

妊娠合并子宫脱垂临床治疗研究

陈怡丹 李磊*

联勤保障部队第九八一医院, 中国·河北 承德 067000

摘要: 妊娠合并子宫脱垂是妊娠期少见但严重的盆底功能障碍性疾病, 其治疗需兼顾母体安全与胎儿健康, 临床决策极具挑战性。本文通过系统梳理国内外相关研究, 综述妊娠合并子宫脱垂的临床评估方法、治疗原则及具体干预措施, 并探讨妊娠期及分娩期的管理策略, 旨在为临床实践提供规范化参考, 同时指出当前研究存在的争议与未来探索方向。

关键词: 妊娠; 子宫脱垂; 临床治疗; 保守治疗; 手术干预

Clinical Research on the Treatment of Pregnancy Complicated with Uterine Prolapse

Chen Yidan, Li Lei*

The 981st Hospital of the Joint Logistics Support Force, China Hebei Chengde 067000

Abstract: Pregnancy complicated with uterine prolapse is a rare but serious pelvic floor dysfunction during pregnancy. Its treatment needs to take into account both maternal safety and fetal health, making clinical decision-making extremely challenging. By systematically sorting out relevant domestic and foreign studies, this article reviews the clinical evaluation methods, treatment principles and specific intervention measures for pregnancy complicated with uterine prolapse, and discusses the management strategies during pregnancy and childbirth. It aims to provide a standardized reference for clinical practice, and also points out the existing controversies in current research and future exploration directions.

Keywords: Pregnancy; Uterine prolapse; Clinical treatment; Conservative treatment; Surgical intervention

0 引言

子宫脱垂 (uterine prolapse) 是盆底支持结构损伤或功能障碍导致的子宫位置异常, 表现为子宫沿阴道下降, 严重时可脱出阴道口外。妊娠合并子宫脱垂的发生率虽低 (约 0.1%~0.6%), 但其危害显著: 对孕妇而言, 可引发下坠感、腰骶部疼痛、排尿排便困难等症状, 严重影响生活质量; 对胎儿而言, 脱垂子宫可能增加流产、早产、胎位异常及分娩梗阻的风险。由于妊娠期生理状态的特殊性, 治疗方案需在控制症状、预防并发症与保障母胎安全之间寻求平衡, 临床处理难度较大。目前, 关于妊娠合并子宫脱垂的临床研究多为病例报道或小样本回顾性分析, 缺乏大规模随机对照试验证据, 治疗策略尚未形成统一标准。本文基于现有文献, 从临床评估、治疗原则、具体措施及围产期管理等方面进行综述, 为临床实践提供理论依据^[1]。

1 妊娠合并子宫脱垂的临床评估与诊断

准确的评估与诊断是制定治疗方案的前提, 妊娠合并子宫脱垂的评估需结合症状、体征及辅助检查, 同时考虑妊娠周期的动态变化。

1.1 症状评估

妊娠期子宫脱垂的症状具有多样性, 且与脱垂程度不完全平行。主要症状包括:

盆腔下坠感或压迫感, 尤其在站立、行走或劳累后加重, 休息后可缓解;

阴道口异物感或可见脱出物, 部分患者可自行触及脱垂的子宫颈或宫体;

排尿异常, 如尿频、尿急、尿失禁或排尿困难, 严重时可能出现尿潴留, 这与子宫脱垂压迫膀胱或尿道有关;

排便异常, 表现为便秘或排便费力, 因子宫脱垂压迫直肠所致;

性交疼痛或不适, 可能影响孕妇的性生活质量^[2]。

需注意, 妊娠期生理性盆腔充血也可能导致类似下坠感, 需与子宫脱垂鉴别。此外, 部分轻症患者可能无明显症状, 仅在产检时偶然发现^[3]。

1.2 体征检查

妇科检查是诊断子宫脱垂的核心手段。检查时应让孕妇取膀胱截石位, 分别在静息状态、用力屏气 (Valsalva 动

作)时观察子宫位置及脱垂程度。目前临床常用盆腔器官脱垂定量分期法(POP-Q)评估脱垂程度,该系统通过测量阴道前壁、后壁、宫颈外口等6个解剖点与处女膜缘的距离,将脱垂分为0~IV期^[4]。

但妊娠期子宫增大及盆底组织松弛可能影响POP-Q评分的准确性,需结合妊娠周数动态调整评估标准。例如,孕晚期子宫体积显著增大,脱垂程度可能因子宫位置上升而看似减轻,但若子宫脱出阴道口,仍需视为重度脱垂^[5]。

1.3 辅助检查

超声检查:经阴道或经会阴超声可清晰显示子宫位置、宫颈长度、胎盘位置及盆底结构(如肛提肌、尿道括约肌),有助于排除子宫肌瘤、子宫畸形等器质性病变,并评估盆底支持组织的损伤程度^[6]。

尿动力学检查:对于合并排尿异常的患者,尿动力学检查可评估膀胱容量、逼尿肌功能及尿道压力,鉴别压力性尿失禁、急迫性尿失禁或混合性尿失禁,为治疗方案选择提供依据。但妊娠期尿动力学检查需谨慎,避免过度刺激诱发宫缩。

磁共振成像(MRI):可三维显示盆底解剖结构,精准评估盆底肌群损伤及子宫脱垂程度,但因费用较高且可能涉及胎儿辐射风险(尽管MRI无电离辐射,孕期安全性仍存争议),仅在复杂病例中酌情使用^[7]。

2 妊娠合并子宫脱垂的治疗原则

2.1 保守治疗优先

妊娠期子宫脱垂以保守治疗为首选,尤其是孕早、中期。保守治疗的目标是缓解症状、延缓脱垂进展、预防并发症,尽量维持妊娠至足月。这是因为手术治疗可能增加流产、早产风险,且妊娠期盆底组织血供丰富、水肿明显,手术难度及术后并发症发生率较高^[8]。

2.2 兼顾母胎安全

任何治疗措施均需以保障母体与胎儿安全为前提。避免使用可能影响胎儿发育的药物(如某些盆底肌松弛剂),手术干预需严格掌握适应证,尽可能选择对胎儿干扰小的术式及时机。

2.3 动态调整治疗方案

妊娠期子宫大小、激素水平及盆底负荷随孕周变化而动态改变,治疗方案需定期评估并调整。例如,孕晚期子宫上升可能使脱垂症状缓解,此时可适当减少干预措施;若分娩后脱垂症状持续存在,则需重新制定产后治疗方案^[9]。

2.4 多学科协作

妊娠合并子宫脱垂涉及产科、妇科(盆底专科)、物

理治疗科等多个学科,多学科协作可优化治疗决策。例如,产科医生负责监测胎儿发育及妊娠并发症,妇科医生评估盆底功能并制定手术方案,物理治疗师指导盆底肌训练,共同保障母胎安全^[10]。

3 妊娠合并子宫脱垂的具体治疗措施

3.1 保守治疗

保守治疗作为妊娠合并子宫脱垂的首要干预策略,尤其适用于I~II期脱垂、症状轻微或孕周较小的孕妇群体。这一方案通过多维度协同管理,旨在缓解盆底压力、增强组织支撑力并预防病情进展^[11]。

3.1.1 生活方式系统管理

从日常行为层面,孕妇需规避增加腹压的行为,如剧烈咳嗽、用力排便、搬抬重物等,以降低盆底组织承受的额外负荷。针对便秘问题,可通过优化饮食结构(增加膳食纤维、保证充足水分摄入)、适度运动促进肠道蠕动,必要时遵医嘱使用乳果糖等孕期安全缓泻剂^[12]。体位管理方面,侧卧位休息有助于减轻子宫对盆底的压迫;站立或活动时,可借助腹带适度支撑腹部,但需精准调节松紧度,确保母婴血液循环及胎儿发育不受影响。同时,依据孕前BMI制定个性化体重增长方案(推荐总增幅11.5~16kg),严格控制孕期体重,避免肥胖加剧盆底功能负担^[13]。

3.1.2 盆底肌强化训练

盆底肌训练(PFMT)即凯格尔运动,是提升盆底肌群支撑力的核心手段。孕妇可采用坐位或卧位,主动收缩阴道及肛门周围肌肉(模拟憋尿动作),保持3~5秒后放松,每日完成2~3次、每次10~15分钟的训练,规范的PFMT不仅能降低盆底功能障碍性疾病风险,且对胎儿无不良影响。但训练前必须接受专业指导,确保动作标准,避免因错误收缩腹肌或臀肌导致腹压异常升高。对于重度脱垂患者,PFMT需与子宫托联合应用,以增强治疗效果^[14]。

3.1.3 子宫托精准干预

子宫托作为中重度脱垂(III~IV期)或症状显著孕妇的重要治疗工具,尤其适用于保守治疗效果欠佳或等待分娩的患者。妊娠期常用硅胶材质的环形或喇叭形子宫托,前者适用于中度脱垂,后者凭借更强支撑力适配重度脱垂。首次放置需由医生根据阴道尺寸与脱垂程度选择型号,并观察24~48小时,评估有无阴道溃疡、感染等并发症。孕妇需掌握正确的取放方法,每日取出清洗且避免夜间佩戴^[15]。鉴于孕期生殖系统的动态变化,需定期复查调整子宫托型号;若出现阴道出血、疼痛或频繁脱出,应立即就医。值

得注意的是, 子宫完全脱出、阴道狭窄或存在急性炎症的孕妇禁用^[15]。

3.1.4 辅助治疗审慎应用

盆底电刺激通过低频电流被动激活盆底肌群, 为无法自主完成 PFMT 的孕妇提供替代方案, 但因妊娠期安全性证据不足, 需在严密医学监护下进行, 严防电流刺激诱发宫缩^[17]。中医药领域虽有补中益气汤等方剂用于子宫脱垂治疗, 但缺乏孕期安全性的循证依据, 非必要不推荐使用; 若需尝试, 必须经中医师全面评估药物致畸风险后谨慎实施^[18]。

3.2 手术治疗

妊娠期子宫脱垂的手术干预是在保守治疗失效或出现严重并发症时的最后手段, 遵循“挽救性手术”原则, 旨在缓解危及母胎安全的紧急状况, 而非追求根治盆底功能障碍。

3.2.1 手术适应症

手术适应症严格限定于三类情形: 一是重度子宫脱垂(IV 期), 子宫完全脱出阴道口且无法复位, 伴随剧烈疼痛、排尿排便梗阻或感染风险; 二是合并严重并发症, 如子宫嵌顿导致局部缺血坏死、阴道溃疡经久不愈; 三是保守治疗(如子宫托使用)无效或患者无法耐受, 且继续妊娠可能威胁母胎健康。这些标准确保手术仅在必要时实施, 最大限度降低对妊娠进程的影响。

3.2.2 手术时机的选择

手术时机的选择对妊娠结局至关重要。孕中期(14-28 周)因胎儿器官发育基本完成、流产风险降低, 且子宫大小便于操作, 成为首选手术窗口。此阶段手术既能规避孕早期胚胎着床不稳定的风险, 又可避免孕晚期因子宫增大、盆腔空间狭窄带来的操作困难。孕晚期除非遭遇子宫坏死等紧急情况, 通常推迟手术至分娩后评估, 以减少早产风险; 而孕早期因胚胎对手术刺激极为敏感, 仅在威胁孕妇生命安全的极端案例中谨慎考虑手术干预, 确保母体与胎儿的双重安全^[19]。

3.2.3 手术方式的选择

手术方式的选择需兼顾有效性与安全性。对于急性脱出的子宫, 手法复位联合阴道填塞是常用的应急处理方案, 通过麻醉下徒手复位子宫, 随后以无菌纱布填塞阴道维持位置, 为后续治疗争取时间。经阴道子宫悬吊术通过将子宫固定于骶棘韧带或宫骶韧带, 增强盆底支撑力, 该术式创伤较小, 但孕期组织水肿可能削弱缝合效果, 增加术后复发风险。腹腔镜子宫悬吊术适用于腹腔粘连较少的患者,

凭借清晰的视野进行精准操作, 但因技术要求高、设备复杂, 在妊娠期的应用相对受限。需注意, 为保障妊娠安全, 子宫切除术及根治性盆底重建术在孕期严格禁用。

3.2.4 手术风险及术后管理

妊娠期手术面临着显著高于非孕期的风险, 需全面的围术期管理。手术刺激与麻醉药物可能诱发宫缩, 导致流产或早产, 因此术前常规使用硫酸镁等宫缩抑制剂降低风险。孕期盆腔血供丰富, 术中出血风险增加, 需提前备血并采取精细止血操作。术后感染可引发胎膜早破等严重并发症, 需选用青霉素类等孕期安全抗生素预防。术后需严密监测胎心及宫缩, 指导患者卧床休息并避免增加腹压的活动, 同时通过定期复查评估子宫位置及脱垂程度, 必要时结合子宫托或盆底肌锻炼(PFMT)巩固治疗效果, 确保母婴安全度过围产期^[20]。

4 结语

妊娠合并子宫脱垂是一种特殊类型的盆底功能障碍性疾病, 其治疗需兼顾妊娠期生理特点与母胎安全。临床实践中, 应优先选择保守治疗(如生活方式调整、盆底肌训练、子宫托), 手术干预仅用于保守治疗无效或出现严重并发症的患者。目前, 关于妊娠合并子宫脱垂的治疗仍存在诸多争议, 未来需通过高质量研究明确最佳治疗策略, 建立规范化的多学科诊疗模式, 以提高临床疗效, 改善患者生活质量及妊娠结局。

参考文献:

- [1] 张婷, 王亚琴. 妊娠合并子宫脱垂临床分析 [J]. 医学信息, 2021,34(18):116-118.
- [2] 吕述彦, 王海东, 李燕. 晚期妊娠合并子宫脱垂 1 例报道及文献复习 [J]. 中国医药指南, 2012,10(25):616-617.
- [3] 李明月, 张丽娟. 妊娠合并子宫脱垂 1 例 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2009,25(10):727.
- [4] 张广萍, 杨文斗. 先天性子宫脱垂合并妊娠 1 例 [J]. 包头医学院学报, 2000,(01):77-78.
- [5] Yacouba C M ,Diouaga S H ,Oumara M , et al. Advanced abdominal pregnancy complicated by uterine prolapse: a case report at the issaka gazoby maternity of niamey (niger) [J]. BMC Pregnancy and Childbirth, 2025, 25 (1): 604-604.
- [6] R R D ,Shinya M ,R K C , et al. Incidence, characteristics, and maternal outcomes of pregnancy with uterine prolapse. [J]. American journal of obstetrics & gynecology MFM, 2023,5(8):101020-101020.

- [7] Kristen S ,Antoun K A . Bicornuate Bicollis Uterus with Obstruction of the Lower Uterine Segment and Cervical Prolapse Complicating Pregnancy. [J]. Case reports in obstetrics and gynecology, 2018, 2018 8910976.
- [8] Tao C ,Yiqi Z ,Wenli Z , et al. Uterine prolapse with complete placenta praevia and umbilical hernia in pregnancy: a case report [J]. CLINICAL AND EXPERIMENTAL OBSTETRICS & GYNECOLOGY, 2018, 45 (4): 602-604.
- [9] Latika L ,Smiti N ,Meenakshi C , et al. Pregnancy with third degree uterine prolapse: a rare case report [J]. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, 2016, 579-581.
- [10] Cekmez Y ,Suer N ,Bozdag H , et al. Cervical prolapse and concomitant uterine anomaly at term pregnancy: A case report [J]. Medeniyet Medical Journal, 2014, 28 (3): 153-156.
- [11] 郭馥艳, 陈敏红. 单角子宫足月妊娠合并子宫脱垂一例 [J]. 中国处方药, 2014,12(10):83.
- [12] 郭秀荣, 刘传红, 孔秀莲. 妊娠合并子宫脱垂两例报道并文献复习 [J]. 现代医学, 2013,41(01):47-50.
- [13] 吕述彦, 王海东, 李燕. 晚期妊娠合并子宫脱垂 1 例报道及文献复习 [J]. 中国医药指南, 2012,10(25):616-617.
- [14] 周金年, 周遵伦. 中期妊娠合并宫颈外翻伴子宫脱垂 1 例报告 [J]. 山东医药, 2010,50(07):28.
- [15] 冯艳华. 晚期妊娠合并妇科恶性肿瘤 3 例[C]// 中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会, 湖北省抗癌协会, 湖北省抗癌协会妇科肿瘤专业委员会, 武汉大学中南医院, 湖北省宜昌市肿瘤医院. 全国宫颈癌暨湖北省妇科肿瘤专业委员会第五次妇科肿瘤学术会议论文汇编. 湖北省云梦县中医院妇产科, 2006: 249-250.
- [16] 宋玉荣. 足月妊娠子宫脱垂 II 度合并胎盘早剥 1 例 [J]. 新医学, 2000,(09):548-549.
- [17] 桂晓凤, 吕燕. 子宫脱垂的中医治疗 [J]. 妈妈宝宝, 2025,(05):90-91.
- [18] 刘利. 子宫脱垂的防治 [J]. 健康向导, 2025,31(02): 51-52.
- [19] 马莹. 子宫脱垂怎么办 [J]. 妈妈宝宝, 2025,(02): 24-126.
- [20] 缪舒雅, 何鸣翔, 楼雅洁等. 脐针治疗子宫脱垂验案一则 [J]. 实用中医药杂志, 2024, 40(08):1663-1664.
- 作者简介: 陈怡丹 (1992.03-), 女, 汉族, 河北省承德市双桥人, 联勤保障部队第九八一医院, 本科, 主治医师, 妇产科。
- 李磊 (1992.11-), 男, 满族, 河北省承德市人, 联勤保障部队第九八一医院, 本科, 主治医师, 内科。