

文章编号:1003-6946(2024)06-0447-06

# 老年女性盆底功能障碍性疾病个体优化诊疗技术体系的专家共识

中国妇幼健康研究会第一届妇产科精准医疗专业委员会

中图分类号:R711.7

文献标志码:B

盆底功能障碍性疾病(pelvic floor dysfunction, PFD)是由于盆底支持结构缺陷薄弱、损伤及功能障碍等多种因素造成的盆腔脏器移位,并引起盆腔器官脱垂(POP)、尿失禁及性功能障碍等各种盆腔器官功能异常的一组疾病。随着发达国家和我国人口老龄化进程加快,高发于老年女性的 PFD 是影响女性健康的主要疾病之一<sup>[1,2]</sup>。

我国女性 PFD 缺乏大范围的流行病学数据,部分研究报道中国 45% 的妇女患有不同程度的 PFD,发病率随年龄增高,65 岁以上女性尿失禁发病率达 25%<sup>[3,4]</sup>。随着妊娠、分娩、老年衰退生理过程,加之病理性损伤加重,出现泌尿、生殖、肛肠三个系统交错的功能紊乱,包括排尿、排便、性生活障碍和慢性疼痛等<sup>[5]</sup>。

本共识在传统诊疗技术循证评价后结合临床管理路径的基础上,将目前专家共识的诊疗技术共同融合,提出个体优化诊疗方案。老年女性(年龄 $\geq 60$ 岁)PFD 技术体系优化,可以整体提高 PFD 的综合干预效力,优化分级诊疗医疗质量,在没有大规模增加医疗资源投入的情况下,提升盆底功能障碍控制率,具有重要的临床意义和社会价值。

## 1 盆底功能障碍性疾病早期防控方案

### 1.1 健康教育

1.1.1 治疗前问卷调查 包括对所患疾病的了解情况、发病原因、影响因素、治疗方法、疗效评价以及接受治疗的依从性及治疗时间安排。向患者详细讲解治疗的必要性、治疗方法、治疗步骤,使患者充分了解治疗过程,解除心理负担,提高患者治疗的信心。

1.1.2 治疗中宣教 对接受治疗的患者进行一对一的护理指导,在生物反馈治疗中,讲解盆底肌肉训练方法。指导患者根据显示器的显示波形进行盆底肌肉的主动收缩,提高肌肉收缩与波形图像的吻合度。

1.1.3 治疗后随访 评估生物反馈治疗的效果,拟定后续治疗的间隔时间,并定期进行随访反馈信息,

同时向患者讲解影响治疗效果的因素,包括增加腹压、控制泌尿系统感染、避免持重、戒除烟酒等。建立随访病历,随访内容包括继续指导主动训练盆底肌肉、了解治疗满意度及自我盆底肌肉训练情况、病情是否复发等。

1.2 生活方式干预 戒烟、适度运动、营养管理(避免高血脂)、体质量控制( $18.5 \text{ kg/m}^2 < \text{BMI} < 25 \text{ kg/m}^2$  为宜),PFD 相关慢病管理(高血压、糖尿病等),治疗长期便秘和慢性咳嗽等导致腹压增高的疾病<sup>[6]</sup>。

推荐意见 1: PFD 的发生与个人生活行为和慢病管理密切相关,各级医务人员尽可能做好疾病科普知识宣讲并让接受者充分理解,对于疾病一级和二级预防有重要的意义。指导风险人群纠正可以改善的致病风险因素对于控制疾病进展具有重要意义。

1.3 盆底肌肉主动锻炼 ①对于轻中度压力性尿失禁(SUI)或者混合性尿失禁患者,盆底肌肉锻炼作为一线治疗需要至少持续 3 个月。可采用生物反馈作为女性 SUI 的辅助治疗。②阴道松弛综合征是 POP 的早期表现,需要早期识别和干预。对于有阴道松弛症状的患者,推荐规范主动的盆底肌肉训练、手法治疗及物理能量的康复治疗<sup>[7]</sup>。③盆底肌肉锻炼方案:持续收缩盆底肌(即缩肛运动)不少于 3 秒,松弛休息 2~6 秒,连续做 15~30 分钟,每天重复 3 遍;或每天做 150~200 次缩肛运动。持续 3 个月或更长时间。

1.4 阴道哑铃(阴道康复器)训练增强盆底肌主动训练 使用时,从最轻的康复器开始,使其置入阴道内并持续 15~20 分钟,当能在阴道内掌控自如时逐步更换至较重的康复器,每次更换重量后都逐渐加入下蹲、咳嗽、跳跃等活动,循序渐进地增加训练难度和强度<sup>[8]</sup>。

### 1.5 盆底生物电刺激治疗

1.5.1 适用范围 阴道松弛、SUI、膀胱过度活动症(OAB)、慢性盆腔痛(CPP)<sup>[9]</sup>。

1.5.2 方案 盆底康复中使用的电刺激都是频率 $\leq$

基金项目:国家重点研发计划项目(编号:2021YFC2009100);四川省卫生健康委员会项目(编号:21ZD002);四川省科技厅项目(编号:2023YFS0024)

通讯作者:华克勤,E-mail:huakeqinjiaoshou@163.com;鲁永鲜,E-mail:yongxianlu2023@163.com;宋岩峰,E-mail:zlele@126.com

100 Hz, 根据不同频率起到的不同作用, 临床上进行相对区分, 将 20 Hz 以下称为低频, 用于治疗过度活动的肌肉, 50 Hz 称为高频, 用于治疗松弛型的肌肉。

1.5.3 不同情况下需要选择的频率 ①肌肉收缩: 由于 1~10 Hz 的电流可引起肌肉单收缩, 25~50 Hz 的电流可引起肌肉完全收缩, 而 100 Hz 的电流可使肌肉收缩减弱或消失, 所以肌力训练一般选择 50 Hz, 耐力训练选择 20~30 Hz。②OAB: 5~20 Hz 的电流通过阴部神经到腹下神经的反射来抑制膀胱收缩, 用于膀胱抑制的最佳频率是 10 Hz。③CPP: 有经皮肤方案和经阴道方案, 经皮肤神经电刺激方案 (TENS): 频率 100 Hz, 波宽 100~250  $\mu$ s; 经阴道电刺激方案: 频率 5~20 Hz, 缓解过度活动的盆底肌肉。

1.6 磁刺激治疗 磁刺激治疗分为盆底刺激模式和骶神经刺激模式, 磁刺激可以连续变频, 变频治疗强度以调节至患者有明显收缩感, 并感觉舒适为宜。

1.6.1 盆底刺激模式 常用于 POP、性功能障碍、下尿路功能障碍、排便功能障碍、CPP、盆底高压等疾病。

1.6.2 骶神经刺激模式 可用于下尿路功能障碍、排便功能障碍、CPP、慢性前列腺炎、小儿遗尿等疾病。

推荐意见 2: 盆底肌肉训练分为主动肌肉锻炼和被动肌肉训练, 指导女性进行正确的盆底肌肉锻炼, 并在阴道肌力达到 3 级之后开始正确使用阴道康复器, 并尽可能坚持长期维持对于盆底疾病防治具有重要意义。同时若能够辅以必要的盆底电磁治疗的被动性肌肉训练模式, 做好阶段性评估, 会增强治疗的效果。

### 1.7 激光与射频能量设备治疗

1.7.1 CO<sub>2</sub> 点阵激光、Er: YAG 点阵激光 适应证为: 阴道松弛、SUI、绝经泌尿生殖综合征 (GSM) 等。具体操作方法请按照相应设备的具体指导。激光治疗的疗程因病种不同而不同, 且各疾病的病情严重程度不同, 治疗次数及周期也有所差异, 在把握治疗适应证前提下, 根据患者病情, 适当增加或减少治疗次数。SUI 及阴道松弛、GSM 等腔内治疗一般 1 个月 1 次, 3 次为 1 个疗程, 根据患者病情缓解程度决定是否增加治疗疗程。

1.7.2 射频 医用非消融式射频通常可分为单极射频、双极射频、点阵射频、混合系统等, 采用低温冷却单极射频技术治疗 SUI 后 1 年内能有效改善尿失禁症状。目前还缺乏长期疗效的观察结果。

不同疾病射频治疗疗程之间间隔至少 1~3 个月: ①SUI、萎缩性阴道炎、阴道松弛: 单双极射频联合治疗, 10~14 天治疗 1 次, 5 次为 1 疗程。②CPP: 根据患者实际疼痛情况选择治疗方法或联合治疗, 10~14 天治疗 1 次, 5 次为 1 疗程。③性功能障碍: 可根据

患者情况选择是否联合盆底疼痛治疗, 10~14 天治疗 1 次, 5 次为 1 疗程。④外阴萎缩、外阴疼痛、阴道口闭合不全、会阴体塌陷: 外阴治疗, 10~14 天治疗 1 次, 5 次为 1 疗程。⑤排便功能障碍: 7~14 天治疗 1 次, 5 次为 1 疗程。

推荐意见 3: 基于短期临床研究的报道, 能量设备治疗具有良好的安全性, 但远期的外阴-阴道后遗症尚不清楚, 因此, 通过严谨设计的对照研究并尽可能采集大样本信息, 才能对治疗的安全性做出最终的结论。

1.8 子宫托治疗 子宫托根据功能设计不同, 是子宫脱垂和 SUI 的非手术治疗的一线治疗方法<sup>[10]</sup>。可作为具有严重临床合并症、高龄、无法耐受手术的患者姑息治疗方式, 用来缓解患者的临床症状<sup>[11]</sup>。

子宫托佩戴流程: ①询问病史, 排除禁忌证, 采集既往史、手术史、月经生育史、脱垂症状、排尿、排便功能、性生活史、基础疾病等信息。②体格检查: 阴道视诊、盆腔双合诊、POP 定量分期法 (POP-Q) 评分。③实验室检查: 白带常规、尿液分析、薄层液基细胞学检查 (TCT), 必要时完善盆腔超声、尿垫试验 (合并 SUI 患者)、尿动力学检查。④问卷调查: 盆底功能障碍问卷 (PFDI-20)、盆底障碍影响简易问卷 (PFIQ-7)、盆腔脏器脱垂/尿失禁性功能问卷 (PISQ-12)。⑤选择合适型号子宫托, 试戴前排空膀胱。测量阴道宽度、阴道后穹窿到耻骨联合下的距离, 预估合适型号的子宫托。轻轻回纳脱垂的脏器, 润滑剂润滑子宫托, 尽可能将子宫托以最小径线放入阴道。放置子宫托后, 让患者做 Valsalva 动作, 了解子宫托的位置。注意子宫托与阴道壁之间稍松动, 不能太紧。嘱患者完成日常生活中涉及的运动、体位, 活动 15~20 分钟, 如站、坐、走、蹲, 可模拟排尿、排便等, 感觉是否有不适或脱落。至少试戴 2 个型号进行对比。如无不适及脱落, 记录佩戴子宫托型号。⑥进行健康宣教, 指导患者学习佩戴及护理技巧。

推荐意见 4: 应当为患者全面介绍子宫托作为子宫脱垂和 SUI 保守治疗的一线方案, 做好试验性佩戴和教育指导及随访工作, 可以大大增加保守治疗的成功率, 减少不必要的手术治疗和经济支出, 对于基层单位尤为重要。

1.9 肌筋膜手法治疗 盆底肌筋膜手法治疗是通过对有肌筋膜触痛点 (也称为扳机点) 的肌肉进行按压、拉伸, 扩张痉挛肌肉紧束带和触痛点, 释放触痛点的筋膜约束, 减轻疼痛的敏感性, 舒展痉挛疼痛的肌肉筋膜, 恢复血供, 唤醒盆底肌的本体感觉, 诱导盆底肌自主收缩与放松, 达到缓解疼痛、改善功能的目的。

主要适用于:各种盆底肌肉筋膜源性疼痛及功能障碍,如盆底肌筋膜源性盆腔痛、OAB、便秘、性交痛、功能性肛门直肠痛等。

主要步骤:首先应按照肌筋膜疼痛评估的流程对患者进行全面评估,与患者充分沟通和签署知情同意书的前提下开始治疗。根据肌筋膜疼痛图谱评估结果先处理身体其他部位的肌筋膜触痛点,然后再进行盆底肌筋膜手法治疗。患者排空膀胱,膀胱截石位或半仰卧位,为了让患者更好地放松,治疗前建议指导患者做呼吸训练来放松。可先按摩外阴部,放松盆底浅层肌筋膜,患者适应及放松后,再次由阴道口缓慢进入阴道对盆底肌筋膜触痛点进行轻柔按摩、震动、牵伸治疗,并指导患者进行盆底收缩和放松。

推荐意见 5:肌筋膜手法治疗个体化要求最为突出,治疗前应充分评估,掌握适应证,取得患者的知情同意,过程中动作轻柔并积极鼓励患者配合,治疗后做好观察和随访,对于治疗后效果不佳情况,应及时进行多学科病例讨论,寻找更深层原因和更好的治疗方案。

2 盆底功能障碍药物治疗

药物治疗聚焦于急性尿失禁(UUI)/OAB及部分CPP止痛对症治疗<sup>[12]</sup>。

2.1 UUI/OAB的药物治疗 分为两类,包括抗胆碱能药物和 $\beta_3$ 受体激动剂。目前被美国食品和药物管理局(FDA)批准的抗胆碱能药物,见表1,可选择的 $\beta_3$ 受体激动剂药物,见表2<sup>[13]</sup>。

表1 常见的抗胆碱能药物及其剂量和证据等级

| 药名   | 剂量                  | 证据等级     |
|------|---------------------|----------|
| 达非那新 | 每日 7.5 ~ 15 mg      | 可选择      |
| 非索罗定 | 每日 4 ~ 8 mg         | 可选择      |
| 奥昔布宁 |                     |          |
| 普通制剂 | 每次 5 mg, 每日 2 ~ 4 次 | 可选择      |
| 缓释制剂 | 2.5 ~ 30 mg, 每日 1 次 | 推荐       |
| 贴剂   | 每日 3.9 mg           | 可选择      |
| 凝胶   | 10% 浓度              | 可选择      |
| 索利那新 | 每日 5 ~ 10 mg        | 推荐       |
| 托特罗定 |                     |          |
| 普通制剂 | 每次 1 ~ 2 mg, 每日 2 次 | 推荐       |
| 缓释制剂 | 每日 2 ~ 4 mg         | 推荐       |
| 曲司氯铵 | 每次 20 mg, 每日 2 次    | 可选择(老年人) |

表2 常见的 $\beta_3$ 受体激动剂药物及其剂量和证据等级

| 药名   | 剂量            | 证据等级 |
|------|---------------|------|
| 米拉贝隆 | 每日 25 ~ 50 mg | 推荐   |
| 维贝格龙 | 每日 75 mg      | 推荐   |

2.2 药物治疗个性化及注意事项 ①老年女性患者服用奥昔布宁缓释剂,需注意服用后突发加重的不良反应。②黄酮哌酯片(flavoxate)、丙泊酚(propanteline)或丙咪嗪(imipramine)不能用来治疗女性尿失禁或OAB。③去氨加压素(desmopressin)可以用来减少尿失禁或OAB女性患者的夜尿症状,但对于患有膀胱纤维化的女性患者要慎用,并避免在65岁以上患有心血管疾病或高血压的女性中使用。④全身激素替代疗法不推荐用来治疗尿失禁。⑤阴道内局部雌激素可以治疗患有阴道萎缩的绝经后妇女的OAB及性功能障碍<sup>[14,15]</sup>,普罗雌烯和雌三醇或者结合雌激素均可选择,每日阴道使用改善症状后就改为2~3次/周,低剂量维持,长期使用(超过6个月)应监测子宫内膜厚度。⑥持续做好用药后的随访,如果药物的不良事件无法忍受或效果有反复,请在药物治疗的4周内进行审查随访并根据情况调整用药。每12个月或每6个月(如果年龄超过75岁)为长期服用相关药物的女性提供随访<sup>[16~18]</sup>。

推荐意见 6:PFD 药物治疗主要针对膀胱过度活跃和GSM局部雌激素药物选择,以及CPP止痛药物对症治疗,同时也要注意患者睡眠和精神状况综合评估,必要时联合用药,会获得更好的治疗效果。

3 个体化手术方案

3.1 基本原则 首先采用保守和非手术治疗方案进行POP治疗(特别是年轻女性),当进行手术治疗决策时,特别要注意如下几点:①子宫颈周围环或阴道顶端部位的解剖复位。②术前进行准确的多腔室评估。③术后注意纠正肥胖和慢性便秘、咳嗽等腹压增加问题<sup>[19]</sup>。

3.2 POP手术方式

3.2.1 术式选择需要综合考虑的因素 通常采用阴式及经腹手术方式,最终术式需要考虑:①脱垂的部位和严重程度。②临床体征(排尿、排便、性功能等功能障碍的存在)。③患者自身的身体状况。④患者意愿以及术者的技术。

3.2.2 不同术式选择遵循如下原则

3.2.2.1 对于单纯Ⅱ度及以上子宫脱垂 ①患者年龄>60岁,性生活频次较低,阴道长度>6cm,可以选择经阴道途径的骶棘韧带固定术,加用人工网带的单侧或双侧骶棘韧带固定术对于复发风险高人群更为适合<sup>[20]</sup>。②对于子宫颈长度>3cm以上患者,需同时行子宫颈截除术或子宫切除术,减少术后复发率<sup>[21]</sup>。

3.2.2.2 同时存在子宫、阴道前后壁脱垂的患者

①患者拒绝使用人工材料,同时有子宫疾病,可以行

阴式全子宫切除术和阴道顶端骶棘韧带固定术,同时行阴道前后壁修补术,或者阴式子宫切除术和宫骶韧带悬吊术,同时行阴道前后壁修补术(经阴道单孔腹腔镜辅助下完成会提高手术安全性和成功率)。<sup>②</sup>患者同意使用人工材料并阴道前后壁膨出Ⅲ度以上,患者年龄>60岁,可行人工网片全盆底重建术或者人工网片前盆底重建术加阴道后壁修补术。<sup>③</sup>陈旧性阴道口裂伤患者同时行会阴体成形术使静息状态阴裂口直径≤3 cm,可以更好地维持盆底整体力学和减少未来阴道后壁的膨出<sup>[21~23]</sup>。<sup>④</sup>年龄>70岁患者,没有性生活需要,阴道前后壁膨出程度相对对称,可行阴道半封闭术或者全封闭术。

推荐意见 7:POP 手术治疗总体原则基础之上,强调定制个体化治疗方案。鉴于美国 FDA 对于阴道网片的下架和经阴网片盆底重建手术的难度和相对长的学习曲线,当涉及选择人工网片手术时,特别要和患者仔细沟通手术利与弊,并充分知情同意。手术医生应该经过专门培训并获得授权方可开展相关手术。

必要时积极开展多学科讨论,获得最佳治疗方案。

#### 4 手术并发症的处理

4.1 盆底重建手术并发症的处理 ①审慎使用人工网片或吊带,应用前仔细告知患者使用人工网片的利与弊,需要审慎使用人工网片或吊带的患者包括:长期吸烟、血管性病变、自身免疫性疾病患者;具有严重合并症不能耐受大范围、长时间手术者<sup>[22]</sup>。②手术后需要进行内窥镜检查评价的情况:POP 修复手术中存在膀胱或尿道损伤风险时(曾有相关部位手术史);阴道顶端固定于子宫骶韧带、骶棘韧带、阴道前壁修补术以及在阴道前壁和顶端应用网片的重建手术。③应用合成网片或生物移植材料的 POP 修复手术的临床医生,应该经过特殊的培训,获得培训机构技术授权开展手术业务。④POP 重建手术网片相关并发症治疗原则,见表 3。

4.2 尿失禁手术吊带相关并发症的处理 治疗原则,见表 4。

表 3 POP 重建手术网片相关并发症的治疗原则

| 并发症                     | 导致并发症发生的相关术式     | 主要处理措施                                          |
|-------------------------|------------------|-------------------------------------------------|
| 阴道网片暴露(≤0.5 cm、无症状)     | 经阴道网片植入术、经腹骶骨固定术 | ①随诊观察;②阴道内局部应用雌激素制剂 12 周                        |
| 阴道网片暴露(>0.5 cm、有症状)     | 经阴道网片植入术、经腹骶骨固定术 | ①阴道内局部应用雌激素制剂 12 周;②若雌激素应用无效,转诊至有处理盆底并发症经验的资深医师 |
| 网片侵蚀(膀胱、尿道、肠管)疼痛或性交痛    | 经阴道网片植入术、经腹骶骨固定术 | 多学科会诊(MDT)讨论取出网片术式                              |
| 骶骨骨髓炎或椎间盘炎              | 经阴道网片植入术、经腹骶骨固定术 | 取出网片,治疗感染                                       |
| 肠道功能障碍(便秘、肠梗阻、大便失禁、肛门痛) | 经阴道网片植入术、经腹骶骨固定术 | MDT 讨论取出网片术式                                    |

表 4 尿失禁手术吊带相关并发症的治疗原则

| 并发症                 | 主要处理措施                                                            |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 尿潴留、长期排尿障碍、尿路梗阻症状   | ①指导间断导尿;②留置导尿管;③考虑行吊带松解术                                          |
| 阴道吊带暴露(<0.5 cm、无症状) | ①随诊观察;②阴道内局部应用雌激素制剂 6~12 周                                        |
| 阴道吊带暴露(有症状)         | ①阴道内局部应用雌激素制剂 6~12 周;②若雌激素应用无效,转诊至有处理盆底并发症经验的资深医师(转诊患者宜为大面积吊带暴露者) |
| 吊带侵蚀(膀胱、尿道)         | 转诊至有处理盆底并发症经验资深医师                                                 |
| 疼痛或性交痛              | 转诊至有处理盆底并发症经验资深医师                                                 |

推荐意见 8:手术并发症发生时,医师要积极与患者沟通并妥善处置,必要时尽早开展多学科讨论。手术医师要具备处置并发症能力,平衡好保守治疗和再次手术的时机,并主动进行并发症登记,目前推荐使

用国际妇科泌尿协会和国际尿控学组标准化术语委员会 2011 年发布的女性盆底修补手术植入材料相关并发症的标准化术语及分类系统进行并发症的编码。

#### 5 盆腔器官脱垂伴压力性尿失禁的手术治疗

5.1 对于 POP 伴有显性 SUI 的患者,同期行抗 SUI 手术。抗 SUI 手术方式主要为尿道中段吊带术(MUS)和耻骨后膀胱尿道悬吊术(Burch 术),两种术式中优先选择 MUS 术。

5.2 如果 SUI 合并膀胱容量小、尿潴留、逼尿肌功能减退的患者术前需行尿动力学评估膀胱功能,慎重选择抗 SUI 手术<sup>[10]</sup>。

5.3 POP 术同期行 MUS 手术时,先完成脱垂重建修复后再收紧吊带,调整吊带张力。

5.4 MUS 并发症主要包括膀胱及尿道损伤、排尿困难、盆腔痛、网片暴露及侵蚀等。

推荐意见 9:对于脱垂程度≤Ⅱ度的 POP 合并

轻、中度的 SUI,保守治疗为首选治疗。对于Ⅲ、Ⅳ度 POP 合并 SUI,推荐同期行抗尿失禁手术<sup>[24]</sup>。

## 6 盆腔器官脱垂伴隐匿性压力性尿失禁(OSUI)手术治疗

6.1 进行患者个体化评价,权衡风险和收益,在手术方案选择上应慎重,并及时与患者及家属进行充分沟通。

6.2 对于术前无确切 SUI 症状的 POP 患者,先进行阴道回纳试验,若结果阴性,则无需同时行抗 SUI 手术;若结果为阳性,有明确 SUI 既往史且随着脱垂加重而消失或者虽无 SUI 既往史但是不愿意接受二次手术的患者,可建议同时行抗 SUI 手术<sup>[24]</sup>。

推荐意见 10:对于重度 POP 合并轻度 OSUI,可以先行 POP 手术治疗,手术后密切随访,若确有新发 SUI,充分与患者知情同意后可于初次手术 6 个月后进行 SUI 手术治疗;对于重度 POP 合并中重度 OSUI,充分医患沟通后来决定是否同时行 SUI 手术治疗。

## 7 复发性盆腔器官脱垂患者的处理

由于 POP 涉及多个腔室,患者可能在不同临床科室进行诊疗,并且病程长导致不同阶段疾病程度有所不同,因此前期研究表明行初次脱垂手术的患者有大约 30%~50% 的几率需要二次脱垂手术,最近的研究报道剔除了新发尿失禁和网片并发症等相关因素后统计疾病复发的发生率约在 6%~30%<sup>[25,26]</sup>。POP 术中若同时行阴道顶端悬吊术的通常有较低的再次手术率。POP 复发的危险因素:年龄小于 60 岁即行手术治疗、肥胖、术前 POP 评分Ⅲ~Ⅳ度<sup>[22]</sup>。再次手术前应该详细向患者告知相关风险,优先推荐暂时观察或使用子宫托治疗,其次对于自体组织修复术后复发阴道顶端脱垂的患者,可优先选择经腹骶骨阴道固定术(顶端脱垂的金标准术式),另外对于前后壁膨出Ⅲ度以上复发患者,可以选择性应用网片或移植材料的阴式或腹腔途径子宫固定术或盆底重建术或阴道封闭术。

推荐意见 11:复发后的治疗强调要以首次看待脱垂的方式来全面评估,积极联合多学科讨论,做出最适宜的处置方案,并做好健康指导和终身随访。

执笔专家:牛晓宇(四川大学华西第二医院),王倩(四川大学华西第二医院),华克勤(复旦大学附属妇产科医院),鲁永鲜(解放军总医院妇产医学部第四医学中心),宋岩峰(解放军联勤保障部队第 900 医院)

参与定制与讨论专家组成员(排名不分先后):夏

志军(中国医科大学盛京医院),陈义松(复旦大学附属妇产科医院),吴明富(华中科技大学同济医学院附属同济医院),孙秀丽(北京大学人民医院),孙智晶(北京协和医院),谢臻蔚(浙江大学医学院附属妇产科医院),罗新(暨南大学第一临床医学院),王平(四川大学华西第二医院),王凤玫(解放军联勤保障部队第 900 医院),林超琴(福建省妇幼保健院),吴氢凯(上海市第六人民医院),胡昌东(复旦大学附属妇产科医院),李怀芳(同济大学附属同济医院),郭晓霞(四川省人民医院),陈悦悦(四川大学华西第二医院),梅玲(四川大学华西第二医院),王涛(四川大学华西第二医院),魏冬梅(四川大学华西第二医院),崔陶(四川大学华西第二医院),牛晓宇(四川大学华西第二医院),王倩(四川大学华西第二医院),华克勤(复旦大学附属妇产科医院),鲁永鲜(解放军总医院妇产医学部第四医学中心),宋岩峰(解放军联勤保障部队第 900 医院)

## 参考文献

- [1] Walker GJ, Gunasekera P. Pelvic organ prolapse and incontinence in developing countries: review of prevalence and risk factors[J]. Int Urogynecol J, 2011, 22(2): 127-135.
- [2] Belayneh T, Gebeyehu A, Adefris M, et al. Pelvic organ prolapse surgery and health-related quality of life: a follow-up study[J]. BMC Womens Health, 2021, 21(1): 4.
- [3] Shen L, Yang J, Bai X, et al. Analysis of the current status of pelvic floor dysfunction in urban women in Xi'an city[J]. Ann Palliat Med, 2020, 9: 979-984.
- [4] 祖努尔·亚克甫, 陈红香. 松弛素与盆腔器官脱垂的关联及潜在机制研究现状[J]. 中国性科学, 2023, 32(1): 49-53.
- [5] Krlin R, Soules K, Winters J. Surgical repair of pelvic organ prolapse in elderly patients[J]. Curr Opin Urol, 2016, 26(2): 193-200.
- [6] Fitz FF, Bortolini MAT, Pereira GMV, et al. PEOPLE: Lifestyle and comorbidities as risk factors for pelvic organ prolapse-a systematic review and Meta-analysis PEOPLE: PELvic Organ Prolapse Lifestyle comorbiditiEs[J]. Int Urogynecol J, 2023, 34(9): 2007-2032.
- [7] 中国整形美容协会科技创新与器官整复分会阴道整复与紧致专业委员会. 阴道松弛综合征的早期识别与修复整形专家共识[J]. 中国医疗美容, 2020, 10(1): 5-12.
- [8] 中国整形美容协会女性生殖整复分会. 阴道松弛症诊断与治疗专家共识(2020 年版)[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2020, 36(10): 965-967.
- [9] Escribano JJ, González-Isaza P, Tserotas K, et al. In response to the FDA warning about the use of photomedicine in gynecology[J]. Lasers Med Sci, 2019, 34(7): 1509-1511.
- [10] Chai TC, Asfaw TS, Baker JE, et al. Future directions of research and care for urinary incontinence: findings from the national institute of diabetes and digestive and kidney diseases summit on urinary incontinence clinical research in women[J]. J Urol, 2017, 198(1): 22-29.
- [11] National Guideline Alliance(UK). Assessment in non-specialist care: Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management

- [M]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2021: 7-8.
- [12] Raju R, Linder BJ. Evaluation and treatment of overactive bladder in women[J]. Mayo Clin Proc, 2020, 95(2): 370-377.
- [13] Fontaine C, Papworth E, Pascoe J, et al. Update on the management of overactive bladder[J]. Ther Adv Urol, 2021, 13: 17562872211039034.
- [14] Denisenko AA, Clark CB, D'Amico M, et al. Evaluation and management of female urinary incontinence[J]. Can J Urol, 2021, 28(S2): 27-32.
- [15] Huang CK, Lin CC, Lin AT. Effectiveness of antimuscarinics and a beta-3 adrenoceptor agonist in patients with overactive bladder in a real-world setting[J]. Sci Rep, 2020, 10(1): 11355.
- [16] Herbison P, McKenzie JE. Which anticholinergic is best for people with overactive bladders? A network Meta-analysis[J]. Neurourol Urodyn, 2019, 38(2): 525-534.
- [17] Averbeck MA. Editorial comment: anticholinergic drug exposure and the risk of dementia: a nested case-control[J]. Int Braz J Urol, 2020, 46(2): 283-284.
- [18] Bell B, Avery A, Bishara D, et al. Anticholinergic drugs and risk of dementia: time for action[J]. Pharmacol Res Perspect, 2021, 9(3): e00793.
- [19] Tan YH, Gillor M, Dietz HP. Abdominal pressure and pelvic organ prolapse: is there an association[J]. Int Urogynecol J, 2022, 33(2): 337-342.
- [20] Nager CW, Visco AG, Richter HE, et al. Effect of sacrospinous hysteropexy with graft vs vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension on treatment failure in women with uterovaginal prolapse: 5-year results of a randomized clinical trial[J]. Am J Obstet Gynecol, 2021, 225(2): 153.e1-e31.
- [21] Kinay T, Tapisiz OL, Kiykac Altinbas S, et al. The relationship between perineal body size, total vaginal length, apical prolapse, and prolapse symptoms[J]. Urogynecology, 2022, 28(9): 602-607.
- [22] Schulten SFM, Claas-Quax MJ, Weemhoff M, et al. Risk factors for primary pelvic organ prolapse and prolapse recurrence: an updated systematic review and Meta-analysis[J]. Am J Obstet Gynecol, 2022, 227(2): 192-208.
- [23] Handa VL, Harris TA, Ostergard DR. Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse[J]. Obstet Gynecol, 1996, 88(3): 470-478.
- [24] 中华医学会泌尿外科学分会女性泌尿学组. 盆腔器官脱垂伴压力性尿失禁诊断与治疗中国专家共识[J]. 中华泌尿外科杂志, 2023, 44(6): 401-404.
- [25] Larouche M, Belzile E, Geoffrion R. Surgical management of symptomatic apical pelvic organ prolapse: a systematic review and Meta-analysis[J]. Obstet Gynecol, 2021, 137(6): 1061-1073.
- [26] Geoffrion R, Larouche M. Guideline No. 413: surgical management of apical pelvic organ prolapse in women[J]. J Obstet Gynaecol Can, 2021, 43(4): 511-523.

(收稿日期: 2024-04-10)

## 发表学术论文“五不准”

中国科协、教育部、科技部、卫生计生委、中科院、工程院、自然科学基金会共同研究制定了《发表学术论文“五不准”》。

1. 不准由“第三方”代写论文。科技工作者应自己完成论文撰写, 坚决抵制“第三方”提供论文代写服务。
2. 不准由“第三方”代投论文。科技工作者应学习、掌握学术期刊投稿程序, 亲自完成提交论文、回应评审意见的全过程, 坚决抵制“第三方”提供论文代投服务。
3. 不准由“第三方”对论文内容进行修改。论文作者委托“第三方”进行论文语言润色, 应基于作者完成的论文原稿, 且仅限于对语言表达方式的完善, 坚决抵制以语言润色的名义修改论文的实质内容。
4. 不准提供虚假同行评审人信息。科技工作者在学术期刊发表论文如需推荐同行评审人, 应确保所提供的评审人姓名、联系方式等信息真实可靠, 坚决抵制同行评审环节的任何弄虚作假行为。
5. 不准违反论文署名规范。所有论文署名作者应事先审阅并同意署名发表论文, 并对论文内容负有知情同意的责任; 论文起草人必须事先征求署名作者对论文全文的意见并征得其署名同意。论文署名的每一位作者都必须对论文有实质性学术贡献, 坚决抵制无实质性学术贡献者在论文上署名。

本“五不准”中所述“第三方”指除作者和期刊以外的任何机构和个人; “论文代写”指论文署名作者未亲自完成论文撰写而由他人代理的行为; “论文代投”指论文署名作者未亲自完成提交论文、回应评审意见等全过程而由他人代理的行为。