

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2022.03.011

电针联合盆底肌锻炼治疗产后压力性尿失禁临床观察

马佳佳

汝州市人民医院儿童康复科,河南汝州 467500

摘要 **目的** 探究电针联合盆底肌锻炼治疗产后压力性尿失禁的临床疗效。**方法** 将 124 例产后压力性尿失禁患者随机分为观察组和对照组,每组 62 例。对照组给予盆底肌锻炼治疗,观察组在对照组基础上给予电针治疗。2 组均治疗 2 个月。比较 2 组临床总有效率,尿失禁问卷表简表(incontinence questionnaire-short form,ICI-Q-SF)评分,盆底肌 I 类、II 类肌纤维肌力评分,尿动力学参数以及 1 h 尿垫试验漏尿量。**结果** 治疗后,观察组总有效率为 95.16%,显著高于对照组的 85.48%($P<0.05$)。2 组 ICI-Q-SF 评分、1 h 尿垫试验漏尿量均较治疗前降低($P<0.05$),且观察组明显低于对照组($P<0.05$)。2 组 I 类、II 类肌纤维肌力评分、尿动力学(PQmax、PVLP、PMUC、PMU 等)参数均升高,且观察组上述指标均高于对照组($P<0.05$)。**结论** 电针联合盆底肌锻炼治疗产后压力性尿失禁可提高临床疗效,改善患者症状和生活质量,提高盆底肌肌力和尿动力学指标。

关键词 产后压力性尿失禁;遗尿;盆底肌锻炼;电针

中图分类号 R246 **文献标志码** A

压力性尿失禁(stress urinary incontinence,SUI)是妊娠及分娩后的常见妇科泌尿系统疾病,患者常在腹压增加时(打喷嚏、大笑、咳嗽等)发生尿液不自主流出,其发病与高龄妊娠、多次分娩、会阴裂伤及高身体质量指数(body mass index,BMI)等因素有关^[1]。虽然部分产后 SUI 可自愈,但调查发现约 50% 妊娠期女性存在 SUI 症状,其中约 20% 于分娩后 1 年内仍存在不同程度尿失禁,严重影响产后恢复和身心健康^[1]。研究指出,盆底肌锻炼可改善产后 SUI 漏尿症状,提高患者生活质量;但由于其需要较长时间地坚持锻炼,多数产妇未能严格按照要求执行,导致治疗效果不佳。近年来,电针治疗 SUI 得到广泛应用,且取得了较好的临床效果。基于此,本研究探讨电针联合盆底肌锻炼治疗产后 SUI 的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2018 年 1 月—2019 年 11 月于本院接受治疗的产后 SUI 患者 124 例,按照随机数字表法分为观察组和对照组,每组 62 例。观察组年龄 24~35 岁,平均(28.63±1.17)岁;病程 2~7 周,平均(5.23±0.16)周;经产妇 39 例,初产妇 23 例;BMI 23.6~27.5 kg/m²,平均(25.17±0.34)kg/m²;合并阴道侧切 15 例,合并阴道撕裂 22 例;阴道分娩 49 例,剖宫产

13 例。对照组年龄 25~37 岁,平均(29.15±1.23)岁;病程 1.5~7 周,平均(5.06±0.17)周;经产妇 37 例,初产妇 25 例;BMI 23.9~28.1 kg/m²,平均(25.32±0.41)kg/m²;合并阴道侧切 14 例,合并阴道撕裂 23 例;阴道分娩 50 例,剖宫产 12 例。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:年龄 20~40 岁;符合《女性压力性尿失禁诊断和治疗指南(2017)》^[2]中的诊断标准;产后 6~8 周;单胎妊娠;足月妊娠;于本院建档并进行孕期检查;患者及家属签署知情同意书。

排除标准:既往盆腔手术史;合并泌尿系统疾病;妊娠前存在 SUI;合并阴道感染性疾病;合并精神类疾病、无法配合治疗者。

1.3 治疗方法

对照组给予盆底肌锻炼。①Kegel 运动:产妇取平卧位,深呼吸,全身放松,双腿屈曲并分开,吸气时收缩肛门、尿道,持续 2~3 s,呼气时放松,持续 2~3 s,反复进行 5~10 min,1~2 次/d,根据耐受度调整每次持续时间和次数,循序渐进,可增加收缩时间至 5~10 s,10~15 min/次。②阴道哑铃训练:根据盆底肌肌力测试结果选择合适的阴道哑铃,指导产妇将阴道哑铃置于距阴道口约 2 cm 处,保持阴道哑铃夹紧的

状态,然后尝试坐位、站位、爬楼梯等体位,10 ~ 15 min/次,1 次/d。上述锻炼共进行 2 个月。

观察组在对照组基础上给予电针治疗。取穴气海、子宫、足三里、中极、三阴交、八髎(上髎、次髎、中髎、下髎),治疗前排空膀胱,取仰卧位,针刺部位常规消毒,使用华佗牌一次性针灸针(0.35 mm×40 mm),气海向关元方向斜刺 35 mm,中极向曲骨方向斜刺 35 mm,子宫直刺 25 mm,足三里直刺 25 mm,三阴交直刺 25 mm,针刺得气后采用平补平泻法行针,后采用华佗牌 SDZ-II 型电针治疗仪,每次随机连接 2 个穴位,采用疏密波,频率 2 Hz/15 Hz,强度 5 mA,根据患者耐受程度调节,以患者感到舒适为宜,治疗 30 min。上述治疗结束后,患者取俯卧位,常规消毒针刺部位,选用华佗牌一次性针灸针(0.35 mm×75 mm),直刺八髎穴,得气后平补平泻,然后连接电针仪,每次于两侧各取 2 个穴位,电针仪参数同上,治疗 30 min。上述治疗 1 次/d,隔天 1 次。共治疗 2 个月。

1.4 观察指标与疗效评价标准

①采取尿失禁问卷表简表(incontinence questionnaire-short form,ICI-Q-SF)评价尿失禁程度,包括漏尿频率、漏尿量、对生活质量的影 响等内容,共 21 分,分值越高表示尿失禁越严重。

②分别于治疗前后采用手法盆底肌力测试法检测 I 类、II 类肌纤维肌力,具体方法如下:患者取半坐位,充分暴露外阴,常规消毒外阴及下腹部,医者佩戴一次性医用手套,一只手轻压患者腹部,另一只手中指及食指蘸取润滑剂,缓慢进入阴道,嘱咐患者用最大力气收缩阴道,I 类肌纤维肌力评分以肌肉收缩持续时间作为评分依据,0 分:无收缩动作;1 分:能感觉到轻微收缩,但不能持续;2 分:感觉到明显的肌肉收缩,持续 2 s;3 分:肌肉收缩能使手指向上向前运动,持续 3 s;4 分:肌肉收缩有力,能抵抗手指运动,持续 4 s;5 分:收缩有力,能持续对抗手指运动,持续≥5 s;II 类肌纤维肌力评分以 6 s 内完成阴道收缩和放松次数为依据,0 分:无收缩;1 分:完成 1 次;2 分:完成 2 次;3 分:完成 3 次;4 分:完成 4 次;5 分:完成≥5 次;分值越高,表示肌纤维肌力越好^[3]。

③测量并记录 2 组患者尿动力学参数,包括最大尿流率时逼尿肌压力(PQmax)、Valsalva 漏尿点压(PVLP)、尿道最大闭合力(PMUC)、尿道最大测量压(PMU),具体方法如下:采用 UDS64-III 型尿动力检查仪(Laborie 公司),按照国际尿控协会技术规范,患者取仰卧位,充分暴露外阴,常规消毒,经尿道向膀胱插入 F8 号三腔测压管后,取坐位,外接尿流动力检查

仪,通过三腔测压管向膀胱内灌注无菌常温生理盐水,流速为 50 mL/min,当注入 200 mL 或患者出现强烈尿意时,嘱患者行 Valsalva 动作或咳嗽,记录发生漏尿时最低膀胱压力,即 PVLP,同时记录 PQmax;后进行静止期尿道压力分布测定,灌注速度 2 mL/min,拉杆速度 1 mm/s,记录 PMU、PMUC。

④比较 2 组治疗前后 1 h 尿垫试验漏尿量,按国际尿控协会推荐流程完成 1 h 尿垫试验,阳性为漏尿量≥2 g;轻度为 2 g<漏尿量≤5 g;中度为 5 g<漏尿量≤10 g;重度为漏尿量>10 g;漏尿量越大表示症状越严重。

⑤参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]结合 1 h 尿垫试验评价 2 组临床疗效,治愈:临床症状完全消失,无漏尿;有效:临床症状基本消失,治疗后漏尿量减少≥75%;显效:临床症状有所改善,漏尿量减少 25%~74%;无效:临床症状未改善或加重,漏尿量减少<24%。漏尿量=[(治疗前漏尿量-治疗后漏尿量)/治疗前漏尿量]×100%。总有效率=[(治愈+显效+有效)例数/总例数]×100%。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 19.0 统计软件分析处理数据,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组总有效率比较

治疗后,观察组总有效率为 95.16%,显著高于对照组的 85.48%(*P*<0.05)。见表 1。

表 1 2 组临床总有效率比较(*n*=62,例,%)

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	26	15	12	9	53(85.48)
观察组	32	19	8	3	59(95.16) [△]

与对照组比较[△] *P*<0.05

2.2 2 组 ICI-Q-SF 评分及 1 h 尿垫试验漏尿量比较

治疗后,2 组 ICI-Q-SF 评分、1 h 尿垫试验漏尿量均较前降低(*P*<0.05),且观察组上述指标均明显低于对照组(*P*<0.05)。见表 2。

2.3 2 组盆底肌 I、II 类肌纤维肌力评分比较

治疗后,2 组 I、II 类肌纤维肌力评分均升高(*P*<0.05),且观察组上述评分均高于对照组(*P*<0.05)。见表 3。

表 2 2 组患者 ICI-Q-SF 评分及 1 h 尿垫试验漏尿量比较($n=62, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	ICI-Q-SF 评分(分)	1 h 尿垫试验漏尿量(g)
对照组	治疗前	11.06±2.28	8.67±1.27
	治疗后	4.52±0.83*	2.85±0.83*
观察组	治疗前	11.14±2.31	8.74±1.46
	治疗后	2.08±0.23* [△]	0.93±0.28* [△]

与治疗前比较* $P<0.05$;与对照组比较[△] $P<0.05$

2.4 2 组尿动力学参数比较

治疗后,2 组 PQmax、PVLP、PMUC、PMU 等尿

表 4 2 组患者尿动力学参数比较($n=62, \text{kPa}, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	PQmax	PVLP	PMUC	PMU
对照组	治疗前	3.67±1.14	8.11±2.06	6.11±1.31	6.25±1.37
	治疗后	4.28±1.26*	9.47±4.57*	7.34±1.47*	7.20±2.23*
观察组	治疗前	3.71±1.13	8.26±2.11	6.04±1.29	6.31±1.40
	治疗后	5.62±1.33* [△]	12.36±5.27* [△]	8.28±2.72* [△]	8.58±2.41* [△]

与治疗前比较* $P<0.05$;与对照组比较[△] $P<0.05$

3 讨论

产后 SUI 是产妇常见病,患者多在大笑、打喷嚏等腹压增高的情况下出现漏尿,给患者生活带来极大不便。同时由于产后角色的转变、家庭支持不足以及雌激素水平的变化等因素影响,产后 SUI 患者抑郁、焦虑的发生率超过 50%^[5-6]。近年来,随着生育政策改变,高龄产妇数量明显增加,剖宫产率也明显上升,以上种种原因导致产后 SUI 发病率呈升高趋势。

目前关于产后 SUI 的治疗尚未形成统一标准,临床多提倡三级预防,即病因预防、产后筛查、早期治疗。由于多数患者对本病缺乏足够认识,前两级预防的效果较为一般,临床压力主要集中在治疗方面。目前西医治疗产后 SUI 以手术和保守治疗为主,但由于手术治疗存在一定创伤,多数患者仍以保守治疗为主,包括盆底肌训练、生物反馈联合电刺激、盆底磁刺激、核心肌康复训练等。盆底肌训练是内科保守治疗的首选方案,由美国医师阿诺·凯格尔提出,需要患者有意识地进行耻骨-尾骨肌和耻骨-直肠肌的收缩-舒张锻炼,以促进子宫平滑肌、尿道括约肌等收缩,加强子宫韧带、盆底筋膜、膀胱-宫颈韧带的张力,提高盆底肌肌力,加快骨盆愈合。本方法适合产妇在家中自行锻炼,但由于产后角色改变、照顾新生儿等原因,其依从性并不高,进而导致效果并不十分满意^[7]。

中医学中并无“产后 SUI”的病名,根据临床表现,

动力学参数均升高($P<0.05$),且观察组上述参数均高于对照组($P<0.05$)。见表 4。

表 3 2 组患者盆底肌 I、II 类肌纤维肌力评分比较($n=62, \text{分}, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	I 类肌纤维肌力评分	II 类肌纤维肌力评分
对照组	治疗前	2.06±0.12	1.27±0.08
	治疗后	2.38±0.22*	1.92±0.17*
观察组	治疗前	2.11±0.14	1.31±0.10
	治疗后	3.58±1.27* [△]	3.11±0.25* [△]

与治疗前比较* $P<0.05$;与对照组比较[△] $P<0.05$

可将其归属于“遗溺”“遗尿”等范畴。《诸病源候论》指出“因产用气,伤于膀胱,而冷气入胞囊,胞囊缺漏不禁小便,故遗尿”,说明古代医家已认识到分娩是导致产后遗尿的主要原因之一。《济阴纲目》云:“妇人产蓐,产理不顺,致伤膀胱,遗尿无时”,《证治准绳·女科》曰:“产妇小水淋漓或时自出,用分利降水之剂二年不愈,余以为肺肾之气虚”;由此可见,中医学认为本病多是由于分娩过程耗伤气血,肾虚不固,膀胱开合失职或气血虚弱,气虚不能约束津液所致,也有产妇因感受外邪而发,实为本虚标实之证,病变主要在肾,与肺、膀胱、胞宫、脾等密切相关。

目前,针刺治疗产后 SUI 临床应用较为广泛。通过循经取穴,可疏通经络、益气固摄,增强盆底肌紧张度,促进肌肉及神经组织再生。本研究观察组在对照组基础上加用电针治疗,电针将传统针刺与现代电刺激相结合,可增强单纯针刺效果。因本病病机以虚为主,故针刺以补法为宜,针刺气海、中极可补肾健脾、调整下焦气机,温阳固尿;足三里可补益气血,三阴交利水行气;上述穴位合用,可起到补肾健脾、行气摄尿之功效。八髎穴为背部重要腧穴,可通调水道、清利下焦、疏通气机、调节肾与膀胱开合,如《针灸大成》记载:“次髎主小便赤淋,中下髎主小便不利”。八髎穴位于腰骶部,分别对应双侧第 1~4 骶后孔,为排尿反射的脊髓中枢,通过刺激神经反馈通路,可提高神经兴奋性,促进肌肉修复^[8]。

本研究治疗后,观察组总有效率 95.16% 高于对照组的 85.48%,说明电针可提高总体治疗效果。ICI-Q-SF 评分可客观反映患者的临床症状及对生活质量的影响^[9];治疗后,观察组 ICI-Q-SF 评分低于对照组,说明电针有助于改善漏尿,提高生活质量。Ⅰ类、Ⅱ类肌纤维肌力是反映盆底肌肌肉收缩能力的客观指标,利用手法盆底肌力测试可测量治疗前后盆底肌肌力变化。PQ_{max} 为尿动力学重要指标,过低表示尿道可能存在狭窄、梗阻;PVL_P 反映开放尿道所需的逼尿肌压力;PMUC、PMU 为尿道最大闭合力、尿道最大测量压,可反映尿道闭合所需压力;上述尿动力学指标是反映尿道是否存在梗阻及尿道压力的客观依据^[10]。本研究治疗后,观察组盆底肌肌力、尿动力学各项指标均高于对照组,说明电针有助于改善盆底肌肌力及尿动力学指标。1 h 尿垫试验要求患者在主观抑制排尿前提下,经特定运动后,观察尿液漏出造成的尿垫重量增加,是评价治疗效果的客观指标之一^[11]。治疗后观察组 1 h 尿垫试验漏尿量明显低于对照组,说明电针治疗效果更优。

综上,电针联合盆底肌锻炼治疗产后 SUI 可提高盆底肌肌力评分及尿动力学参数,改善临床症状,提高生活质量,值得推广。

参 考 文 献

[1] 赵璇,任志红. 产后压力性尿失禁发病的相关因素及防治

对策分析[J]. 中国妇幼保健,2019,34(12):26-28.

- [2] 中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组. 女性压力性尿失禁诊断和治疗指南(2017)[J]. 中华妇产科杂志,2017,52(5):289-293.
- [3] 杨丽,刘华,史宏晖,等. 产后 6 周手法盆底肌力测试的可靠性及与 sEMG 的相关性[J]. 中国妇幼保健,2017,32(22):5527-5530.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:385.
- [5] 盛琼. 女性压力性尿失禁患者负性情绪影响因素分析[J]. 浙江临床医学,2014,16(2):280-281.
- [6] 刘志梅,王春. 产后压力性尿失禁患者性心理状况及影响因素研究[J]. 中国性科学,2019,28(2):150-153.
- [7] 谷瑞芮. 产后压力性尿失禁妇女盆底肌训练依从性及影响因素研究[D]. 北京:北京协和医学院,2019.
- [8] 苏婉祯,钟伟泉,唐纯志. “八髎穴”配合 Kegel 运动治疗女性压力性尿失禁的临床研究[J]. 中医药导报,2019,258(6):109-110,118.
- [9] 张蕊,曹霞,王莲莲. 分娩方式对产后压力性尿失禁妇女 ICI-Q-SF 问卷得分影响[J]. 现代中西医结合杂志,2012,21(8):860-860.
- [10] 汤尧,陈广瑜. 尿动力学检查诊断女性压力性尿失禁的价值分析[J]. 中国实用医药,2016,11(19):59-60.
- [11] 程学军. 尿垫试验对女性尿失禁的实用性评估[J]. 国外医学(妇产科学分册),2005,32(3):71-72.

(收稿日期:2021-08-19)

(上接第 185 页)

共奏补肾疏肝、益气缩尿之功效。本研究结果显示,治疗后,观察组 FUSS 评分及 QOL 评分均显著低于对照组,且临床总有效率高于对照组,说明应用固泉贴联合疏肝益肾汤加减在改善 FUS 患者临床症状及生活质量方面效果更好。综上所述,固泉贴穴位敷联合疏肝益肾汤加减治疗肾虚型 FUS 的临床疗效明显优于单用疏肝益肾汤,能更好地改善患者生活质量,且简便易行,无毒副作用,值得临床推广。

参 考 文 献

[1] 中华医学会. 临床诊疗指南·泌尿外科分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:10-11.

- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京:中国中医药出版社,2016:42-43.
- [3] 王丽珍,王江,张鹏,等. 固泉贴治疗女性压力性尿失禁[J]. 辽宁中医杂志,2013,40(11):2280-2283.
- [4] 付滨,谭泽云,刘东文,等. 缩泉胶囊治疗女性尿道综合征(肾气虚证)随机双盲多中心对照试验[J]. 时珍国医国药,2017,28(12):2958-2960.
- [5] 陈巍杰,李海松,姜域城. 舍曲林对女性尿道综合征患者认知功能及生存质量影响分析[J]. 中国妇幼保健,2015,30(33):5927-5928.
- [6] 陈洁,盛梅笑. 女性尿道综合征中医治疗进展[J]. 辽宁中医药大学学报,2021,23(4):172-175.

(收稿日期:2022-01-07)