



# 盆底十年专刊

2005-2014



## 导读

|               |      |
|---------------|------|
| 主编寄语.....     | 1 版  |
| 盆底十年工作报告..... | 2 版  |
| 疑难病例荟萃.....   | 5 版  |
| 盆底十年回顾.....   | 8 版  |
| 盆底专家寄语 .....  | 10 版 |
| 医生工作体会 .....  | 12 版 |
| 第十届会议亮点 ..... | 13 版 |
| 盆底诊疗中心成立..... | 13 版 |
| 北京市女性盆底沙龙 ... | 14 版 |
| 人民医院妇产科介绍 ... | 16 版 |

## 主编寄语

## Message Editor

盆底功能障碍性疾病是一门新兴的多学科交叉学科。10 余年来，在郎景和院士、魏丽惠教授的直接领导和指导下，在北京大学人民医院领导的关怀和支持下，在国内外同道们的大力帮助下，北京大学人民医院从事女性盆底工作的全体医务人员，共同学习、共同进步、共同提高。常言“十年磨一剑”，10 年已经过去，北京大学人民医院女性盆底诊疗中心在盆底疾病的诊断、发病机制、临床治疗以及治疗后随访等方面做了一些工作，值得进行分析总结。如果说我们取得了一些成绩，所有成绩归功于各级领导，归功于所有参与此项工作的同事们，归功于国内外朋友们。希望北京大学人民医院女性盆底疾病诊疗中心的全体工作人员，能够认真汲取经验，再接再厉，努力工作，为推动我国女性盆底疾病诊疗工作做出应有的贡献。



王建六

2014-9-9

## 工作报告

## Report

### 北京大学人民医院盆底功能障碍性疾病 临床及基础研究回顾

女性盆底功能障碍性疾病（PFD）是中老年女性常见病，发病率 30%~40%，严重影响女性的健康和生活质量。北京大学人民医院妇产科从本世纪初即关注该领域工作，在医院领导和妇产科领导的大力支持下，妇产科医务人员，勤奋学习，努力工作，紧跟国外最新进展，与国内同道同学习，共进步。10 余年来，在卫生部临床重点学科项目、首发基金、教育部博士点基金、北大前沿交叉课题、北大 985 项目等支持下，在盆底功能障碍性疾病的基础研究和临床诊疗方面，开展了一些工作，现总结如下。



主 编：王建六  
副主编：杨欣 孙秀丽  
编辑 / 策划：段秋霞  
设 计：陈亮



中国女性盆底网页二维码



## 一、盆底功能障碍性疾病的流行病学调查及女性对 PFD 认知度的调查

### 1、女性盆底功能障碍疾病具有较高的联合缺陷患病率

2005年冬天，妇产科部分医务人员冒着严寒，对北京郊区某自然村全体女性进行整群横断面调查，结果发现，盆底功能障碍性疾病具有较高的联合缺陷患病率。北京郊区已婚女性人群中，尿失禁患病率为35.3%。尿失禁患者中56.7%伴随阴道前壁膨出，44.8%伴随阴道后壁膨出，31.3%伴随有子宫脱垂。子宫脱垂患者中合并压力性尿失禁62.5%。表明盆腔脏器联合缺陷在女性盆底功能障碍性疾病中较为多见，应引起广大妇产科、泌尿外科和胃肠科工作者的关注（王建六等，中国妇产科临床杂志2007年）。人民医院妇产科盆底疾病诊疗团队进而对盆腔脏器联合缺陷患者的临床症状进行研究，结果显示尿失禁患者有60%合并阴道内肿物脱出，45.7%合并便秘，盆腔脏器脱垂合并便秘占40%。因此，临床医生应当在诊断治疗前确定伴随症状的存在与否以及严重程度，特别询问一些与下尿道和胃肠道相关的症状，综合整体评估，才能正确诊断疾病，确定适宜的治疗方案。（王建六等，中国妇产科临床杂志2011年）。



### 2、女性盆底功能障碍疾病发病率高但医护认知率低

在该项工作起步的2006年，为了初步了解我国医务人员对盆底疾病的认知情况。妇产科进行了妇科医护人员对盆底功能障碍性疾病认知状况的调查，结果发现仅有45.9%的医生和27.8%的护士对盆底功能障碍性疾病有一定认识和了解。32.8%的医生和71.5%的护士从未接受过尿失禁相关的继续教育培训（王建六等，中国妇产科临床杂志2008年），表明广大医护人员对盆底功能障碍性疾病缺乏足够的认识，因此，应该对广大医护人员应该专业培训和教育，提高医护人员对该类疾病的认知度，推动盆底功能障碍疾病的诊治工作

## 二、盆底整体理论的推广应用及多学科联合诊疗模式的建立

**1. 女性盆底整体理论的推广应用：**1990年，Petros和Ulmsten首次提出了盆底整体理论，2004年，Petros《The Female Pelvic Floor Function, Dysfunction and Management According to the Integral Theory》问世。时至今日，女性盆底疾病的整体理论已发展成熟，成为一种重要的医学典范。女性盆底整体理论认为：阴道及其支持韧带中结缔组织的损伤是引起盆底异常症状和盆腔器官脱垂的共同原因。盆底结构间的非线性作用模式，使得最轻微的结缔组织损伤可以在不同患者中表现为极其不同的症状，从无症状到严重症状，症状的表现形式完全依赖于盆底各组成成分之间的平衡状态。整体理论认为盆底解剖决非各种结构的简单组合，强调结缔组织结构与器官形态和功能密切相关，形态影响功能，而功能障碍将随着形态的丧失而发生改变，还强调盆底结构相互作用的平衡与不平衡。整体理论的出现对女性盆底重建外科的发展起了关键性的作用。在盆底整体理论的基础上，De Lancy提出了关于阴道支持结构的理论，即在水平方向上将阴道支持轴分为3个水平。之后随着盆底疾病研究的广泛开展，对盆底解剖的认识也逐渐深入，有学者对整体理论进行了进一步的完善，提出腔室理论，其要义是在垂直方向，

以宫颈环为界将盆底分为前盆腔、中盆腔和后盆腔。在临床中可以发现：后盆腔的缺陷可导致前盆腔的异常，反之亦然，进一步验证了整体理论的正确性并对盆底重建手术的术式选择具有指导意义。北京大学人民医院组织全国学习班，并在相关学术会上讲授及推广盆底的整体理论，推动了盆底整体理论在我国盆底疾病诊疗工作的应用。

### 2. 多学科联合诊疗盆底功能性疾病，成立盆底疾病诊疗中心

盆底功能障碍性疾病涉及多个腔室和器官，一些复杂病例往往需要多学科合作联合，在前期大量临床工作基础上，项目组开展了多器官联合缺陷的多学科联合治疗，与泌尿、普外、消化科和神经外科联合评估病情，并进行综合治疗，彻底解决盆底存在问题，体现盆底整体的理念。具有推广应用价值。（代表性报告：王建六等，中华妇产科杂志2009年；王建六，现代妇产科进展，2009年；杨欣，中华妇产科杂志，2008年）。为了更好的推进女性盆底疾病诊治工作，加强学科间的横向联合，方便患者就医，并促进该学科领域的快速发展，北京大学人民医院女性盆底疾病诊疗中心于2011年正式成立。该中心由妇产科、肛肠外科、泌尿外科、消化科、神经内科、放射科及中医科的多名专家组成。中心负责人为全国女性盆底疾病学组副组长王建六教授，其他成员都是在相关领域内卓有成就，包括妇产科杨欣教授，王世军主任医师，孙秀丽主任医师，苗娅莉副主任医师；胃肠外科叶颖江教授，杨晓东副主任医师，王有利副主任医师；泌尿外科许可新教授，张肖鹏副主任医师；消化内科刘玉兰教授，冯桂建副主任医师；神经内科刘献增主任医师；放射科洪楠教授，武婧主治医师；中医及理疗科王少杰教授，俞杰副主任医师等。中心强调综合性、多学科、共同诊治，真正做到从诊断到治疗的多元化，为广大的盆底器官脱垂及尿失禁患者提供了安全、快速、全面、高质量的诊疗服务。



中心自成立以来，做了大量工作。举办了第七届和第八届全国盆底疾病手术研讨会，培训学员1000余人，涵盖国内20多个省市自治区；每年定期举办4期盆底手术手把手培训班，帮助从事本专业的高年资医生提高理论水平和手术技巧。有力的推动了该领域的发展。

## 三、推广应用 PFD 综合诊断方法

盆底功能障碍性疾病是以联合缺陷为特征，其发病机制以盆底多部位支持组织解剖学改变和生物学特性改变为基础。因此，临床诊断和病情评估应进行多部位多脏器综合的全面评估，科学客观的评价病情，从而指导临床治疗。根据以上主导思想，患者在首诊科室就诊后，即在门诊进行盆底功能综合评估，除常规询问和检查排尿、排便、脱垂相关问题外，根据患者情况选择相应的辅助检查，包括尿动力学检查（妇科或泌尿外科）、盆底肌电图检测（妇科门诊）、肛肠动力学检查（消化内科）、盆腔动态核磁检查（放射科），盆底超声检查（超声科）等整体评估患者盆底功能状态，根据评估情况，在门诊进行相关科室医师会诊，制定个体化的多学科综合治疗方案。

### 1. POP-Q 评分系统的推广应用

盆腔脏器脱垂（POP）发生于一个或多个盆腔器官及结构下降，包括有阴道前壁脱垂伴尿道下移及膀胱膨出；子宫脱垂；阴道后壁脱垂伴直肠膨出、肠疝等。现国际通用的分期方法是盆腔脏器脱垂定量分期法（pelvic organ prolapse quantification, POP-Q），较传统的分度法更客观、准确，有很好的可信性和可重复性。但国内很多临床医生还没有掌握 POP-Q 评分标准，临床中还使用传统的分度方法，严重影响盆底功能障碍性疾病的诊治及与国际接轨。项目组成员不遗余力大力推广使用

POP-Q 评分系统（张晓红等，2005，中国医刊），在多个全国会议及手拉手学习班上讲授 POP-Q 评分方法，大力推动了 POP-Q 评分系统在全国范围的发展。

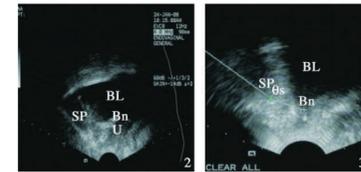


### 2. 辅助检查手段的研究及应用

1). 尿动力学检查：对女性盆腔脏器脱垂合并排尿功能障碍的诊治具有重要意义，建议 Aa 点位于 -1 以下时，无论有无排尿异常症状，均应用尿动力学检查，以减少漏诊率，节约医疗资源。（代表性研究结果，李晓伟等，现代妇产科进展 2010）。

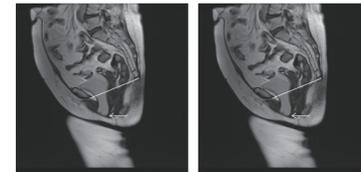
2). 肛门直肠测压检查：可较客观的评估直肠的功能，为评估病情及指导治疗提供客观依据（代表性研究结果，李晓伟等，现代妇产科进展 2010）。

3). 经会阴三维超声：可较好地显示盆底的解剖结构，可用于观察盆底解剖结构缺陷；盆腔脏器脱垂患者的肛提肌裂子 L 显著增大，是盆底支持结构及盆底肌薄弱表现之一。可以经阴道和直肠进行，了解膀胱位置改变和膀胱颈移动度。如以下三项指标中有两项以上符合，则可诊断为压力性尿失禁：①休息状态的膀胱角  $\geq 95^\circ$ 。②膀胱角与耻骨弓距离  $\geq 2.3\text{ cm}$ 。③膀胱颈的活动度  $\geq 20^\circ$ 。（代表性研究结果，耿京等，中国妇产科临床杂志 2009）。由于盆底超声价格适中、无创，推荐临床实践中广泛使用。

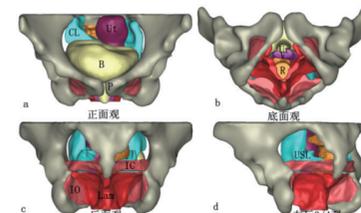


A: 阴道前庭超声图像 (BL-膀胱, U-尿道, Bn-膀胱颈, SP-耻骨联合)  
B: 阴道分娩者  $\theta_s = 140^\circ$  时压力状态下膀胱颈角度超声图像

4). 动态核磁及盆底 3D 重建：对盆底解剖结构、缺陷部位的评估及手术前后的对比等有其他检查不可比拟的优势（苗娅莉，中华妇产科杂志 2010）。但临床中并非所有盆腔脏器脱垂患者均适宜行 MRI 检查。因此，建议动态核磁成像主要适用于前盆腔和中盆腔脱垂较重者，避免不必要的检查和医疗资源浪费。还致力于应用动态核磁建立正常及 POP 的模型，研究成果一接近国际先进水平（谢冰，中国妇产科临床杂志，2014）。为探讨 POP 发病机制提供了很好的研究思路。



阴道前壁脱垂与耻尾线的关系，  
A: 静息状态，膀胱最低点位于 PCL 线上方；  
B: 最大屏气用力时，膀胱最低点位于 PCL 线下方



盆底支持结构的三维重建模型 全貌

## 四、盆底功能障碍性疾病（PFDs）的个体化综合治疗

### 1. PFD 的预测及防治

盆底疾病诊疗中心对 PFD 的高危因素进行研究分析，妊娠及经阴道难产是 PFD 的独立高危因素。推行对于产后 42 天复查的产妇进行盆底肌力及疲劳度等的检测，对于肌力差、肌肉疲劳、尤其是有尿失禁、阴道壁膨出的产妇给予积极的干预治疗，包括生物反馈和电刺激等治疗，可明显改善症状，降低 PFD 的发生及进展。年筛查 1000 余例，治疗 400 余例。

### 2. 保守治疗

盆底功能障碍性疾病的保守治疗方法较多，有药物治疗，子宫托治疗，但应用广泛的仍是盆底肌肉训练，其方法有盆底肌肉训练，生物反馈、电磁刺激、阴道内辅助器具等不同的保守治疗方法。本项目采用多种方法联合方案如生物反馈 + 电刺激方法在医生指导下进行规范训练，然后患者进行家庭式盆底训练巩固治疗，强调患者主动进行盆底肌肉收缩训练的同时接受不同频率电流刺激，进行肌肉的被动训练。显著提高了治疗有效率。盆底中心研究发现对年轻患者采用每次 30 分钟标准治疗时间模式即可收到满意效果，而绝经及年老患者需要延长治疗时间至 60 分钟；年轻患者一般采用标准治疗程序，包括 1 次治疗程序 + 1 次电刺激，而绝经及年老患者需要增加电刺激的时间及治疗程序的次数。提出了个体化的治疗方案（代表性研究：张晓红等，中国妇产科临床杂志 2004 年；冯静等，中国妇产科临床杂志 2006 年；冯静，中华妇产科杂志，2007）

### 3. 手术治疗

手术是盆底功能障碍性疾病治疗中至关重要手段。近二十年来，随着对其病因、解剖学支持结构认识的深入，手术器械及修补材料的发明，康复医学的快速发展，国内外在该疾病的治疗手段上有了革命性进展。北大人民医院盆底疾病诊疗中心紧紧抓住盆底功能障碍性疾病的新理念、新术式，在既往工作的基础上，在国内开展各种盆底功能障碍性疾病的新手术，并配合保守治疗、康复训练等综合治疗的手段，取得了良好临床治疗效果。

(1) 抗尿失禁手术：经阴道无张力吊带术（tension-free vaginal tape suspension）使得 SUI 的手术治疗发生了巨大变化，属微创手术，手术时间短，操作简单，术后恢复快，长期治愈率高达 90% 以上，术中、术后并发症少，适合绝大多数患者，已成为治疗 SUI 的金标准术式。手术方式包括有经耻骨后（TVT），经闭孔（TVT-O, AJUST）。本中心对两组途径的手术方法的探讨、适应症的选择、并发症的防治等进行了大量的临床研究。并对两组术式进行前瞻性随访观察，对于预后进行远期随访，以期达到选择最佳的适应症、最大程度降低并发症风险同时取得最佳的治疗效果。

为了减少膀胱损伤、盆腔出血及血肿形成等并发症，项目组紧跟国际最新技术，在国内较早开展了经闭孔尿道无张力吊带术（tension-free vaginal tape-obturator technique, TVT-O），并进行了较大样本量的临床观察，结果显示 TVT-O 手术平均手术时间  $30.4 \pm 10.2$  分钟（15-60 分钟），术中出血平均  $33.8 \pm 13.8\text{ ml}$ （10-50ml），手术疗效显著，客观治愈率术后 6 周、3 个月、6 个月和 1 年分别为 85.1%，86.2%，86.5% 和 84.0%，总有效率术后 6 周、3 个月、6 个月和 1 年分别为 96.8%，97.8%，97.8% 和 97.3%；患者术前尿失禁生活质量问卷评分  $61.4 \pm 26.8$  分，术后 6 个月、1 年分别为  $92.8 \pm 13.6$  分、 $94.9 \pm 10.0$  分，生活质量较术前明显改善，且随着时间推移生活质量进一步提高（p 均小于 0.01），而术后性生活质量也较术前有改善趋势。术中及术后并发症发生率低，证实混合型尿失禁并非 TVT-O 的绝对禁忌，为临床应用这一术式的指征选择提供了依据。（杨欣等，实用妇产科杂志，2010 年）

单切口的尿道中段无张力可调节吊带术是目前最新的抗尿失禁手术方式，本中心率先在国内开展此术式，并对近期疗效进行随访，有效率 100%，无并发症发生（苗娅莉等，2013 年，中国妇产科临床杂志）。

(2) 盆腔脏器脱垂手术治疗：本中心针对目前国内形势，提出对患者要全面评估，结合患者的盆底缺陷部位、严重程度、患者的年龄及对性生活的要求等进行综合评估，采用个体化治疗方案，以期达到复发

率最低、疗效最佳、生活治疗最好。基于此，我们对于多种手术方式进行临床研究、随访观察、通过大量的临床资料，制定了合理的手术适应症，尤其是规范了网片使用的适应症，同时强调关注患者术后的生活质量，降低并发症的发生，并制定了相关的指南，在全国范围内进行推广应用。（王建六，中国医刊 2005；王建六，中国实用妇科与产科杂志，2006；杨欣等中国妇产科临床杂志，2012）。

1) 改良传统手术及其推广应用：本中心进行了一些传统改良术式的应用和研究，对于顶端脱垂的患者，在传统手术的基础上加上经后路的骶棘韧带悬吊术，可以明显提高疗效，降低术后复发率（苗娅莉，实用妇产科临床杂志，2008）。对于行阴道部分闭合的患者，经阴道切除子宫后再进行阴道部分闭合，既去除了留下子宫可能存在的问题，又保证了阴道闭合的效果，值得推广应用（姚远洋，中华妇产科杂志，2009）。

以上研究结果，对传统手术进行改良，简便、经济、可行，并提高了手术成功率，适合于症状不严重患者、无法耐受复杂手术者及基层医院。

2) 开展新的应用补片的盆底重建手术：为提高手术疗效，本项目组在国内较早应用各种人工合成的补片和各种自体或异体的移植术，提供各种形式的支持物使组织替代和再生，提高了手术成功率，改善了患者生活质量。

从 2005 年起，本中心在国内开展应用网片的盆底重建手术，降低了复发率，提高了生活质量。（张晓红，2006 中国妇产科临床杂志）。2007 年又探讨应用补片套盒盆底重建术，并对两种术式进行比较分析，发现补片套盒的盆底重建术并发症更少（王红，中华妇产科杂志，2009）。孙秀丽等通过对 98 例重度 POP 接受网片套盒盆底重加手术的患者进行随访中，平均随访时间(34. 07±23. 43)个月，平均手术时间(82. 34±26. 78)min(50 ~ 150 min)；平均术中出血量为(109. 06±70. 45)ml(20 ~ 350 ml)。补片侵蚀 7 例(8. 43%)，脱垂复发 10 例(12. 05%)，生活质量问卷表明患者术后生活质量明显提高。（Xiuli Sun, et al,2014, Obstetrics and Gynecology research）。在美国 FDA 多次警告慎重应用补片的情况下，本中心的临床随访结果，客观的评价盆底重建手术中应用补片的临床价值。

为了减少合成补片的并发症，尤其是补片的侵蚀及等性生活的影响等，本中心在国内率先将生物补片用于盆腔脏器脱垂的修复，并进行了系统的临床和基础研究。研究发现应用脱细胞生物补片，患者恢复良好，未发生补片侵蚀，无感染发生，但盆腔器官脱垂复发率较高（20%），表明脱细胞生物组织补片用于盆底重建手术，方法简单，操作容易，并发症发生率低，但存在一定的复发率。（代表性研究：苗娅莉等，实用妇产科杂志 2008 年；张晓红等，中华妇产科杂志，2005 年；张晓红等，中国妇产科临床杂志，2006 年；张晓红等，中华妇产科杂志，2007 年）。从 2012 年开始，本中心开始应用具有诱导再生功能猪小肠粘膜下层生物补片（Surgsis）进行盆底重建手术，短期随访疗效满意，复发率 13.3%，无侵蚀感染并发症，术后阴道弹性好，尤其适用于年轻性生活较活跃的妇女（孙秀丽等，2013 年，中华妇产科杂志；孙秀丽，2014，中国妇产科临床杂志）。

本中心还对合成网片的并发症及应对策略等进行分析探讨（孙秀丽等，2013 年，中国实用妇科与产科杂志；），建议术中注意阴道黏膜的保留，术后酌情应用雄激素提高患者的性生活质量，尤其对于相对年轻、有性生活要求的患者更应如此。为临床选择适宜的手术方式提供了有价值的参考。（代表性研究：①张晓红等，中国妇产科临床杂志，2009 年；②王建六等，中华妇产科杂志，2009 年；黄惠娟等，2014 年，中国妇产科杂志）。

3) 骶前固定术的推广应用：对于中盆腔缺陷，骶前固定术是估计上推荐的金标准术式。本中心应用腹腔镜微创技术，开展腹腔镜下阴道（子宫）骶前固定术，并发症少，复发率低，患者恢复快。（苗娅莉，2014，中国微创外科杂志）。

4) 手术并发症的分析及临床处理：对于 Prolift 全盆底修复网片的

临床应用，手术创面较大，出血相对较多，有形成局部血肿的可能，针对此问题，本中心进行了针对性研究，提出了对绝经后女性于术前 1 个月开始使用雌激素制剂、改良手术技巧、术后加强抗感染治疗对于减少侵蚀发生有良好的作用。（代表性论著：孙秀丽等，2012 年中国妇产科临床杂志；Xiuli Sun, et al,2014, Obstetrics and Gynecology research）。

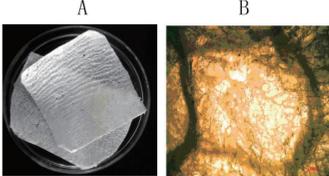
盆腔脏器脱垂与 SUI 以及尿频、尿急等下尿路症状往往并发，而盆底重建手术和 / 或 TVT-O 可导致患者出现新发的下尿路症状。因此项目组对改进盆底重建手术（pelvic floor reconstructive surgery, PRS）及合用 TVT-O 手术进行了研究，表明该手术对盆腔脏器脱垂患者的下尿路症状有改善作用，而针对术前即合并漏尿或经尿动力学检查诊断为隐匿性尿失禁的患者，PRS 术中合用 TVT-O 比单纯改进盆底重建术能够更有效地治疗或改善相关的下尿路症状。（杨欣等，中国妇产科临床杂志，2009 年）。

5) 多学科联合诊疗盆底功能性疾病：盆底功能障碍性疾病涉及多个腔室和器官，一些复杂病例往往需要多学科合作联合，在前期大量临床工作基础上，本中心开展了多器官联合缺陷的多学科联合治疗，与泌尿、普外、消化科和神经外科联合评估病情，并进行综合治疗，彻底解决盆底存在问题，体现盆底整体的理念，并与 2011 年成了北京大学人民医院女性盆底疾病诊疗中心。具有推广应用价值。（代表性报告：王建六等，中华妇产科杂志 2009 年；王建六，现代妇产科进展，2009 年；杨欣，中华妇产科杂志，2008 年）。

以上研究结果，被国内学术界广泛引用（引用频次达 252 次），并在国内大部分地区推广应用。

## 五、开展基础研究

本中心重视基础研究，2005 年即开展 POP 患者骶韧带超微结构研究和阴道壁组 ER- $\alpha$  和 RE- $\beta$  表达研究。（金玲，现代妇产科进展 2006；；金玲，中华妇产科杂志，2007）。盆底组织力学和细胞力学研究（苗娅莉，中国妇产科临床杂志，2008；蒋励，中国妇产科临床杂志，2010；李晓伟，中华妇产科临床杂志 2011 年）。2013 年开始进行盆底重建组织工程补片研究（Li Qi, et al.2014）。



丝素蛋白支架形态

A. 丝素蛋白支架大体观；B. 光镜下丝素蛋白支架结构观察（ $\times 40$ ）

## 六、技术推广应用

本中心在全国范围内积极推广应用上述临床工作，对国内妇科泌尿学及盆底重建外科的发展起了重要作用。北京大学人民医院妇科自 2005 年以来连续召开了九届全国妇科泌尿和盆底疾病手术研讨会，并举办了 8 期盆底手拉手培训班，培训学员 3000 余人，涵盖国内 26 多个省市自治区，在国内有较大的影响。同时出版书籍 2 部，出版发行手术光盘一套(3 张)，发行 1000 套。

## 七、注重国际学术交流

北京大学人民医院盆底疾病诊疗中心，注重国际交流，把欧美国家先进的盆底疾病诊疗经验应用于国内，推动了我国女性盆底诊疗工作的开展。10 余年来，与瑞典卡拉林斯卡大学、法国里尔大学、美国克利夫兰医学中心、意大利等保持密切合作和交流。多次邀请国外女性盆底诊疗专家到中心讲学和手术演示，获得了良好的效果。

# 网片植入术后严重疼痛一例

北京大学人民医院妇产科 杨欣 王建六

葛\*\*，43 岁，住院号：4179086，主因盆底术后疼痛 7 个月于 2013 年 2 月 7 日入院。

患者入院前 7 个月前因“便秘 5 年，偶有咳嗽后溢尿 3 年”于 2012-5-26 日在外院行腹腔镜卵巢囊肿剥除术 + 直肠前壁加固术（加合成网片）+ 膀胱后壁加固术 + 阴道前后壁桥式修补术 + TVT-O 术。（外院手术记录）术中见：子宫后位，饱满，道格拉斯窝向阴道内脱垂，盆底组织脱垂，膀胱后壁松弛，双侧输尿管卵巢正常大小，盆底见陈旧性内膜异位灶，阴道前后壁膨出 I 度。术中直肠前壁放置 4\*3cm 合成补片，阴道前后壁行桥式修补。

术后第 3 日出现排便困难，行灌肠治疗，便后肛门激烈疼痛，继而诱发阴道痛及广泛盆腔痛，可放射至臀部及大腿，疼痛加重时口服普（洛芬待因缓释片），稍有缓解。之后持续肛门，阴道及广泛盆腔痛，影响正常生活，不能行走。3 月前就诊于中日友好医院疼痛科，给予口服止痛药，效果不佳。现为进一步诊治入我院。既往史：腰椎间盘突出 10 余年。

月经婚育史：月经初潮 16 岁，月经不规律，周期 1-3 个月，经期 7-8 天，末次月经日期 2013-12-22 日，淋漓出血至今，现口服宫血宁、三七粉等中药止血药。孕 2 产 1，4 年前药流 1 次，4 年前顺产一男婴，现体健，工具避孕，配偶体健。入院查体：生命体征平稳，心肺听诊未及明显异常，腹软，无压痛。外阴：已婚外阴，发育正常；阴道：畅，可见少量暗红色血迹，无明显活动性出血，宫颈光滑，无赘生物及触血，阴道后壁粘膜光滑，前壁粘膜触诊延 TVT-O 吊带走行区域张力较大，触诊过程中患者诉疼痛明显，肛查时患者疼痛较显著，不配合，未进行。子宫常大，质中，活动可，双附件未及异常。妇科彩超（2012-10-18，我院）：左子宫前位 5.9 $\times$ 5.6 $\times$ 4.0cm，表面平，回声均，内膜回声三线厚 1.1cm，右卵巢大小回声正常，左卵巢 4.2 $\times$ 3.5 $\times$ 3.0cm，内无回声囊区最大直径 2.3cm。盆腔游离液（-）。CDFI：子宫血流信号正常，子宫动脉 RI0.71 PI1.36。另：吊带位于尿道中段，形态尚可，左侧壁似边界毛糙约 1.4\*0.3cm，阴道内未见网片样回声，盆腔内阴道直肠窝处可见条状强回声约 2.3\*0.4cm。提示：左卵巢囊肿；吊带术后。

盆腔核磁：左侧附件区可见不规则形长 T1 长 T2 信号影，DWI 呈高信号，病灶内可见低信号分隔影，大小约 1.4 $\times$ 2.8cm，增强扫描无强化。肝肾功能大致正常。印象：腹痛，外阴痛待查？

入院诊断：盆腔术后疼痛性质待查

入院后患者诉大便后疼痛剧烈，行肛镜检查示：混合痔，肛门镜入肛门口剧烈疼痛。

疼痛科会诊意见：1. 加巴喷丁逐渐加量至 0.3g Tid po，2. 神经妥乐平 4 片 Bid po，3. 曲马多 100mg Q12h po，4. 胃复安 10mg Tid po，5. 杜密克 15ml Bid po，6. 继续专科处理，若疼痛缓解不明显，可疼痛门诊随诊，必要时可考虑行神经介入治疗，7.IDpain 平 3 分；若外科情况允许，建议盆腔植入物取出。

联合胃肠外科、麻醉科、疼痛科及精神科会诊结合各项检查，决定行腹腔镜探查术 + 盆腔植入物取出术。于 2013-01-14 行腹腔镜下肠粘连松解术 + 阴道侧壁切开术 + 经阴道吊带松解术。术中探查：子宫后位，常大，表面充血，活动好，直肠前壁迂曲致密粘连于宫颈及阴道穹窿，直肠成角僵硬粘连，组织中可见蓝色缝线样组织，瘢痕挛缩。道格拉斯窝封闭，左侧输尿管表面充血，系膜处可见两个直径分别为 1cm 囊性肿物，左侧卵巢及右侧附件未见异常。决定行腹腔镜下肠粘连松解术 + 输尿管系膜囊肿切除术。锐性分离直肠前壁与宫颈及阴道之间粘连，分离过程中见网片状组织暴露，切除粘连组织及网片状组织，复查粘连面无活动性出血，行肛门直肠充气试验（-）转行阴式手术（手术录像）。查吊带位于阴道前壁距尿道口下方 2cm 处，双侧吊带均伸向闭孔窝方向，张力大，于阴道前壁注入肾上腺素盐水垫，分离左侧膀胱阴道间隙后暴露吊带，剪断吊带组织（左侧剪断 1.5cm，右侧剪断 1cm），再次检查可及吊带双侧断端，0 号薇乔线连续缝合双侧创面。患者术后排便困难缓解，但第 8 天诉大便后肛门疼痛，请胃肠外科会诊后，考虑患者有肛裂，不除此病导致便后肛门疼痛，给予对症治疗。患者要求出院在肛肠医院治疗肛裂，2013 年 2 月 7 日因高热肛裂局部治疗继发感染再次入院，抗感染治疗后出院。出院后 4 个月肛裂基本治愈，肛门疼痛缓解，但依然臀部，阴道，大腿广泛疼痛，不能工作，行走及伸腿，于 2013-12-04 因“盆底术后疼痛 17 个月余”再次收住我科。复查彩超示：TVS：子宫前位 5.5x5.0x4.8cm，表面平，回声不均，内膜回声三线厚 0.9cm。双卵巢（-）。子宫后方游离液 1.2cm。经会阴部 B 超：尿道后方两侧可见吊带样强回声，左侧 0.9x0.3cm，右侧 1.0x0.4cm。CDFI：子宫血流信号正常，子宫动脉 RI0.80 PI1.84。提示：大致正常盆腔，取合成网片及吊带术后。于 2013-12-18 再行残留的 TVT-O 吊带取出术，切开尿道中部 2.0cm，分离阴道前壁与尿道膀胱间隙至闭孔，探查尿道左侧有 4x0.5cm 质地偏硬吊带，右侧有 3x0.5 质地硬吊带，分离周围瘢痕组织后，全部剪除，剪除范围两侧深度到闭孔内肌，0 号薇乔线连续缝合阴道前壁。在大腿内侧原 TVT-O 吊带穿出皮肤部位纵行切开 4.0cm，逐层分离达闭孔外肌，探查未发现明显吊带瘢痕结节。

手术后 3 个月，臀部，阴道，大腿疼痛基本缓解，恢复工作，久站及阴天时偶有局部不适，但不能性生活，性生活时阴道疼痛明显，妇科检查触及阴道壁柔软，未及明显触痛结节，大小便正常。

# 直肠癌术后肛门伤口裂开子宫脱出一例

北京大学人民医院妇产科 杨欣 王建六

孟\*\*, 女, 61岁, 住院号: 4195145, 主因直肠癌根治术后7+月, 发现原肛门处伤口裂开有脱出物4个月于2013年2013年8月22日入院。



患者入院前7+个月(2013年1月)因直肠癌行腹腔镜下直肠癌根治术(Miles), 术后化疗6次。自诉术后出现尿不尽感, 偶尔腹胀增加时不自主滴尿, 当有强烈尿意时

不能由意志控制而尿液经尿道流出, 术后肛门处切口裂开, 裂隙约3.5x3.8cm。入院前4个无明显诱因出现外阴部坠胀感, 发现原肛门处伤口有脱出物, 约硬币大小, 长期站立、下蹲、咳嗽等用力时肛门肿物脱出明显, 平卧后自行回纳, 后逐渐加重, 1个半月前肿物不能自行还纳, 无腹痛及排尿困难。20天前无明显诱因出现阴道出血, 色鲜红, 持续两天自行好转, 就诊外院行诊断性刮宫, 病理回报: 子宫内膜增生期改变。门诊以“子宫脱垂, 直肠癌根治术后化疗后”转入我院。

月经婚育: 16岁初潮, 既往月经规律, 5/30天, 经量中, 无痛经史, 绝经8年。25岁结婚, G1P1, 1979年顺产一男婴, 爱人心脏病。

入院查体: T36.1 °C P78次/分 R18次/分 BP110/70mmHg, 左下腹可见一约2x2cm大小的人造肛门瘘口。

妇科检查: 外阴萎缩, 阴毛呈女性分布; 阴道容两指松, 阴道前壁膨出, 阴道后壁缺如, 原肛门处裂隙约4\*3.5cm, 会阴体仅存会阴皮肤, 长约2.0cm, 厚约0.5cm, 肛门裂隙处见宫颈及部分宫体; 屏气用力后测量 Aa+2, Ba+6, C+6, gh4.0, pb2.5, Tvl7.5, Ap+3, Bp+3, D+4。子宫萎缩, 活动好, 无压痛和反跳痛, 宫颈稍萎缩, 光, 质韧, 双附件区未扪及异常。

妇科彩超示: TVS: 子宫前位 3.8x3.9x3.3cm, 表面不平, 回声不均, 前壁内无回声囊腔直径1.2cm, 前壁低回声结节1.1cm, 后壁低回声结节1.0cm, 内膜回声中等厚0.5cm。左卵巢呈实性索条状。右卵巢未及。盆腔游离液(-)。CDFI: 子宫血流信号增多, 子宫动脉 RI0.84 PI1.78, 结节周边血流信号 RI0.66



PI0.96。提示: 子宫肌瘤、宫壁囊腔性质待查。

诊断:

手术经过: 麻醉成功后再次探查, 会阴后联合2cm, 其上方残存阴道后壁长约2cm, 原肛门处裂隙约4\*3.5cm, 子宫自肛门缺陷处脱出, 肛门缺陷处粘膜形成新的阴道后壁。决定经肛门缺陷处切除子宫。沿宫颈阴道部

前后壁注入生理盐水水垫, 沿宫颈环形切开阴道粘膜, 锐性分离膀胱宫颈间隙, 达膀胱子宫反折腹膜进入盆腔。子宫与直肠切除创面致密粘连, 锐性及钝性分离。分离切断左侧骶主韧带, 7号丝线缝扎。同法处理对侧。靠近子宫峡部夹切左侧子宫动静脉, 剪断, 7号丝线缝扎2次,

同法处理对侧子宫动静脉, 夹切左侧卵巢固有带及圆韧带, 剪断, 7号丝线缝扎两次, 同法处理右侧卵巢固有带及圆韧带, 子宫离体。子宫切除过程困难。将会阴体上方阴道残留后壁上端剪除形成新鲜创面, 沿肛门后缘3点至9点游离长约5cm粘膜瓣, 将粘膜瓣下界与原阴道后壁创面缝合形成新的阴道后壁。关闭前腹膜, 将cook生物网片双层折叠缝合于侧后盆壁关闭盆底, 将阴道穹窿前后壁缝合。使用PDS-2线将阴道顶端缝合于骶3水平上吊阴道穹窿。丝线间断逐层缝合关闭双侧分离的盆底肌肉关闭裂开的肛门, 丝线外翻缝合肛门裂伤处皮下组织及皮肤。阴道内填入油纱卷

压迫止血。患者术后48小时取出阴道纱布, 术后第5天拔除尿管, B超未见明显残余尿, 术后7天出院。

出院后2周在当地医院拆除外阴缝合的丝线, 局部伤口愈合不良, 经局部换药3周伤口愈合。术后7个月复诊, Aa-2, Ba-2, C-7, gh4.0, pb4.0, Tvl7.0, Ap-3, Bp-3。偶有咳嗽打喷嚏漏尿。性生活恢复, 性生活质量较术前稍差。现术后一年, 检查情况同前。



# 子宫脱垂IV期合并膀胱结石和直肠脱垂手术治疗

北京大学人民医院 王建六

患者女, 64岁, 孕4产4, 50岁绝经。主因“阴道脱出肿物10年余, 肛门脱出肿物7年余”收入北京大学人民医院妇科病房。10年前患者阴道脱出肿物, 伴有腹部下坠及尿频, 7年前肛门脱出肿物, 伴便秘及排便时疼痛, 未诊治, 阴道肿物及肛门肿物脱出均逐渐加重, 出现排尿困难和粪失禁症状。既往患者因重大变故造成精神障碍, 无法语言交流, 仅能在家属帮助下并配合肢体动作进行简单交流。妇科检查: 外阴已婚已产型; 阴道前、后壁均完全脱出于处女膜缘外, 表面粘膜干燥增厚, 呈皮革样改变; 宫颈粗大, 直径约5cm, 表面光滑, 质硬, 角化明显; 子宫体完全脱出于阴道口外; 双附件区未及明显异常; 肛管及直肠全层脱出肛外, 脱出长度10cm, 粘膜水冲色鲜红(见图1)。POP-Q分期: Aa+3cm, Ba+6cm, Ap+3cm, Bp+7cm, C+9cm, D+6cm, GH5cm, PB2cm, TVL9cm。辅助检查: 钡灌肠示乙状结肠冗长。入院诊断 1、子宫脱垂IV期 2、阴道前壁脱垂IV期 3、阴道后壁脱垂IV期 4、直肠脱垂III度 5、乙状结肠冗长 6、精神障碍。

入院后经积极术前准备, 于全麻下联合外科拟行直肠、部分乙状结肠切除术+直肠乙状结肠断端吻合术+全子宫、双附件切除术+阴道穹窿骶前固定术+阴道前后壁修补术+尿道折叠缝合术。术中探查见横结肠、降结肠、乙状结肠冗长; 子宫前位, 质中, 稍大, 活动好, 双附件未及异常; 膀胱内可及一5cmx3cmx2cm质硬结石样块状物, 考虑为膀胱结石。决定由外科医师先行直肠、部分乙状结肠切除术和直肠乙状结肠断端吻合术, 然后由妇科医师行全子宫、双附件切除术, 以及运用补片将阴道断端固定到骶前, 同时行阴道前后壁修补术+尿道折叠缝合术, 最后由泌尿外科医师行膀胱切开取石术。手术顺利, 术后1天至9天恢复较好, 体温正常, 有排气排便, 腹腔引流量少; 术后10天排便后改善普食, 同时拔除腹腔引流管, 伤口愈合良好; 但术后12日出现不全肠梗阻, 行禁食水、胃肠减压、补液等对症治疗; 术后14日晚发热, 体温38.7°C, 抗炎治疗3天, 体温波动在36.9°C-39.3°C, 多于午后及夜间发热; 术后15天拔除尿管, 自行排尿3次后出现尿失禁; 术后16天复查腹平片较前好转, 开始自流食逐渐恢复至普食。术后17天留取尿培养。结合发热后3次查尿常规均提示有泌尿系感染, B超示双肾中度积水, 双侧输尿管上段扩张。考虑引起发热的炎症病灶位于上泌尿道可能性大, 行双肾盂穿刺造瘘引流术并留置引流管, 术中引出浑浊脓样尿液。取肾盂引流液分别送培养+药敏。双侧肾盂输尿管造影发现, 双侧输尿管盆腔段迂曲明显, 输尿管中上段扩张。给予舒普深联合甲硝唑静点, 双侧肾盂穿刺造瘘术后3天, 患者体温恢复正常。血培养阴性, 尿培养及肾盂引流液培养均为大肠埃希菌, 对舒普深敏感。故继续抗炎治疗至体温正常后3天。术后22天时拔尿管, 因患者可自行排尿, 同时关闭双肾盂引流管, 关闭后5天, 复查泌尿系B超示双肾输尿管未见明显异常, 且体温正常、双肾盂引流液细菌培养均为阴性, 拔除双肾盂引流管。术后29天时患者多数情况可控制排尿, 尿量正常。在间断服用缓泻药调理下大便基本正常, 无粪失禁。予以出院。术后6周复查, 患者基本可控制排尿和排便, 检查阴道前后壁以及阴道断端等各位点均正常(见图2)。



图1. 子宫脱垂IV期, 直肠脱垂III度



图2. 术后6周复查情况

# 2007 2009

# 2005



2005

2007

2009



2011



2013

2006



# 2006

2008



# 2008

2010



2012



# 北大人民医院盆底十年 专家寄语

## 郎景和 北京协和医院



北大人民医院关于女性盆底重建和微创手术的研讨班即将迎来第十届，可喜可贺，这是非常好的主题，非常好的形式，非常受欢迎的研讨班。众所周知，中华医学会妇产科分会在 2000 年成立了内镜学组，2005 年成立了女性盆底功能障碍性疾病学组，这两个学组对于我国妇科微创手术、盆底重建的发展起了很大的作用，当时我们的口号是“星星之火，可以燎原”，现在已经成了燎原之势，北大人民医院会议已经办了十年，表明他们的观念非常新、理念非常正确，这十年也促进了北京乃至全国这两方面工作的开展，引入了新的理念、新的理论、新的技术、新的方法、包括微创观念，包括盆底重建的整体观念和重建手术的具体技术，所以我认为这个会议调动了全国的专家一起来推进这个工作，一定会得到圆满的结果，我衷心地祝愿研讨会圆满成功！

## 魏丽惠 北京大学人民医院



盆底功能障碍性疾病是近十多年来在全球发展最快的一门妇科新的学术领域，我们北京大学人民医院从 2005 年开始举办第一届全国盆底障碍性疾病的研讨会到现在已经进入了第十个年头，在过去的九年里，我们从盆底功能障碍性疾病的评级治疗方法包括保守治疗、手术治疗特别是对手术治疗的各种新的方法和它所出现的病发症的预防，都做了越来越深入的探讨，这九年的发展大大促进了我们国内盆底功能性障碍疾病诊治的水平而且我们加强了和国内的同道们共同研究盆底方面的学术内容，加强了和国际的联络和交往，相信在今后的十年里我们会将此疾病研究的更透，发展的更快，并且更好的为广大妇女造福！

## 王建六 北京大学人民医院



众所周知，女性盆底功能障碍性疾病是一种常见的疾病，也是妇产科中的一个重要领域。北京大学人民医院盆底诊疗工作经历十余年的发展历程。十余年来，我们的工作，无论是基础研究方面还是临床诊断与治疗方面都取得了一定的成绩。这些成绩归功于盆底疾病诊疗中心的全体医务工作人员，也属于关心和支持我们发展和成长的各级领导和同道们。我相信在今后的道路上，在各级领导的支持下，在全国同道的帮助下，在人民医院盆底诊疗中心全体人员继续努力下，我们一定会取得更大的成绩！

## 朱兰 北京协和医院



适逢第十届北京人民医院的盆底重建和微创手术研讨十周年的大喜日子，我代表盆底学组表示热烈地祝贺，在魏丽惠老师的指导下，在王建六教授的具体带领下，在盆底的基础研究、临床治疗和预防康复等各个方面人民医院都取得了骄人的成绩，而且取得了可喜的进步，相信在全国盆底领域的专家们共同努力下，我国的盆底治疗领域和北大人民医院盆底中心未来将取得更大的成绩，更上一个台阶！

## 宋岩峰 中国人民解放军南京军区福州总医院



北京大学女性盆底重建与微创手术研讨会已连续举办了十届，这在我国妇产科的学术交流发展史上是件非常不容易的事情，非常值得称道，我基本参加了每一次会议，亲身感受到了他们办会认真，内容丰富，生动活泼，国内外学者积极支持亲临参加演讲，国内同道们也踊跃参加，为我国女性盆底功能障碍防治和盆外科手术学的发展做出了卓有成效的贡献，我很赞赏他们的这种务实、创新、团结进取的科学精神，向他们学习并祝愿他们取得更辉煌的成绩！

## 罗新 暨南大学附属第一医院



我和王建六教授相识 20 多年，和王建六教授在管理上互通经验，相互交流，在学术上相互帮助，相互学习，魏丽惠教授将北京大学人民医院妇科泌尿学和盆底重建外科的学术领域重任交给王建六教授以来，他埋头苦干一直勇往直前，带领团队从 2004 年到今年已经连续举办了 10 次妇科泌尿学和盆底重建外科的研讨会，他在我们国家推广和应用妇科泌尿学和盆底重建外科的新业务、新知识、新技术方面有不可磨灭的功绩，雄关漫道真如铁，而今迈步从头越，我相信北京大学人民医院妇产科在王建六教授以及科室团队的共同努力下一定会在教学、科研、临床方面实现更加快速的发展，为我国的妇产科事业做出卓越的贡献！

## 鲁永鲜 解放军总医院第一附属医院（原 304 医院）



在魏丽惠教授的大力支持下，王建六主任的开拓带领下。十年来北大人民医院在女性盆底功能障碍诊治方面的基础研究和临床治疗上，取得了一系列有目共睹的成绩。最早建立了盆底医学中心，对我国盆底医学的发展，起了极大的推动作用，造福了广大患者，值此北京大学女性盆底重建与微创手术研讨会十周年之际，我衷心祝愿北大人民医院盆底医学中心日益兴旺发展，并预祝会议圆满成功！

## 韩劲松 北京大学第三医院



北京大学人民医院女性盆底重建与微创研讨会创办至今已历经十年，为患者提供了合理的诊疗手段，为医务人员提供了良好的交流平台，我们有着共同的期待：“呵护盆底，保障健康，让生活更便捷，更优雅，祝大会顺利召开，再创辉煌！”

## 张晓薇 广州医学院第一附属医院



北大人民医院举办的北京大学女性盆底重建与微创手术研讨会，今年已经是第十届，这十年来在魏丽惠主任的大力支持和王建六主任的带领下，取得了非常卓越的成绩，研讨会已经成为了国内的品牌会议，给国内医务人员的盆底重建手术、微创手术技术的规范化和诊治的合理化方面提供了很好的学习和交流的平台。非常期待在我们的共同努力下，解除盆底疾患给中老年妇女带来的痛苦，使广大的中老年妇女生活得更幸福。

## 马乐 首都医科大学附属北京妇产医院



热烈祝贺第十届北京大学人民医院女性盆底重建与微创手术研讨会隆重召开，十年来我们见证了会议从建立、成长到发展的整个历程，对北京大学人民医院所取得的成绩表示衷心地祝贺，希望未来在王建六教授的引导下，北京大学人民医院的同道们继续努力，共创辉煌！

## 华克勤 复旦大学附属妇产科医院



北大人民医院在妇科盆底方面一直走在全国的前列，引领全国妇产科的同道们共同进步，在亚专科方面也取得了很大的成绩，值此北京大学女性盆底重建与微创手术研讨会十周年之际，祝愿北大人民医院能够在盆底方面能够走得更远，水平更高，发展更好。

## 马庆良 上海中医药大学附属曙光医院



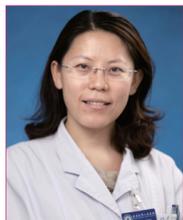
北京大学盆底重建与微创手术研讨会已经连续举办十年，每一届的会议报告见证了他们平时工作所付出的辛劳，王建六老师在研讨会的发起、筹备等各个方面做了大量的工作：他能够凝聚起全国的专家，能够倾听大家的意见，学术做的很好。十年中，我们欣喜的看到北京大学人民医院盆底重建方面硕果累累。

## 杨欣 北京大学人民医院



女性盆底疾病是一个古老的疾病，经过最近十年的学科发展使我们逐渐和国际接轨，我们有更新更好的方法来为中老年妇女解决病痛，近十年来人民医院盆底疾病有了长足的发展，门诊病人数也越来越多，每年有上千例女性盆底疾病的病人来就诊，年手术量超过了 200 多例，随着学科的发展，我们的学业也越来越精，我们今年是第十届的盆底会议，我们预祝盆底会议圆满成功，也希望我们自己的学业越来越精，能更好的为广大妇女服务！

## 孙秀丽 北京大学人民医院



我们科的盆底工作是从 2003 年在王建六教授的支持下开展的，在院领导和科室主任的支持下经过十余年的努力，取得了较大的成就。在 2011 年 4 月份我们成立了女性盆底疾病诊疗中心，该中心是由妇产科牵头联合泌尿外科、胃肠外科、消化内科、中医科、放射科共同组成，我们对患者是采取综合的诊疗和个体化的治疗模式，中心除了常规的检查以外，还配有自己的尿动力学检查，因为女性盆底疾病患者尿动学的特征和泌尿外科常见的患者是不同的。今后我们将继续努力，希望为中国女性盆底疾病诊疗中心事业贡献自己的力量！

# 经历风雨方见彩虹

北京大学人民医院妇产科 杨欣



盆底疾病是一个古老的疾病，随着人口寿命的延长，盆底相关性疾病也成为影响中老年女性健康的常见疾病，第十期北京大学人民医院女性盆底疾病学习班即将召开，在这个值得庆典的时刻，回顾自己从盆底疾病的门外汉，到目前（自认为）的盆底专家的成长历程，感慨万千。

2003 年我被科室分配去做盆底专业，之前我主要的专业是妇科内分泌及普通妇科，对盆底疾病的认识就是子宫脱垂，只会做经阴道子宫全切除术及传统的阴道前后壁修补术，从此我凭着一腔热情开始学习我的第二个专业。可以说我是伴随着国内盆底疾

病学科的发展而成长的，我感知了国内，科室及个人对于盆底疾病的认知从浅显到国际接轨的历程，在自己从才学疏浅到学业精通的学习转变过程中，磕磕碰碰，一路走来，既有获得成功的喜悦，也有时对新技术漂亮完成的沾沾自喜，也常常会某些难治问题产生深深的不安与忧虑，更是经历过一些失败的手术病例及某些并发症带来的内心深处的痛苦，也曾因为手术并发症的患者的不理解，而对盆底专业产生过动摇甚至想过放弃。

对于初学者来说，盆底疾病的相关理论确实不易理解，加之盆底解剖深在，手术相对有一定的难度，我想谈谈自己学习盆底疾病理论与手术的一些体会。

## 1. 学习并精通各种妇科手术及盆底手术

国外研究调查显示，专业泌尿妇科医生的平均年龄是 50 岁以上，盆底专业的医生应该是能熟练掌握开腹，经阴道及腹腔镜手术的妇产科专业医生。学习并精通传统的经阴道子宫全切除术，及阴道前后壁修补术是进入盆底专业的最低门槛，传统的盆底修复手术是所有新老盆底重建术式的基础，但我们又要正确认识传统盆底修复手术的不足。对重度 POP 患者，如 POP-Q III 期以上的子宫脱垂及阴道前、后壁脱垂患者，以及前次盆底修复手术复发的患者仅简单行传统的盆底修复手术，长期疗效可能是不够的。同时传统手术确实存在为了减少复发，剪除过多的阴道壁组织，导致患者阴道缩短狭窄，影响患者性生活的问题。了解并学习其他各种手术方式，对于个体化实施手术方式很重要。

## 2. 加强盆底疾病相关解剖及修复手术技巧的学习

真正传统的盆底修复手术还应包括利用自身组织修复和悬吊的手术，如骶棘韧带悬吊术（SSLF），高位骶韧带悬吊术等。由于骶棘韧带和高位骶韧带的解剖位置都位于盆腔深部，经阴道行 SSLF 及骶韧带悬吊术存在操作上的难度，在美国借助辅助 Deschamps 针和 Capio 缝合器使 SSLF 缝合简便易行，国内生产的缝合器便宜，但操作不够方便。FDA 推荐的阴道顶端悬吊的金标准手术——骶骨阴道固定术，在中国也尚未广泛推广和使用，随着腹腔镜技术在全国的推广，及腹腔镜手术操作技术的整体提高，经过系统的培训，有望在临床广泛开展经腹腔镜的骶骨阴道固定术（laparoscopic sacral colpopexy,LSC）。目前在国内的非盆底专业的妇科医生，可能普遍存在对阴道顶端缺陷的认识及相关的手术技巧训练，应该首先加强盆底解剖的学习，在术前准确评估盆底缺陷的部位，识别复发的高风险人群，采取适当的手术方法预防阴道穹窿的脱垂，防止手术失败及降低术后复发的风险。

## 3. 合理使用经阴道使用的合成网片

盆底重建手术绝不仅仅是使用阴道合成网片的手术，但经阴道使用网片（transvaginal placement of surgical mesh, TVM）手术也不应全盘否定。网片成品套盒的术前培训帮助我们对比盆底解剖有更好的认识，并使盆底手术简单化，

标准化。美国 FDA 对 TVM 使用的警示也让我们反思并重新思考使用 TVM 的利与弊。美国妇产科学院（ACOG）及美国盆底学会（AUGS）及中国的盆底学组都建议逐步完善和规范妇科医生的 TVM 手术资格认证问题，对于 TVM 手术经验不足的医生，应在使用网片前，进行相关手术适应症，相关解剖及手术技巧的严格培训，而对于有 TVM 经验的盆底专业医生，也应严格掌握网片使用的适应症，防止滥用。提高手术技巧，是减少 TVM 手术并发症的关键，同时一个手术操作不到位的 TVM 手术，依然可能导致手术失败，也不能减少手术后盆底疾病复发的风险。

## 4 加强 POP 患者盆底修复手术术前的知情

盆底疾病包括解剖缺陷和功能障碍，可能涉及性功能，排尿排便功能的异常，仅仅解剖学的复位与纠正并不一定能达到很好的功能改善，而且术后患者的功能康复状态术前难以准确预料，术前患者对手术效果的期望值很高，术前良好的沟通非常重要。

A COG 的盆底器官脱垂临床实践指南特别强调对于有手术治疗指征的 POP 患者，应告知患者有非手术治疗（如子宫托）的选择，同时在行 TVM 前，应告知网片植入存在的潜在风险。

## 5 加强 P OP 手术的随访

虽然目前国内尚无针对新术式，新技术关于并发症，尤其是长期安全性的跟踪观察制度，及不良事件统计汇总及上报制度。但加强手术后患者的随访，在关注患者手术治疗主观与客观满意度的同时，自己能获得各种术式的疗效的准确信息，对并发症发生的情况有客观的记录，并能够及时予以处理，一个能处理各种手术并发症的盆底医生才应该是一个较为成熟的盆底专业医生。

## 6. 学习盆底疾病的专业知识与进展非常重要

精准的专业知识对术前盆底疾病的评估及手术决策非常重要，盆底疾病相关理论在初学时确实难以理解，比如 POP-Q 评分，光听课，一头雾水，只有拿起尺子，测量几个患者，立刻就理解并掌握了该评估方法。我的盆底疾病理论的系统学习是与杨勇教授共同主译“女性泌尿外科学、泌尿妇科学及排尿功能障碍。人民卫生出版社，2007”。当时有很多知识点并不理解，经过实践到理论，再到实践，多次重复，不断思考，理论知识才得以提高。

一个真正的盆底专家不应仅仅是手术匠，深入学习盆底疾病相关知识可以让我们的视野更开阔，认识问题更深入。

## 7. 获得领导的支持与同事的理解

盆底疾病是涉及多学科的复杂疾病，目前我依然认为对于解剖的修复我们获得较为满意的结果，但很多功能的康复并不满意。一个涉及功能性的手术，手术后或多或少的都会有不满意的地方，所以只有获得领导的支持与同事的理解，才可能在科室中顺利并广泛开展盆底疾病的工作。

书山有路勤为径，学海无涯苦作舟，医学是实践性学科，只有勤学苦练，才能练就一身真本事。不经历风雨，怎能见彩虹。

今天我们所取得的一点点成绩，并不代表我们比其他人更优秀，只是我们开展相关的工作更早，经受的磨难更多，由于热爱才能够坚持，由于执着才能够有孜孜不倦的求学精神。我们所经历的失败丰富了我们的经验，使我们有了能力去手术带教，并帮助其他同行解决并处理各种盆底疾病相关并发症。

在此我特别感谢鲁永鲜教授，杨勇教授，他们是我盆底手术的启蒙和带教老师。感谢盆底学组的各位老师，同行在我成长中给予我的帮助。感谢科室领导及王建六主任，他们是我们开展盆底疾病相关工作的坚强后盾，感谢我们的盆底团队。

## 第十届北京大学女性盆底重建与微创手术研讨会

北京大学人民医院自 2005 年举办了第一届盆底重建与微创手术研讨会以来，至 2013 年已连续举办了九届。在前九届的会议中，我们以女性盆底疾病诊治的最新进展为主线，召集国内外盆底专业的精英，就盆底疾病的各个方面尤其是各种手术治疗方法、手术并发症的处理等进行详细介绍及讨论，并结合手术现场演示，已形成独特的风格，成为国内很有影响力的专业研讨会。

2014 年 9 月 18--21 日，北京大学人民医院女性盆底疾病诊疗中心将迎来第十届盆底重建与微创手术研讨会。本次研讨会我们将总结十年来北京大学人民医院在女性盆底疾病诊治方面的心得，结合十年来我们的经验、病例随访等结果进行报告，并请国内外专家及同行进行点评及讨论，同时延续会议的一贯风格进行手术演示，还将对宫腹腔镜在妇科手术中的应用进行专题报告，并进行腹腔镜下妇科恶性肿瘤的手术演示。

## 第十届女性盆底重建与微创手术研讨会会议亮点

### 王建六教授谈：对于本次会议的亮点，主要有以下几点：

国内对于盆底疾病关注有十余年的时间，今年也是北京大学盆底疾病学术研讨会的第十个年头。十年来我们和国内外同行共同学习、共同进步、共同提高，到现在我们对于盆底疾病的诊断、发病机制、临床治疗以及治疗后随访等方面都有了一定的了解。从同行中我们也学到了很多，也掌握了一些方法，同时也有一定的影响力。因此，这十年非常值得总结。对于本次会议的亮点，我认为主要有以下几点：

1、妇科泌尿学与盆底重建外科是近年来备受国内外关注的一门新的学科领域。它是涉及妇产科、泌尿外科、肛肠外科与消化内科等学科之间的交叉学科。北京大学人民医院女性盆底疾病诊疗中心为加强学科间的横向联合，方便患者就医，并促进该学科领域的发展作了一些工作和探索。在会上会进行分享，希望国内外的专家给与指导。

2、. 本次会议设置了，PFD 的治疗经验分享、PFD 病情评估经验分享、临床热点问题、等几个主要专题。分别请到了朱兰、张晓薇、宋岩峰等知名专家主讲。同时每个专题都有两到三名专家根据主题发表观点、进行点评。跟过去的传统的模式有很大不同，这样更利于大家畅所欲言、各抒己见进行充分的沟通和交流。

3、对于手术实况直播的调整，每天精选 3-4 台经典的值得临床推广的手术，在直播间进行直播，这样术者的精彩手术可以非常直观清晰的展现给广大学员，同时专家可以根据手术进行同步的讲解，使学员通过手术画面和同步讲解更加有效的学习手术方法和了解该手术过程中的难点和要点。比起专家笼统地回顾自己以前的手术录像效果要更好、更直观、更有现场感

4、本次研讨会邀请到了应用网片的全盆底重建手术的鼻祖法国 Lille 大学医院妇科手术主任 Michel Cosson 和美国的知名专家来展示分享手术直播视频，同时和我们中国的医生进行交流。我们的参会代表可以不用出国就可以领略到来自于欧洲和北美地区的领域进展和手术技巧。相信通过此次大会，大家一定会来有所学，学有所获。不虚此行

## 北京大学人民医院女性盆底疾病诊疗中心及疑难复杂疾病会诊中心



妇科泌尿学与盆底重建外科是近年来备受国内外关注的一门新的学科领域。它是涉及妇产科、泌尿外科、肛肠外科与消化内科等学科之间的交叉学科。其主要包括女性尿失禁（Urinary incontinence, SUI）和盆腔器官膨出（Pelvic organ prolapsed, POP）。为了更好的推进女性盆底疾病诊治工作，加强学科间的横向联合，方便患者就医，并促进该学科领域的快速发展，北京大学人民医院女性盆底疾病诊疗中心于 2011 年正式成立，我国著名妇产科专家郎景和院士和卫生部医政司、中华医学会等领导为诊疗中心揭牌。该中心由妇产科、肛肠外科、泌尿外科、消化科、神经内科、放射科及中医科的多名专家组成。中心负责人为全国女性盆底疾病学组副组长王建六教授，他在女性盆底疾病的诊治方面有丰富的经验，是本学科专业的全国领军人物。



本中心强调综合性、多学科、共同诊治，真正做到从诊断到治疗的多元化，为广大的盆底器官脱垂及尿失禁患者提供了安全、快速、全面、高质量的诊疗服务。

中心自成立以来，做了大量工作。举办了第七届和第八届全国盆底疾病手术研讨会，培训学员 1000 余人，涵盖国内 20 多个省市自治区；每年定期举办 2 期盆底手术手拉手培训班，帮助从事本专业的高年资医生提高理论水平和手术技巧。有力的推动了该领域的发展。

北京大学人民医院盆底疑难复杂病例会诊中心，面向全国，接待来自全国各级医院的疑难病例及复发病例的会诊及治疗。本中心成立以来，成功诊治了多例来自全国各地的疑难复杂病例，解除了病患的痛苦，积累了较为丰富的经验。为了更好的为广大患者服务，特别是疑难复杂的盆底疾病患者，欢迎广大同行咨询、共同商讨疑难病例的诊治方案。

联系方式：妇产科在网上咨询或 sunxiuli@pkuph.edu.cn, 联系人 孙秀丽

中国妇产科在线盆底诊疗中心页面链接：<http://www.cogonline.com/meeting/2013/pdzlzx/index.htm>

## 北京市女性盆底疾病沙龙

为探讨及交流女性盆底疾病诊治中的疑难杂症问题，提高从业人员的专业水平，北京市医师协会妇产科分会、北京大学人民医院女性盆底疾病诊治中心王建六教授发起并组织北京市女性盆底疾病沙龙，计划每季度举办一次，每次探讨一个问题，邀请北京盆底专家进行讨论，搭建北京市女性盆底疾病专业医生学术交流平台。截止目前北京女性盆底沙龙已经连续举办七期：

### 第七期主题：盆底重建手术是否需要切除子宫

第七期北京市女性盆底沙龙于 2014 年 8 月 13 日在北京宝岛妇产医院如期召开，由北京宝岛医院余坚忍院长详细分析生殖道脏器脱垂的手术治疗，指出盆底物理康复治疗是生殖道脏器脱垂的第一线治疗，也是兼顾脱垂的预防与治疗，优势是比较安全，改善盆底解剖与功能。同时，北京大学人民医院妇科安芳给大家展示了国外文献“治疗压力性尿失禁的尿道中段吊带价值评估”，带来了最新的国际前沿学术动态。同时针对本期主题展开了详细的讨论。



### 第六期主题：前盆腔缺陷的诊治

第六期北京市女性盆底沙龙于 2014 年 5 月 14 日在北京大学第一医院举行。本期来自北京大学第一医院的陆叶教授针对前盆腔缺陷的诊治案例进行讨论，众专家针对前盆腔缺陷的手术方式，如何防止复发及复发后处理等积极发言，各抒己见，共同探讨。



### 第五期主题：年轻盆底器官脱垂患者的治疗选择

第五期北京市女性盆底沙龙于 2014 年 2 月 19 日在北京大学第三医院召开，本期的主题是“年轻盆底器官脱垂患者的治疗选择”，北医三院妇产科韩劲松教授作为主讲专家主持授课，北医三院主治医师张坤医生以曼氏手术为例，现存的术式基本为改良曼氏手术，适用于 POP-Q 子宫脱垂 II 度以上，伴宫颈延长，且无子宫病变，不存在阴道前后壁重度脱垂的患者，特别适用于宫颈延长且以子宫脱垂为主要表现、要求保留子宫的年轻人。以本病例为引，介绍可应用于年轻盆底脏器脱垂的相关术式展开热烈讨论。



### 第四期主题：生物补片在盆底器官脱垂中的应用

第四期北京市女性盆底疾病沙龙于 2013 年 11 月 11 日在北京北京大学人民医院召开，本次主题由北大人民医院孙秀丽副教授针对生物补片在盆底器官脱垂中的应用进行主讲。孙秀丽副教授对生物补片（猪小肠粘膜下层制作，Surgisis）的生物学特性、国外用于盆底重建术的经验及随访进行介绍。Surgisis 在国外用于盆底重建术已有近十年，

随访结果有效率不一，最好的结果是成功率 90%。国内目前只有北京大学人民医院在进行该方面的尝试，已完成 20 余例，最长随访时间 18 个月，疗效满意。然后结合手术录像讲解应用 Surgisis 的盆底重建术的手术步骤。与会专家们对该应用 Surgisis 手术的适应症的选择、手术方式及并发症的处理等进行了讨论。



### 第三期主题：盆底器官脱垂手术方式选择及技巧(病例分析)

第三期北京市女性盆底疾病沙龙于 2013 年 8 月 19 日在北京医院召开，本次沙龙由北京医院张毅教授主讲，探讨“盆底器官脱垂手术方式选择及技巧”，同时结合北京医院妇科 POP 病例进行总结分析，会议开始由北京医院妇产科吕秋波教授对 POP 病例进行介绍，主要讲解了阴道前后壁“桥”式修补及阴道旁修补，并播放手术录像。张毅教授就手术方式选择及技巧进行详细讲解，结合病例的手术录像进行直观地分析探讨。在场的专家们对不同部位、不同程度的盆底器官脱垂手术方式的选择及并发症的处理等进行了讨论。



### 第二期主题：中盆腔脱垂的手术治疗——高位骶韧带悬吊术（经阴道及经腹腔镜）

第二期盆底沙龙于 2013 年 6 月 20 日在北京解放军总医院第一附属医院（304 医院）召开，由鲁永鲜教授主持，由鲁永鲜教授对经阴道高位骶韧带悬吊术的方法、适应症、相关文献进行介绍，并播放手术录像。韩劲松教授讲解了经腹腔镜下的高位骶韧带悬吊术的适应症、手术技巧，并进行了手术录像演示。接下来与会专家们对高位骶韧带悬吊术的适应症的选择、手术方式及并发症的处理等进行了讨论。沙龙气氛热烈，通过探讨对高位骶韧带悬吊术的相关问题达成统一认识。



### 第一期主题：骶前固定术

2013 年 4 月 25 日第一期北京市女性盆底疾病沙龙在北京大学人民医院召开。此次沙龙主题为“骶前固定术”会议首先由王建六教授对骶前固定术的方法、适应症进行介绍，并播放了手术录像，复习了相关文献，对骶前固定术的临床疗效进行总结。与会专家们对骶前固定术的适应症的选择、手术方式及并发症的处理等进行了讨论。



## 北京大学人民医院女性盆底疾病诊疗中心 第八期“盆底疾病手拉手培训班”通知

为促进女性盆底疾病诊治新理论及新技术的普及与提高，北京大学人民医院女性盆底疾病诊疗中心将于在 2014 年 10 月 13 日至 17 日举办第八期盆底手拉手学习班，计划招收学员 12 名。

### 培训主要内容：

一、理论授课：由本中心专家进行专题讲座，包括：盆底解剖、POP-Q 分期、尿动力学、盆底超声、影像学在 PFD 中的应用、非手术治疗、手术方式的选择、常用手术讲解、并发症处理、OAB 的治疗、直肠前突的诊治等；二、手术操作：学员可在专家指导下演练模型及手术操作；三、参观盆底训练治疗及尿动力学检查。

培训地点：北京大学人民医院妇科

地址：北京市西城区西直门南大街 11 号

费用及缴费方式：人民币 3000 元/人（住宿自理），请于开班前两周将报名费汇入以下账户：4367420010950270942，

开户行：中国建设银行展览路支行，孙秀丽

签到地点：北京大学人民医院住院部 3B 资料室

具体地址：北京西城区西直门南大街 11 号卫生部对面（地铁 2、4 号线西直门站）

### 签到时请携带：

- 1) 医师资格证和执业证原件及复印件
- 2) 单位介绍信
- 3) 1 寸白底彩色照片 1 张

联系人：乔凌 孙秀丽 联系电话：88324385（乔凌）

邮箱：乔玲 rmyy\_ql@sina.com

孙秀丽 sunxiuli918@126.com

注：汇款后请短信通知，留好单据报道时出示，如需帮助联系住宿请提前告知北京大学女性盆底疾病诊疗中心

《中国妇产科临床杂志》社

2014-5-20



## 北京大学人民医院妇产科

### 科室概况

北京大学人民医院妇产科于 1942 由著名妇产科专家林巧稚教授创建，经历几代妇产科医护人员的努力，目前已成为教育部、211 工程重点学科，卫生部临床重点专科，国家硕士、博士学位授予点。形成了以妇科恶性肿瘤、微创手术、盆底疾病、高危妊娠诊疗、不孕不育诊治为临床特色的大型临床医学科，居国内领先地位。

妇产科分临床和基础研究两部分，临床部分包括妇科、产科、计划生育和生殖医学室三个亚科室；基础研究部分包括妇科肿瘤研究室和妇产科实验室。目前共有床位 186 张，主任医师 25 人，副主任医师 24 人，主治医师 12 人，住院医师 15 人。

优秀的人才梯队支撑起的日臻壮大的科室，推动着妇科不断向前发展。目前在王建六主任的领导下，团结全科医护人员，秉承严谨，积极向上的优良传统，向国际一流学科迈进。



### 妇科

妇科学科以妇科肿瘤、盆底疾病诊疗和微创技术为重点，年诊治门诊患者 15 万余人次，住院患者 5 千余例，手术 3 千余台，成立了妇科肿瘤中心、盆底疾病诊疗中心，在处理复杂疑难病例方面，积累了丰富的经验。

**妇科肿瘤：**学科专业以妇科肿瘤为重点，在国家级和省部级课题资助下，以卵巢癌、子宫内膜癌、宫颈癌的早期诊断及个体化治疗为突破点，开展了各种妇科恶性肿瘤的综合治疗（手术、放疗、化疗）研究，获得了巨大进展，使晚期及复杂疑难癌症患者的生存率及生活质量明显提高。获国家科技成果奖 1 项、部级科技奖 6 项，国际及国家级发明专利 4 项，达国内领先、国际先进水平。

**微创手术：**将腹腔镜及宫腔镜微创技术广泛应用于妇科疾病的治疗，近 10 年来又将微创技术应用于妇科恶性肿瘤的手术治疗，手术创伤小，恢复快，疗效好。2010 年获卫生部四级内镜培训基地并定期举办妇内镜学习班，推动了妇科腹腔镜技术的发展。

**盆底疾病：**作为国内较早发展盆底疾病诊疗的医院，开展多种新的术式，并率先成立女性盆底疾病诊疗中心，探索多学科“一站式”综合诊疗模式，获部级科技成果二等奖，临床及科研均在国内处于领先地位，连续 10 年举办妇科泌尿学与盆底重建手术研讨会，推广新理念，开展新技术，在国内 26 个省市自治区已培训学员 3000 余人，有力推动了我国女性盆底疾病诊疗工作。



### 产科

科室现共有床位 49 张，年门诊量近 10 万例次，年分娩总数达近 3000 例。科室在围产保健、产前诊断、妊娠合并症和疑难重症抢救等方面积累了丰富的经验。成为北京市产前诊断中心、北京市高危孕产妇转会诊中心，特别是在妊娠合并血液系统疾病、免疫疾病、产前筛查及诊断方面，妊娠高血压疾病规范等方面，具有显著的临床特色。

本学科具有完善的产前保健系统及高危妊娠管理制度，数十年进行孕期健康教育及产后指导，已成为学科特色之一。



### 计划生育与生殖医学

临床、科研和教学为一体，在国内享有较高知名度的不孕症和计划生育诊疗中心。拥有国内著名的生殖医学及计划生育治疗专家和高级专业技术队伍，每年诊治大量来自全国各地的不孕症和计划生育疑难杂症病人。

将显微外科的手术理念引入不孕症的微创手术，对输卵管积水、结核、阻塞、节育术后等各种输卵管性不孕积累丰富经验，可行输卵管修复、吻合，盆腔粘连松解等较高难度手术。目前生殖医学中心每年可行 2000 多个新鲜胚胎移植周期，妊娠率达 40% 以上，达到国内外先进水平。



### 科研

妇产科获得 863, 国家科技支撑计划，十二五计划以及国家自然科学基金等 224 项，总经费 6060 万元，系统研究了卵巢癌疫苗研发、耐药基因筛选、晚期复发卵巢癌手术治疗，子宫内膜癌发病机制、分子分型、预后预警模型建立和内分泌治疗，宫颈病变及宫颈癌筛查、早诊以及 HPV 疫苗临床试验，盆底疾病 3D 解剖模型建立，胎儿先天性心脏病筛查和早期诊断、妊娠合并血液病发病机制，不孕症发病相关因素等。发表文章 1098 篇，其中 SCI 75 篇，获科技成果 18 项，国家发明专利 4 项，主编专业著作 32 部。



注重对外交流，无论是国内还是国际的学术交流活动中都有妇产科医护人员活跃的身影。近年来，妇产科与美国、德国、法国和瑞典等国际知名大学妇产科密切交流、合作，促进了学科发展。

在学科发展、对外交流的同时，科室也搭建了学术交流平台，创办了《中国妇产科临床杂志》和《医学参考报妇产科学频道》。为国内外广大妇产科医生和医学院校研究人员搭建了专业化，国际化的学术交流平台。

### 教学

妇产科具有优良的教学传统，数十年来，几代人不断探索创新，积累了丰富的教学经验，取得了丰硕的教学成果，特别是在教学模型、模具研发方面，获得实用型专利 5 项，2007 年妇产科获得北京市精品课程。2009 年获得国家级精品课程，2013 年获得国家级精品课程共享平台建设项目。发表教学相关论文 20 余篇，主编（副主编）教材类专著 7 部。



### 科室文化

在丰富多彩、积极向上的文化氛围中工作、学习，大家相互传递正能量，增强科室凝聚力，激发团队精神，每个人都在集体的影响下不断进步，科室文化成了科室发展取之不竭的精神源泉！

