

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2022.20.036

# 半结构式访谈结合盆底功能状况评估分析盆底重建术后功能重塑的意义\*

庞婉颖,刘禄斌,蒋璐,魏琳娜<sup>△</sup>

(重庆医科大学附属妇女儿童医院妇产科 401120)

**【摘要】目的** 通过半结构式访谈与盆底功能状况评估,分析盆底重建术后患者盆底功能重塑的意义。

**方法** 选取 2019 年 9 月至 2020 年 8 月在该院行盆底重建术的 100 例患者,收集患者一般资料及新发自觉症状情况,比较盆底重建术前与术后 3 个月盆腔器官脱垂定量分期法(POP-Q)评分与 Glazer 盆底表面肌电电位,并对其中 11 例患者行半结构式访谈。**结果** 共发放问卷 100 份,回收有效问卷 94 份,有效回收率为 94.0%;术后 3 个月各评估指示点 POP-Q 评分均得到明显改善( $P < 0.05$ );9.57% 患者出现新发尿频,8.51% 患者出现新发尿急,35.11% 患者出现新发压力性尿失禁,8.51% 患者出现新发便秘,12.76% 患者出现新发盆底疼痛;术前与术后 3 个月 Glazer 评估中 II 类肌、I 类肌及耐力测试肌电电位无明显差异( $P > 0.05$ ),术后 3 个月前、后静息肌电电位较术前明显增加( $P < 0.05$ )。访谈发现,患者术后生理及心理方面受影响,缺乏相应家庭及社会层面支持,对术后康复相关知识了解较少且存在误区。**结论** 医护人员应对盆底重建术后患者开展延续性康复工作,最大限度重塑盆底功能,以帮助其恢复身心健康,提高生活质量。

**【关键词】** 盆底功能障碍;盆腔器官脱垂;盆底重建术;盆底肌电;生活质量;盆底功能重塑

**【中图分类号】** R473.71

**【文献标识码】** B

**【文章编号】** 1671-8348(2022)20-3597-04

盆底功能障碍性疾病(pelvic floor dysfunction, PFD)是中老年女性常见慢性病,发病率约 37%<sup>[1]</sup>,其中盆腔器官脱垂(POP)发病率较高且严重影响女性身心健康及生活质量。盆底重建术效果好、创伤小,是治疗 POP 的主要手术方法,但术后患者仍存在盆腔疼痛、便秘、排尿功能异常等盆底状况<sup>[2-3]</sup>。盆底重建术能做到解剖复位,但其在盆底功能重塑中的作用尚缺乏客观研究。本研究采用量性与质性研究相结合的方式,了解盆底重建术后患者盆底功能状态及其生活质量现状,为进一步完善盆底重建术后盆底功能重塑提供依据,并为术后延续康复治疗提供参考。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

采用目的抽样法,选取 2019 年 9 月至 2020 年 8 月在本院进行盆底重建术的 94 例患者为研究对象,于术后 3 个月对其进行调查研究。纳入标准:(1) POP 量化分度 II 度及以上者;(2)严重影响生活质量,要求手术者;(3)经全身检查证实能耐受手术及麻醉者;(4)对本研究知情并自愿签署知情同意书者。排除标准:(1)合并心、肝、肺、肾等脏器功能不全者;(2)生殖系统畸形者;(3)合并泌尿生殖系统恶性肿瘤者;(4)术前慢性盆腔痛者;(5)术后出现大出血、感染等并发症者;(6)存在精神疾病或认知障碍者。共纳入

患者 100 例,选取其中 11 例名进行半结构式访谈,样本量以资料饱和为标准。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 调查工具

(1)一般资料调查问卷。(2)盆腔器官脱垂定量分期法(POP-Q)用于了解术后患者 POP 恢复情况,评估指示点包括:①Aa,阴道前壁中线离处女膜缘 3 cm 处;②Ba,阴道前壁脱出离处女膜最远处;③C,宫颈或子宫切除后阴道顶端所处的最远端;④D,有宫颈时的后穹隆的位置;⑤Ap,阴道后壁中线离处女膜缘 3 cm 处;⑥Bp,阴道后壁脱出离处女膜最远处。(3)Glazer 盆底表面肌电评估,包括静息、II 类肌(最大值)、I 类肌(最大值)、耐力测试及后静息 5 个维度,用于了解术后患者盆底功能恢复进展,评价治疗效果。(4)自行设计的盆底重建术后患者新发自觉症状调查问卷。

#### 1.2.2 调查方法

向调查对象解释研究内容、目的及意义等,经同意后发放问卷并当场收回。发放问卷 100 份,回收有效问卷 94 份,有效回收率为 94.0%。

#### 1.2.3 半结构式访谈

深入了解盆底重建术后患者症状体验及心理感受。拟定访谈提纲:(1)术后这段时间您身体有哪些

\* 基金项目:重庆市渝中区科技局基础与前沿项目(20170415);重庆市技术局创新与应用发展专项面上项目(Cstc2019jscx-msxmX0209)。

作者简介:庞婉颖(1994—),护师,硕士,主要从事妇产科盆底康复和产科研究。△ 通信作者,E-mail:19039792@qq.com。

不舒服症状?对您生活有哪些影响?(2)手术前后您有哪些感受和想法?(3)您对术后并发症及康复了解多少?(4)除本次访谈所涉及内容,您还有想补充的内容吗?访谈地点为安静的办公室。访谈全程录音,采用各种交流技巧,力争获取详尽信息。访谈后 24 h 内将录音资料转录为文字,11 例访谈患者按照 N1~N11 编号,采用 Colaizzi 7 步分析法<sup>[4]</sup>分析资料。

### 1.3 统计学处理

采用 SPSS22.0 统计软件进行统计分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,采用配对  $t$  检验比较手术前后 Glazer 及 POP-Q 评分;计数资料以例数或百分比表示。检验水准  $\alpha = 0.05$ ,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

表 1 术前与术后 3 个月各评估指示点 POP-Q 评分比较( $n=94, \bar{x} \pm s$ , 分)

	Aa	Ba	C	D	Ap	Bp
术前	1.22±1.53	1.71±1.72	0.58±2.63	-1.21±2.54	-1.52±1.84	-0.98±2.31
术后	-2.20±0.97	-2.20±0.97	-4.81±0.93	-5.83±2.52	-2.66±1.25	-2.70±0.99
$P$	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

### 2.4 手术前后 Glazer 盆底表面肌电比较

94 例患者手术前与术后 3 个月 Glazer 评估中 II 类肌、I 类肌及耐力测试肌电电位无明显差异( $P > 0.05$ ),仍处于较低水平;术后 3 个月前、后静息肌电电位较术前增加,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 2。

表 2 术前与术后 3 个月 Glazer 评估肌电电位比较( $n=94, \bar{x} \pm s, \mu V$ )

维度	术前肌电位	术后肌电位	$t$	$P$
前静息	1.98±1.81	3.65±2.64	-5.11	<0.01
II 类肌(最大值)	27.45±12.95	26.42±13.86	0.68	0.50
I 类肌(最大值)	14.93±10.43	14.27±9.54	1.23	0.22
耐力测试	12.43±13.15	11.39±8.30	1.00	0.32
后静息	1.83±1.36	2.99±2.58	-6.37	<0.01

## 2.5 半结构式访谈结果

### 2.5.1 主题 1:生理和心理层面

(1)排尿功能障碍及便秘。排尿障碍主要表现为新发 SUI、尿频、尿急或尿潴留等,与术后感染、术后异物反应及尿道解剖学梗阻有一定关系。N1:“我会尿急,憋不住尿。”N5:“大笑或者咳嗽时候会漏尿。”N6:“便秘,不敢用力。”(2)疼痛。术后约 50% 的患者会出现不同程度疼痛。N2:“屁股痛,不敢坐硬板凳。”N6:“骶尾部一直觉得涨得痛。”(3)忧虑。所有患者脱垂都得到很好的改善,但部分患者对于疾病复发及并发症的发生有所忧虑。N4:“在家不敢做体力活,害怕

## 2 结果

### 2.1 患者一般资料

94 例患者均成功行盆底重建术,平均年龄( $56.52 \pm 1.14$ )岁,体重指数( $23.98 \pm 0.46$ ) $\text{kg}/\text{m}^2$ ,孕次( $3.67 \pm 0.20$ )次,产次( $1.70 \pm 0.09$ )次。

### 2.2 患者新发自觉症状

94 例患者中,9 例(9.57%)出现新发尿频,8 例(8.51%)出现新发尿急,33 例(35.11%)出现新发压力性尿失禁(SUI),8 例(8.51%)出现新发便秘,12 例(12.76%)出现新发盆底疼痛。

### 2.3 手术前后 POP-Q 评分比较

94 例患者术后 3 个月各评估指示点 POP-Q 评分均得到明显改善( $P < 0.05$ ),见表 1。

再脱垂做手术。”N7:“网片在体内,医生说没事,但总觉得是个异物。”

### 2.5.2 主题 2:家庭和社会层面

(1)家庭支持不足。大部分患者都为中老年女性,子女多不在身边,需照顾孙辈甚至做体力活补贴家用,导致其术后对健康教育内容依从性不足。N1:“医生叫不提重物,但家里孙子只有自己带,不抱不行。”N8:“等恢复后,还需继续做工,子女要还房贷,压力大,趁着能动帮他们减轻点负担。”(2)社交活动的改变。为了避免复发,医护人员会嘱其术后避免过早或过大的加腹压动作,因此改变了很多患者日常活动习惯。N3:“为了避免体力活动,广场舞也没跳了,都长胖了。”N5:“每到一个地方第一件事就是找厕所位置,很麻烦,所以不愿意出门。”

### 2.5.3 主题 3 认知和需求层面

(1)认知误区。患者很少主动通过与医护人员交流获得信息,也缺少获得正确信息的途径,往往是通过自身经验甚至道听途说。N6:“是不是 6 个月以后就可以抱重物,还有几个月就要抱孙子了。”N5:“都做了手术,怎么还会有漏尿这些症状。”(2)健康需求增加。术后患者在感受到疾病基本恢复的同时,更加珍惜现在的健康状态,因此对健康信息的需求也随之增加。N3:“除了医生说的不能干体力活动,还要注意些什么?”N2:“都是按时来复查,就是怕错过重要信息。”(3)医护信息支持不足。相较于术前,术后患者对器官脱垂有了初步认识,但医护人员在与患者的沟通中主要交代疾病的治疗情况,对术后远期并发症及预防

讲解较少,因此患者对相关信息获取有限。N11:“医生护士讲了很多,可当时就想着手术的事情,其他都没听进去,时间久也都忘记了。”N7:“出院前护士讲要做缩肛运动,但回家后,又没人提醒督促,也就没做。”

### 3 讨 论

盆底重建术纠正器官脱垂效果明显,但仍可能有新发尿失禁、便秘及疼痛等症状,患者生活质量未能完全得到改善。本研究 94 例患者术后 3 个月各评估指示点 POP-Q 评分均得到明显纠正,但术后 3 个月出现新发 SUI 与便秘的发生率为 35.11% 与 8.51%,与国内外文献报道基本一致<sup>[5-7]</sup>。有研究报道,网片相关疼痛发生率为 0~30%<sup>[8-9]</sup>,其中近一半患者(44.8%)表现为性交疼痛,可合并腰骶部、臀部疼痛及慢性盆腔痛。本研究中盆底疼痛的发生率为 12.76%。结合半结构式访谈结果发现,新发尿失禁、便秘及疼痛发生率较高且对术后患者生活质量影响大。POP 患者由于术前膀胱膨出、尿道解剖结构改变导致尿道梗阻,从而掩盖 SUI 症状。术后,当膀胱尿道恢复到正常位置,SUI 症状重新出现,然而盆底重建术联合抗 SUI 手术能否降低术后尿失禁发生风险仍存在争议<sup>[10]</sup>。新发便秘同样影响患者生活质量,分析原因:(1)患者害怕用力排便导致网片移位;(2)网片贴合于肛管直肠,致其周围肌肉缩复,影响排便;(3)网片压迫坐骨棘周围神经分支,导致排便反射功能障碍。部分患者术后疼痛与穿刺损伤肌肉、骨膜或神经,以及网片牵拉过紧、挛缩、侵蚀或外露导致局部炎性反应等相关<sup>[11]</sup>。明确上述原因后,作者认为术后改善上述症状,恢复盆底肌力,减少尿路症状及疼痛,才能达到满意的功能重塑。

术后患者盆底肌处于肌力低且不协调的高张状态,也是术后发生便秘及急迫性尿失禁的原因之一,盆底重建术后需要盆底肌力重塑。手术目的是实现结构重建和组织替代,在一定程度上改善患者生活质量,但是否对患者的盆底肌肉功能产生影响,目前研究较少且尚无统一论<sup>[12]</sup>。本研究显示,术后患者的盆底肌力仍处于较低水平,这与苏园园等<sup>[13]</sup>的研究结果相似。盆底重建术只能最大限度恢复盆底解剖,不能改善患者的盆底肌电生理特性,即不能改善盆底肌肉功能。然而,盆底肌肉功能直接关系到盆底肌肉支持力量和附着在筋膜上的张力,这些力量和张力与 PFD 的发生及症状严重程度有着重要关系<sup>[14]</sup>。作者认为现阶段盆底手术只能称为盆底解剖重建术,而非盆底功能重建,只有在解剖结构复位的基础上,盆底肌力也得到恢复,尿道、阴道、肠道功能正常,才是真正的盆底功能重建,患者生活质量才能得到最大改善。本研究中发现,盆底重建术后患者出现尿失禁、便秘等新发盆底功能问题,分析原因可能与患者盆底

肌力量不足有关,其中尿失禁的原因可能是重建后膀胱后角角度恢复,压力传导和尿道方向更处于一条直线上,患者需要适应这一解剖位置,因此,术后易新发尿失禁,需要及早的盆底康复治疗提高盆底肌力,协助控尿。同理,术后便秘发生除了前述原因,也和盆底肌力紊乱有关:盆底肌力不协调收缩、高张状态导致排便不畅,以上均能通过盆底电磁治疗得到缓解。盆底术后需要电磁治疗以达到肌力重塑,恢复肌力强度,协调盆底肌肉收缩。

身心及社会因素协同治疗是盆底重建术后康复治疗的重要部分,护理人员应关注患者功能恢复情况并及时汇报医师。本研究半结构式访谈结果发现,患者术后由于缺乏必要的家庭支持及系统的医护干预,在面对并发症及功能未完全恢复的情况时,往往不自知,生活质量常会受到较大影响。术后医师大多关注解剖结构的恢复情况而忽视功能恢复,护理人员应提醒医师并协同重点关注患者术后尿道、阴道、肠道功能的恢复情况,及时发现相关并发症,主动讲解相关知识,并根据患者具体情况给予规范的延续康复治疗,帮助其逐渐恢复盆底功能,最大限度改善患者术后生活质量。

综上所述,POP 严重影响患者生活质量,医护及患者对于手术结局的衡量不应仅仅局限在解剖结构恢复情况。妇科泌尿学国际组织(IUGA)/国际尿控学会(ICS)也对 POP 手术结局的报告标准进行定义<sup>[15]</sup>,需包含解剖结局、功能恢复及并发症情况<sup>[16]</sup>。因此,盆底重建术后功能重塑和并发症处理体系的建立及完善、延续性康复工作开展是未来研究重点。

### 参考文献

- [1] 祖木来提·库尔班. 盆底功能障碍性疾病各种术式手术疗效及术后并发症分析[D]. 乌鲁木齐: 新疆医科大学, 2020.
- [2] WU J A. Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery[J]. *Obstet Gynecol*, 2014, 123(6): 1201-1206.
- [3] 黄益娟, 陈艳琴, 李文娟, 等. 经阴道植入 Ti-LOOP 网片的盆底重建术的临床疗效和安全性分析[J]. *中华妇产科杂志*, 2021, 56(2): 102-107.
- [4] SANDERS C. Application of Colaizzi's method: interpretation of an audible decision trail by a novice researcher[J]. *Contemp Nurse*, 2003, 14(3): 292-302.
- [5] NOVARA G, ARTIBANI W, BARBER M D, et al. Updated systematic review and meta-analy-

- sis of the comparative data on colposuspensions, pubovaginal slings, and midurethral tapes in the surgical treatment of female stress urinary incontinence[J]. *Eur Urol*, 2010, 58(2): 218-238.
- [6] 任常, 朱兰, 郎景和. 改良全盆底重建术治疗重度盆腔器官脱垂的近期疗效[J]. *中华妇产科杂志*, 2010, 45(3): 179-183.
- [7] CRUZ R A, FARIA C A, GOMES S S. Predictors for de novo stress urinary incontinence following pelvic reconstructive surgery with mesh[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2020, 253: 15-20.
- [8] 尹一童, 夏志军. 全盆底重建术并发症预防及处理[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2015, 31(4): 292-295.
- [9] 梁硕, 陈娟, 张也, 等. 经阴道植入网片盆底重建术远期网片相关并发症分析[J]. *中华医学杂志*, 2021, 101(24): 1908-1914.
- [10] 陈汝君, 陆伟, 李怀芳, 等. 盆底修复系统治疗盆腔脏器脱垂的疗效分析和安全性探讨[J]. *上海医学*, 2020, 43(8): 459-465.
- [11] GUAN Z, LI H F, YANG X, et al. Pelvic reconstruction improves pelvic floor strength in pelvic organ prolapse patients[J]. 2015, 54(5): 519-521.
- [12] WU X, WANG Y, ZHU C, et al. Preclinical animal study and human clinical trial data of co-electrospun poly (L-lactide-co-caprolactone) and fibrinogen mesh for anterior pelvic floor reconstruction[J]. *Int J Nanomedicine*, 2016, 11: 389-397.
- [13] 苏园园, 韩燕华, 曹丽. 盆腔器官脱垂手术前后盆底电生理评估[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2017, 33(10): 1038-1040.
- [14] JÓŹWIK M, JÓŹWIK M, ADAMKIEWICZ M, et al. An updated overview on the anatomy and function of the female pelvic floor, with emphasis on the effect of vaginal delivery[J]. *Med Wieku Rozwoj*, 2013(1): 18-30.
- [15] SULTAN A H, MONGA A, LEE J, et al. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female anorectal dysfunction[J]. *Int Urogynecol J*, 2017, 28(1): 5-31.
- [16] 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.

(收稿日期: 2022-02-11 修回日期: 2022-05-22)

(上接第 3593 页)

- [5] 袁素维, 危凤卿, 刘雯薇, 等. 利用集聚度评价卫生资源配置公平性的方法学探讨[J]. *中国医院管理*, 2015, 35(2): 3-5.
- [6] 危凤卿, 袁素维, 刘雯薇, 等. “十二五”末我国公立医院数量与规模配置评价[J]. *中国医院管理*, 2015, 35(2): 6-9.
- [7] 崔婷婷, 熊季霞. 基于集聚度的我国中医药卫生资源配置公平性分析[J]. *中国医院管理*, 2017, 37(7): 18-20, 61.
- [8] 李贝, 林金雄, 张招椿, 等. 广东省医疗卫生资源配置状况分析[J]. *医学与社会*, 2019, 32(11): 18-22.
- [9] 陈春梅, 郭锋, 李岩, 等. 新医改以来我国政府卫生投入评估分析——基于卫生筹资政策分析框架[J]. *卫生经济研究*, 2021, 38(7): 12-16, 20.
- [10] 崔亚, 胡晓斌, 亓磊, 等. 甘肃省卫生资源配置公平性研究[J]. *中国预防医学杂志*, 2020, 21(12): 1286-1291.
- [11] 王朝昕, 石建伟, 徐刚, 等. 我国公共卫生卓越人才培养的“痛点”思考与展望[J]. *中国科学院院刊*, 2020, 35(3): 297-305.
- [12] 姚银莹, 周亮亮, 熊季霞, 等. 我国家庭医生签约服务现状的系统评价[J]. *中国卫生事业管理*, 2019, 36(3): 168-171, 210.

(收稿日期: 2022-02-22 修回日期: 2022-06-20)