口梗阻症状。同时,POP 患者患膀胱过度活动症的风险增加,表现为尿急、急迫性尿失禁、尿频和夜尿等症状。

3. POP 相关的肛门直肠功能障碍症状:与后盆腔的支持缺陷有关,表现为便秘、腹泻、排便急迫、排便困难、粪失禁等症状。

4. POP 相关的性功能障碍症状:性交不适、阴道松弛、性欲降低等症状。

POP 导致的盆底功能障碍是一组疾病症状群,但是其严重程度与解剖学改变不完全呈正相关,也有些症状与 POP 无关。建议应用经验证过的中文版国际 A 类标准化问卷调查,如盆底不适调查表简表 (pelvic floor distress inventory-short form 20, PFDI-20)、盆底功能影响问卷简表 (pelvic floor impact questionnaire-short form 7, PFIQ-7) 和盆腔器官脱垂及尿失禁性生活问卷 (pelvic organ prolapse-urinary incontinence sexual questionnaire, PISQ-12) 了解症状的严重程度及对患者生命质量的影响。对于某些非特异性症状,要告知患者不一定能通过治疗 POP 而缓解。

二、体征

盆腔检查前先排空膀胱,取膀胱截石位检查,必要时取站立位等体位,观察放松状态下和用力向下屏气的 Valsalva 动作下脱垂所能达到的最大程度。

1. 解剖定位和分度:建议使用 POP-Q 分度法对 POP 进行部位特异性描述,这是目前国内外最推荐使用的客观评价方法。评估时应使用单叶窥器遮挡阴道前壁评估阴道后壁和会阴体,反之,遮挡阴道后壁评估阴道顶端和前壁。分为:子宫或子宫颈脱垂、穹隆脱垂、阴道前壁膨出和阴道后壁膨出,其中阴道前壁膨出合并顶端脱垂最为常见。

2. 其他检查:(1)观察外阴皮肤和尿道外口、阴道外口;(2)窥器暴露阴道和子宫颈,注意有无黏膜萎缩、角化和溃疡;(3)双合诊有无包块及压痛,除外盆腔肿瘤等其他妇科疾病;(4)三合诊检查有助于鉴别直肠膨出和肠疝;(5)肛查肛门括约肌的完整性和肌力;(6)神经系统检查主要为腰骶神经支配区域的皮肤感觉,即会阴和肛周感觉(骶 2~4 神经支配)、阴阜和大阴唇感觉(腰 1~2 神经支配),以及球海绵体肌反射、肛门反射等;(7)盆底肌功能的评估:根据国际尿控学会(International Continence

Society, ICS) 推荐,将盆底肌分为正常(normal)、过度活跃(overactive)、活动不足(underactive)以及无功能(non-functioning)4 种类型^[3];可参考改良牛津肌力分级系统(modified Oxford grading system)判定盆底肌肌力。

三、辅助检查

结合患者的症状选择适宜的检查。对于顶端和(或)阴道前壁膨出且无压力性尿失禁症状者,有条件时建议行脱垂复位后的隐匿性尿失禁试验。POP 手术前建议行尿流率检查和残余尿量测定,有条件时行尿动力学检查。对于合并尿失禁的 POP 患者,建议术前行尿动力学检查或尿失禁的临床检查,如排尿日记、尿垫试验等。术前盆底超声检查和盆底 MRI 检查有助于诊断和治疗方式的选择。

POP 的干预与治疗

POP 的处理可分为随访观察、非手术治疗和手术治疗,需要综合考虑患者意愿、脱垂部位及其程度、对生命质量的影响、合并症(包括认知和躯体障碍)、年龄、是否有生育要求、既往腹部及盆腔手术史、所选方案的受益及风险等因素。治疗前应该充分与患者沟通,确定治疗目标,共同决策。

一、随访观察

证据提示,如果 POP 不做任何处理并随诊 2 年,仅有 10%~20% 患者的 POP-Q 分度加重^[5-6]。因此,在随访观察过程中,POP 可能加重也可能缓解。无自觉症状的轻度(POP-Q I~II 度,尤其是脱垂最低点位于处女膜之上)POP 患者,可以随访观察。对于可以耐受症状且不愿意接受治疗的患者,特别是 POP-Q III~IV 度的患者,必须定期随访监测疾病进展情况,尤其是排尿、排便功能障碍,特别应注意泌尿系统梗阻问题。

二、非手术治疗

非手术治疗对于所有的 POP 患者均应作为一线治疗方法首先推荐。非手术治疗的目标为缓解症状、避免或延缓手术干预。目前,非手术治疗方法包括生活方式干预、应用子宫托和 PFMT。

1. 生活方式干预:对于所有诊断为 POP 的患者,均应积极进行行为指导。包括减重、戒烟、减少使盆底压力增加的活动、治疗便秘和咳嗽等。

2. 子宫托:应用子宫托经济有效,可以同时配合 PFMT。患者使用子宫托后 POP 症状、生命质量、身体体像及性生活均有显著改善^[7]。约 70% 的

患者子宫托试戴成功^[8]。首选环形支撑型子宫托,如果失败再尝试填充型子宫托(如牛角形和面包圈形子宫托)。

子宫托应用的适应证:(1)患者不愿意手术治疗或者全身状况不能耐受手术治疗;(2)妊娠期及未完成生育者;(3)POP 术后复发或者症状缓解不满意者;(4)POP 术前试验性治疗。子宫托应用的禁忌证:(1)急性盆腔炎性疾病、阴道炎;(2)严重的阴道溃疡和阴道异物;(3)对子宫托材料过敏;(4)不能确保随访的患者。脱垂程度和是否有性生活不是子宫托使用的禁忌,研究表明,选择长期佩戴子宫托者多为 65 岁以上或者有严重内科合并症不能手术的患者。年轻患者更倾向于手术治疗。

子宫托应用可能出现的副反应有阴道分泌物增多、阴道出血或轻度溃疡。多数症状轻微可以耐受,取出子宫托即可好转。放置子宫托后可出现新发压力性尿失禁或原有尿失禁症状加重。子宫托嵌顿、膀胱阴道瘘或直肠阴道瘘等少见的严重并发症多与不合理使用有关。因此,强调在使用子宫托时一定要严密定期随访,规律取戴。为了预防并发症的发生,对于绝经后阴道黏膜萎缩的患者,建议配合局部雌激素治疗。

3. PFMT:方法简单,方便易行,可以加强薄弱的盆底肌肉的力量和协调性,增强盆底支持力,改善盆底功能。必要时可辅助电刺激、生物反馈或磁刺激等方法。症状性 I~III 度 POP 患者,在专业人员指导下 PFMT 能有效减轻患者的症状^[9-10]。荟萃分析表明,PFMT 能改善轻度 POP 患者的症状及严重程度,降低分度,延缓疾病进展^[11]。

三、手术治疗

(一)POP 手术适应证

手术主要适用于非手术治疗失败或者不愿意非手术治疗的有症状的 POP 患者。并无证据表明手术能给无症状 POP 患者带来益处,反而存在手术带来的风险。手术原则是修补缺陷组织,恢复解剖结构,适当、合理应用替代材料,体现微创化和个体化。手术途径主要有经阴道、开腹和腹腔镜 3 种,推荐经阴道手术为首选,必要时可以联合手术。选择术式时应以整体理论为指导,根据患者年龄、意愿、解剖缺损类型和程度以及手术医师本人的经验技术等综合考虑决策。术前应与患者及家属充分沟通,做到知情选择和医患共同决策。应告知患者,可以选择非手术治疗,即使手术治疗能达到理想的解剖复位,仍不能确保功能恢复和症状改善,

甚至可能出现新发症状。与患者交代各种手术的利弊、可能的并发症以及复发风险,得到患者的理解后方可施术。

(二)手术的分类

手术治疗分为重建手术和封闭性手术。重建手术的目的是恢复阴道的解剖位置,而阴道封闭术或半封闭术是将阴道管腔部分或全部关闭从而使脱垂的器官回纳至阴道内,属于非生理性恢复,但具有创伤小、手术时间短、恢复时间快等优点。阴道封闭术的成功率高达 90%~100%,并能明显改善症状,满意度为 90%~95%,对无阴道性生活要求且有合并症、手术风险大的年老虚弱人群尤为适合^[12-13]。

重建手术时应遵循 DeLancey 提出的 3 水平支持理论和腔室理论。对于重度 POP,常合并存在多腔室、多水平缺陷,因此,全面正确的诊断有助于选择合理的手术方式。目前,还没有公认的最佳手术方式,每种手术都有各自的优缺点。

1. 针对中盆腔缺陷的重建手术:在 POP 的处理中,良好的顶端支持是手术成功的关键。阴道顶端缺陷的患者常合并阴道前后壁膨出,顶端支持有助于阴道前后壁膨出的改善。证据表明,顶端复位后可以纠正 50% 的阴道前壁膨出和 30% 的阴道后壁膨出^[14]。中盆腔缺陷纠正的术式有:骶骨固定术(sacrocolpopexy)、骶棘韧带固定术(sacrospinous ligament fixation, SSLF)、宫骶韧带悬吊术(uterosacral ligament suspension, USLS)、经阴道植入网片的手术(这些术式也适合于保留子宫的患者)及 Manchester 手术等。

(1)阴道骶骨固定术:经腹阴道骶骨固定术是治疗顶端缺陷的标准术式之一。手术可开腹或经腹腔镜完成,两种路径的手术效果相当,但腹腔镜手术更加微创。对于要求保留子宫的患者也是有效的方法。荟萃分析表明,经腹骶骨固定术对于顶端支持的成功率达 78%~100%,脱垂复发的再手术率为 4.4%^[15]。腹腔镜骶骨固定术的满意率为 94.4%,因脱垂再手术率为 6.2%,网片暴露率为 2.7%,严重并发症有骶前区血管出血、肠管和泌尿系统损伤、肠梗阻、肠瘘等^[16]。阴道骶骨固定术对阴道顶端的支持作用确切,尤其适合于有复发高风险、经腹手术、经阴道 POP 修补手术后失败以及阴道长度偏短的患者^[17]。我国妇科盆底学组制定腹腔镜阴道骶骨固定术的主要适应证是:有症状的穹隆脱垂 POP-Q II 度以上;POP 术后顶端复发的患者

(有症状,且 POP-Q $\geq$ Ⅱ度);初治的中盆腔缺陷为主的 POP-Q Ⅲ度以上,特别是性生活活跃的年轻患者。

(2)SSLF:手术建议经阴道完成,可切除子宫或保留子宫。主要适用于中盆腔缺陷为主的症状性 POP-Q Ⅱ度以上患者。由于该术式改变了阴道的生理轴向,术后阴道前壁膨出的发生率达 6%~21%^[18]。SSLF 手术较为特异的并发症是疼痛和神经血管损伤,术后臀部和大腿后部疼痛的发生率为 6%~14%^[18],严重者建议及早拆除缝线。

与 SSLF 相似的手术还有坐骨棘筋膜固定术(ischia spinous fascia fixation)和髂尾肌筋膜固定术(ilioococcygeus suspension),即将阴道顶端宫骶韧带缝合固定于坐骨棘最突出点周围 1 cm 处的坐骨棘筋膜或坐骨棘下后方 1~2 cm 处的髂尾肌肌层及其表面的筋膜组织。这两种手术均简单易学,无需特殊器械,主客观成功率与 SSLF 基本相仿^[19-21];手术适应证与 SSLF 相似,尤其适用于阴道长度偏短操作困难无法完成 SSLF 的患者。当单侧缝合后顶端支持不够时可缝合双侧。

(3)USLS:手术可经阴道或经腹完成,可切除子宫或保留子宫。为防止术后肠膨出或者有肠疝者也可同时行 McCall 后穹隆成形术,即折叠缝合两侧宫骶韧带及其间的腹膜,关闭直肠子宫陷凹。USLS 的适应证同 SSLF。荟萃分析表明,经阴道 USLS 的顶端、前壁和后壁修复成功率分别为 98%、81% 和 87%^[22]。USLS 术后阴道的轴向较 SSLF 更符合生理。USLS 的并发症为输尿管梗阻,发生率为 0~11%^[23]。经阴道路径完成的 USLS 术中应行膀胱镜检查,一旦发现输尿管开口喷尿不佳,应立即拆除缝线。

(4)经阴道植入网片的盆底重建手术(transvaginal mesh, TVM):其优势是能够同时纠正各腔室的缺陷,纠正中央型缺陷和侧方缺陷,手术操作简化。可使用成品网片套盒或自裁网片,目前推荐使用的是大孔($>75\ \mu\text{m}$)、轻型($\leq 19\ \text{g/m}^2$)以及单股编织不可吸收聚丙烯网片。高级别的证据表明,经阴道植入合成不可吸收网片相对于自体组织盆底重建术能够降低解剖学复发率,特别是阴道前壁膨出的复发,减轻阴道肿物膨出症状,生命质量方面无明显差异^[24-25]。

我国妇科盆底学组对经阴道植入网片手术的主要适应证定为 POP 术后复发的患者及 60 岁以上重度 POP(阴道前壁膨出为主)的初治患者,特别是

不能耐受经腹手术的患者。对于年轻、性生活活跃的患者,应慎重选择;术前即有慢性盆腔痛或性交痛的患者也不宜选择该术式。其主要并发症为网片暴露、侵蚀和疼痛等,有时处理困难,甚至无法完全解除症状。对于出现严重并发症者建议尽早转诊给有经验的专家。因此,对于有应用网片适应证的患者应该与其充分沟通,告知利弊及本单位和中国的治疗结果,权衡手术的获益以及网片的花费和可能面临的并发症等问题慎重选择^[26]。文后附有“关于经阴道植入网片盆底重建手术的益处、风险及替代方案”的知情同意书,供同道参考。

(5)Manchester 手术:传统的 Manchester 手术也属于纠正中盆腔缺陷的手术。主要适应证为症状性 POP-Q Ⅱ度以上伴子宫颈延长、无子宫病变、不存在重度阴道前后壁膨出、要求保留子宫的患者。严重顶端脱垂的患者不适合该术式。并发症为子宫颈机能不全及子宫颈狭窄等。

2. 针对前盆腔缺陷的重建手术:前盆腔缺陷分为中央型缺陷和侧方缺陷。对于中央型缺陷可行传统的阴道前壁修补术;对于侧方缺陷,各种路径的阴道旁修补术目前证据不足,尚无推荐意见,但是良好的顶端支持可以纠正大部分的侧方缺陷。阴道前壁膨出患者应该评估顶端是否存在缺陷,如果同时进行顶端悬吊,复发风险降低。单纯筋膜折叠缝合的阴道前壁修补术后 1~2 年的成功率较低。随机对照研究提示,经阴道植入网片手术后 1 年的成功率高于传统阴道前壁修补术(分别为 60.8%、34.5%)^[27]。是否加用网片应遵循个体化原则,权衡利弊,综合考虑。为了提高解剖学恢复效果以及远期疗效,对于复发以及重度 POP 患者,可以考虑由经专业训练和有经验的医师酌情使用网片。

3. 针对后盆腔缺陷的重建手术:阴道后壁膨出可以分为高位的穹隆膨出、肠疝以及中、低位的直肠膨出,直肠膨出是直肠脱垂的 1 种类型。对于有排便障碍的患者术前应充分评估排便障碍的原因。手术可以选择经阴道、经肛门或经腹路径完成。手术方法分为传统的筋膜折叠术和特异部位修补术,也有植入合成网片手术以及会阴体修补术。筋膜折叠术与特异部位修补术相比,主客观的复发率均较低。会阴体修补术时应注意,缝合球海绵体肌和会阴浅横肌时不宜折叠过度形成棱状,否则容易出现术后性交痛。对于无梗阻性排便困难症状的低位直肠膨出患者,经阴道后壁修补术解剖学成功率优于经肛路径。

4. 是否保留子宫:对于既往无相关病史且术前检查未发现子宫疾病者,如果患者要求保留子宫,可行保留子宫的盆底重建手术,如SSLF、子宫骶骨固定术及LeFort手术等。保留子宫的重建手术的手术时间短,网片暴露风险低。随机对照研究表明,对于POP-Q II度以上患者,切除子宫的SSLF患者术后1年复发率低于保留子宫者^[28]。

5. 合并隐匿性尿失禁和压力性尿失禁的处理:合并显性压力性尿失禁的POP患者,可同时行抗尿失禁手术。术前无压力性尿失禁的顶端和前壁膨出患者,应进行隐匿性尿失禁的评估,告知术后新发压力性尿失禁的风险。对于隐匿性尿失禁患者,可酌情考虑同期行抗尿失禁手术,也可以等待POP纠正手术后至少3个月再评估决策是否行抗尿失禁手术。单纯阴道前壁修补术后新发压力性尿失禁的风险低于经闭孔植入网片的手术。

(三)围手术期管理、随诊

围手术期的抗生素、抗血栓生成的管理同一般妇科手术,植入网片的手术建议应用抗生素。绝经后阴道黏膜萎缩者建议术后开始局部使用雌激素制剂,使阴道黏膜增厚。经阴道植入网片手术后临床建议长期局部使用雌激素制剂为宜。术后3个月内避免增加腹压及负重。禁性生活3个月,或者确认阴道黏膜修复完好为止。术后建议规律随访终生,及时发现复发和处理手术并发症。

(四)POP手术并发症及复发

对于手术并发症,建议采用国际推荐的“类别-时间-部位(category, time and site, CTS)”编码分类系统^[29]。自体筋膜重建手术的并发症主要有出血、感染、排尿功能障碍、器官损伤等。阴道变短和管腔狭窄可能导致术后性交痛,术后2年可达16%^[30]。治疗上可以使用局部雌激素和阴道扩张器等。

网片相关并发症主要为网片的侵蚀、暴露、挛缩等。经阴道植入网片手术后网片暴露发生率约为12%^[31],性交痛发生率为9%^[32],高危因素包括同时行子宫切除术、吸烟、高体质指数(BMI; BMI>30 kg/m²)等。如果未合并感染,可以局部涂抹雌激素,必要时手术去除暴露的网片并无张力缝合。如果网片慢性感染或者形成脓肿,应尽可能完全去除网片。对于与网片相关的性交痛,可行网片部分或全部去除,或者切断挛缩的网片臂。出现网片侵蚀、大面积暴露和疼痛并发症,建议尽早转诊给有经验的专家处理。如果植入网片手术中意外损伤

膀胱,修补后仍可同期行植入网片手术;但是直肠损伤后不建议同时行植入后壁网片手术。对于经阴道植入网片手术,建议全部患者纳入登记注册研究。

参加本指南讨论和修订的专家组成员:郎景和(中国医学科学院北京协和医院)、朱兰(中国医学科学院北京协和医院)、宋岩峰(解放军联勤保障部队第九〇〇医院)、张晓薇(广州医科大学附属第一医院)、王建六(北京大学人民医院)、马庆良(上海中医药大学附属曙光医院)、童晓文(同济大学附属同济医院)、华克勤(复旦大学附属妇产科医院)、罗新(暨南大学附属第一医院)、韩劲松(北京大学第三医院)、鲁永鲜(解放军总医院第四医学中心)、马乐(首都医科大学附属北京妇产医院)、杨欣(北京大学人民医院)、刘培淑(山东大学齐鲁医院)、许学先(武汉大学人民医院)、金杭美(浙江大学医学院附属妇产科医院)、谢静燕(南京市第一医院)、李际春(宁夏医科大学总医院)、夏志军(中国医科大学附属盛京医院)、王鲁文(郑州大学第三附属医院)、吴凯凯(上海市第六人民医院)、李兆艾(山西省妇幼保健院)、黄向华(河北医科大学第二医院)、龚健(江苏省无锡市妇幼保健院)、刘青(甘肃省妇幼保健院)、古丽娜(新疆医科大学第一附属医院)、王彦(山东省烟台毓璜顶医院)、徐惠成(陆军军医大学西南医院)、李怀芳(同济大学附属同济医院)、王平(四川大学华西第二医院)、汪利群(江西省妇幼保健院)、孙智晶(中国医学科学院北京协和医院)、陈娟(中国医学科学院北京协和医院)、卢佳序(中国台湾长庚医院)

执笔专家:陈娟(中国医学科学院北京协和医院)、朱兰(中国医学科学院北京协和医院)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] 中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组. 盆腔器官脱垂的诊治指南(草案)[J]. 中华妇产科杂志, 2014, 49(9):647-651. DOI:10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2014.09.002.
- [2] Bazi T, Takahashi S, Ismail S, et al. Prevention of pelvic floor disorders: international urogynecological association research and development committee opinion[J]. Int Urogynecol J, 2016,27(12):1785-1795. DOI: 10.1007/s00192-016-2993-9.
- [3] Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction[J]. Int Urogynecol J, 2010, 21(1):5-26. DOI: 10.1007/s00192-009-0976-9.
- [4] Swift SE, Barber MD. Pelvic organ prolapse: defining the disease[J]. Female Pelvic Med Reconstr Surg, 2010, 16(4):201-203. DOI: 10.1097/SPV.0b013e3181f0bf1d.
- [5] Gilchrist AS, Campbell W, Steele H, et al. Outcomes of observation as therapy for pelvic organ prolapse: a study in the natural history of pelvic organ prolapse[J]. Neurourol Urodyn, 2013,32(4):383-386. DOI: 10.1002/nau.22298.
- [6] Miedel A, Ek M, Tegerstedt G, et al. Short-term natural history in women with symptoms indicative of pelvic organ prolapse [J]. Int Urogynecol J, 2011, 22(4): 461-468. DOI: 10.1007/s00192-010-1305-z.
- [7] de Albuquerque Coelho SC, de Castro EB, Juliato CR. Female pelvic organ prolapse using pessaries: systematic review[J]. Int Urogynecol J, 2016, 27(12): 1797-1803. DOI: 10.1007/

- s00192-016-2991-y.
- [8] Ding J, Chen C, Song XC, et al. Successful use of ring pessary with support for advanced pelvic organ prolapse[J]. Int Urogynecol J, 2015, 26(10): 1517-1523. DOI: 10.1007 / s00192-015-2738-1.
 - [9] Hagen S, Stark D, Glazener C, et al. Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomised controlled trial[J]. Lancet, 2014, 383(9919): 796-806. DOI: 10.1016 / S0140-6736(13) 61977-7.
 - [10] Hagen S, Glazener C, McClurg D, et al. Pelvic floor muscle training for secondary prevention of pelvic organ prolapse (PREVPROL): a multicentre randomised controlled trial[J]. Lancet, 2017, 389(10067):393-402. DOI: 10.1016/S0140-6736 (16)32109-2.
 - [11] Li C, Gong Y, Wang B. The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis[J]. Int Urogynecol J, 2016, 27(7):981-992. DOI: 10.1007/s00192-015-2846-y.
 - [12] Abbasy S, Kenton K. Obliterative procedures for pelvic organ prolapse[J]. Clin Obstet Gynecol, 2010, 53(1): 86-98. DOI: 10.1097/GRF.0b013e3181cd4252.
 - [13] Buchsbaum GM, Lee TG. Vaginal oblitative procedures for pelvic organ prolapse: a systematic review[J]. Obstet Gynecol Surv, 2017, 72(3):175-183. DOI: 10.1097/OGX.00000000000000406.
 - [14] Lowder JL, Park AJ, Ellison R, et al. The role of apical vaginal support in the appearance of anterior and posterior vaginal prolapse[J]. Obstet Gynecol, 2008, 111(1): 152-157. DOI: 10.1097/01.AOG.0000297309.25091.a0.
 - [15] Nygaard IE, McCreery R, Brubaker L, et al. Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review[J]. Obstet Gynecol, 2004, 104(4):805-823. DOI: 10.1097/01.AOG.0000139514. 90897.07.
 - [16] Ganatra AM, Rozet F, Sanchez-Salas R, et al. The current status of laparoscopic sacrocolpopexy: a review[J]. Eur Urol, 2009, 55(5):1089-1103. DOI: 10.1016/j.eururo.2009.01.048.
 - [17] Hill AJ, Barber MD. Apical prolapse repair: weighing the risks and benefits[J]. Curr Opin Obstet Gynecol, 2015, 27(5): 373-379. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000203.
 - [18] Petri E, Ashok K. Sacrospinous vaginal fixation: current status [J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2011, 90(5): 429-436. DOI: 10.1111/j.1600-0412.2011.01084.x.
 - [19] Maher CF, Murray CJ, Carey MP, et al. Iliococcygeus or sacrospinous fixation for vaginal vault prolapse[J]. Obstet Gynecol, 2001, 98(1): 40-44. DOI: 10.1016 / s0029-7844(01) 01378-3.
 - [20] Zhu L, Lang J, Zhang Q. Clinical study of ischia spinous fascia fixation: a new pelvic reconstructive surgery[J]. Int Urogynecol J, 2011, 22(4):499-503. DOI: 10.1007/s00192-010-1307-x.
 - [21] Serati M, Braga A, Bogani G, et al. Iliococcygeus fixation for the treatment of apical vaginal prolapse: efficacy and safety at 5 years of follow-up[J]. Int Urogynecol J, 2015, 26(7): 1007-1012. DOI: 10.1007/s00192-015-2629-5.
 - [22] Margulies RU, Rogers MA, Morgan DM. Outcomes of transvaginal uterosacral ligament suspension: systematic review and metaanalysis[J]. Am J Obstet Gynecol, 2010, 202(2):124-134. DOI: 10.1016/j.ajog.2009.07.052.
 - [23] Barber MD, Visco AG, Weidner AC, et al. Bilateral uterosacral ligament vaginal vault suspension with site-specific endopelvic fascia defect repair for treatment of pelvic organ prolapse[J]. Am J Obstet Gynecol, 2000, 183(6): 1402-1410; discussion 1410-1411. DOI: 10.1067/mob.2000. 111298.
 - [24] Maher C, Feiner B, Baessler K, et al. Transvaginal mesh or grafts compared with native tissue repair for vaginal prolapse [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2016, 2: CD012079. DOI: 10.1002/14651858.CD012079.
 - [25] Schimpf MO, Abed H, Sanses T, et al. Graft and mesh use in transvaginal prolapse repair: a systematic review[J]. Obstet Gynecol, 2016, 128(1):81-91. DOI: 10.1097/AOG.00000000000001451.
 - [26] 中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组. 美国FDA“经阴道植入网片安全警示”解读与专家共识[J]. 中华妇产科杂志, 2013, 48(1):65-67. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-567x. 2013.01.017.
 - [27] Altman D, Väyrynen T, Engh ME, et al. Anterior colporrhaphy versus transvaginal mesh for pelvic-organ prolapse[J]. N Engl J Med, 2011, 364(19):1826-1836. DOI: 10.1056/NEJMoa 1009521.
 - [28] Dietz V, van der Vaart CH, van der Graaf Y, et al. One-year follow-up after sacrospinous hysteropexy and vaginal hysterectomy for uterine descent: a randomized study[J]. Int Urogynecol J, 2010, 21(2):209-216. DOI: 10.1007/s00192-009- 1014-7.
 - [29] Toozs-Hobson P, Freeman R, Barber M, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for reporting outcomes of surgical procedures for pelvic organ prolapse[J]. Int Urogynecol J, 2012, 23(5): 527-535. DOI: 10.1007 / s00192-012-1726-y.
 - [30] Lukacz ES, Warren LK, Richter HE, et al. Quality of life and sexual function 2 years after vaginal surgery for prolapse[J]. Obstet Gynecol, 2016, 127(6): 1071-1079. DOI: 10.1097 / AOG.0000000000001442.
 - [31] Larouche M, Geoffrion R, Walter JE. No. 351-Transvaginal mesh procedures for pelvic organ prolapse[J]. J Obstet Gynaecol Can, 2017, 39(11): 1085-1097. DOI: 10.1016 / j. jogc.2017.05.006.
 - [32] Abed H, Rahn DD, Lowenstein L, et al. Incidence and management of graft erosion, wound granulation, and dyspareunia following vaginal prolapse repair with graft materials: a systematic review[J]. Int Urogynecol J, 2011, 22(7): 789-798. DOI: 10.1007/s00192-011-1384-5.

(收稿日期:2020-01-06)

(本文编辑:沈平虎)

2020年5期继续教育题目(二)(单项选择题):

1. POP的处理包括()

- A. 随诊观察
- B. 非手术治疗
- C. 手术治疗
- D. 以上都是

2. POP的非手术治疗包括()

- A. 生活方式干预
- B. 应用子宫托
- C. 盆底肌训练
- D. 以上都是

3. 以下哪些手术方式可用于纠正中盆腔缺陷?()

- A. 阴道骶骨固定术
- B. 骶棘韧带固定术
- C. 宫骶韧带悬吊术
- D. 以上都是

4. 新版指南中经阴道植入网片手术适应证的描述正确

的是:()

- A. POP 术后复发的患者
- B. 60 岁以上重度 POP(阴道前壁膨出为主)的初治患者,特别是不能耐受经腹手术的患者
- C. 年轻、性生活活跃的患者,应慎重选择
- D. 术前即有慢性盆腔痛或性交痛的患者不宜选择
- E. 以上都正确

- 5. 新版指南中腹腔镜阴道骶骨固定术的适应证描述正

确的是:()

- A. 有症状的穹隆脱垂 POP-Q II 度以上
- B. POP 术后顶端复发的患者(有症状,且 POP-Q>II 度)
- C. 初治的中盆腔缺陷为主的 POP-Q III 度以上,特别是性生活活跃的年轻患者
- D. 以上都正确

(继续教育的答题方式及获得学分的方法见插页。

答案见下期)

(2020 年 4 期“临床指南”继续教育题目的答案:1.E 2.C 3.D 4.E 5.C)

(2020 年 4 期“专家共识”继续教育题目的答案:1.D 2.C 3.B 4.D 5.B)

附录

知情同意书

关于经阴道植入网片盆底重建手术的益处、风险及替代方案

一、什么是经阴道植入网片手术以及术后注意事项

经阴道植入网片手术是通过阴道完成的。医生用永久性合成网片来托起脱垂的阴道壁,类似于外科腹壁疝修补手术。术后一般需要保留尿管 1~3 天。有些患者术后疼痛比预期的要严重或恢复慢,可能需要 2~3 周时间。手术后休息 6 周,3 个月内严格限制提重物 and 向下用力。

二、手术目标(可能的好处)

目前国际上的研究表明,经阴道植入网片的手术是安全和有效的,通过网片支撑和替代相比于自体组织修补可以减少复发,但是仍需要远期随访证实。手术可以将脱垂的组织还纳,改善症状,提高生命质量,但是也可能有些症状得不到改善,特别是与脱垂本身无关的症状。术者需要经过培训才能胜任该手术。

三、经阴道植入网片手术相关的并发症

美国食品药品监督管理局(FDA)发布了有关经阴道植入网片并发症的警示报告,导致网片在美国退市,引起全球关注。应该说任何盆底重建手术都有可能出现并发症和术后复发问题。经阴道植入网片手术相关的并发症主要包括:

1. 网片穿刺经过途径的血管、神经、器官损伤。
2. 网片暴露在阴道中,极少数会侵蚀肠管或膀胱,通常容易治疗,但有时处理棘手。吸烟或超重可能会增加风险。
3. 术后新发的排便、排尿问题。术后尿失禁、膀胱过度活动症、排尿障碍,严重时可能需要终生导尿,增加尿路感染的机会。
4. 术后出现盆腔、臀部和阴道疼痛、性交痛等,少数情况疼痛持续时间久,治疗效果不佳,甚至难以治愈。

四、其他治疗选择

1. 如果症状不明显,无需治疗,可以定期复查。
2. 可以选择非手术治疗,如戴子宫托,有时盆底肌锻炼也能改善症状。
3. 其他不使用网片的手术、经腹手术等。

五、医生的建议

手术前:

1. 了解经阴道植入网片手术的风险。
2. 经阴道植入网片手术可能因并发症而增加再次手术的风险。少数患者即使手术也可能无法解决并发症问题。
3. 询问医生所有的治疗选择,包括不使用网片的手术和非手术治疗方法。理解医生选择经阴道植入网片手术的原因。

手术后:

1. 术后定期复查。如果手术效果满意并且没有症状及并发症,无需特殊处理。
2. 出现并发症或症状,如持续性阴道分泌物多或出血、盆腔或腹股沟区疼痛、性交痛等,及时就诊。