

# 盆底康复治疗女性压力性尿失禁的疗效体会

朱丽锦

北流市人民医院 广西北流 537400

**【摘要】目的** 探讨盆底康复治疗女性压力性尿失禁的疗效。**方法** 将我院2016年1月到2018年9月的80例女性压力性尿失禁患者,随机分组,单一治疗组给予单一锻炼盆底肌肉治疗,综合治疗组采取锻炼盆底肌肉联合生物电刺激疗法治疗。比较两组对康复效果的满意评价;压力性尿失禁症状改善时间、压力性尿失禁症状消失的时间;治疗前后盆底功能评分、生活质量;性生活障碍发生率。**结果** 综合治疗组对康复效果的满意评价、盆底功能评分、生活质量、压力性尿失禁症状改善时间、压力性尿失禁症状消失的时间、性生活障碍发生率对比单一治疗组有优势,  $P < 0.05$ 。**结论** 女性压力性尿失禁患者实施锻炼盆底肌肉联合生物电刺激疗法治疗效果确切。

**【关键词】** 盆底康复; 女性压力性尿失禁; 疗效

**【中图分类号】** R694

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 2095-9753 (2019) 01-032-02

女性压力性尿失禁在临床上发生较为常见,而引起女性压力性尿失禁的因素较多,如妊娠导致盆腔结构变化、手术等,女性压力性尿失禁可影响女性健康和生活质量,因此对于女性压力性尿失禁进行早期康复治疗十分重要<sup>[1-2]</sup>。本研究将我院2016年1月到2018年9月的80例女性压力性尿失禁患者,随机分组,单一治疗组给予单一锻炼盆底肌肉治疗,综合治疗组采取锻炼盆底肌肉联合生物电刺激疗法治疗,比较两组对康复效果的满意评价;压力性尿失禁症状改善时间、压力性尿失禁症状消失的时间;治疗前后盆底功能评分、生活质量;性生活障碍发生率,分析了锻炼盆底肌肉联合生物电刺激疗法治疗女性压力性尿失禁的临床效果,具体如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 资料

将我院2016年1月到2018年9月的80例女性压力性尿失禁患者,进行随机数字表分组综合治疗组年龄21~48 (29.79±2.57)岁。生育因素导致女性压力性尿失禁29例,其他因素导致女性压力性尿失禁11例。单一治疗组年龄21~42 (29.84±2.21)岁。生育因素导致女性压力性尿失禁31例,其他因素导致女性压力性尿失禁9例。两组资料无显著差异。

### 1.2 治疗方法

单一治疗组给予单一锻炼盆底肌肉治疗,常规给予盆底肌锻炼,每次15分钟,每天4次,治疗2周。嘱咐患者平卧,将双腿屈曲,指导患者在家自行训练,持续吸气5~10秒,呼气放松,每天锻炼三到五次,每次呼气和吸气分别10~12次。

综合治疗组采取锻炼盆底肌肉联合生物电刺激疗法治疗。在单一治疗组基础上给予经电刺激生物反馈,每次半小时,1天一次,治疗2周。

### 1.3 观察指标

比较两组对康复效果的满意评价;压力性尿失禁症状改善时间、压力性尿失禁症状消失的时间;治疗前后盆底功能评分、生活质量;性生活障碍发生率。

### 1.4 统计学处理

SPSS19.0软件中t检验、卡方检验进行计量、计数数据处理; $P < 0.05$ 表示差异有意义。

## 2 结果

### 2.1 对康复效果的满意评价

综合治疗组的对康复效果的满意评价更高,  $P < 0.05$ 。

综合治疗组的对康复效果的满意评价是95.21±3.89分,而单一治疗组的对康复效果的满意评价是80.25±2.21分。

### 2.2 盆底功能评分、生活质量

治疗前两组盆底功能评分、生活质量比较,  $P > 0.05$ ;治疗后综合治疗组盆底功能评分、生活质量优于单一治疗组,  $P < 0.05$ 。如表1。

表1: 治疗前后盆底功能评分、生活质量分析 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别    | 例数 | 时间  | 盆底功能评分    | 生活质量       |
|-------|----|-----|-----------|------------|
| 综合治疗组 | 40 | 治疗前 | 5.55±1.21 | 61.46±2.21 |
|       |    | 治疗后 | 9.56±0.34 | 93.79±3.11 |
| 单一治疗组 | 40 | 治疗前 | 5.56±1.26 | 61.58±2.68 |
|       |    | 治疗后 | 7.46±0.55 | 82.57±3.33 |

### 2.3 压力性尿失禁症状改善时间、压力性尿失禁症状消失的时间

综合治疗组压力性尿失禁症状改善时间、压力性尿失禁症状消失的时间5.25±1.53天、7.28±1.23天优于单一治疗组7.79±2.25天,9.82±1.79天,  $P < 0.05$ 。

### 2.4 性生活障碍发生率

综合治疗组性生活障碍发生率更少,  $P < 0.05$ 。综合治疗组性生活障碍发生率有1例,而单一治疗组性生活障碍发生率有7例。

## 3 讨论

女性压力性尿失禁与女性盆底肌肉损伤密切相关,女性盆底肌肉损伤的主要原因是妊娠和分娩<sup>[1]</sup>。近年来,女性压力性尿失禁的发病率越来越高,对妇女的正常生活影响很大,严重影响了她们的身心健康。在治疗方面,盆底生物刺激疗法结合康复锻炼可获得较好的效果。在传统治疗女性压力性尿失禁时,主要采用手术阴道无张力尿道中段吊带,但临床上的弊端,不仅会对患者造成物理损伤,还会导致并发症,复发率高依据对此,临床上建议采用非手术治疗女性压力性尿失禁患者,如骨盆肌肉运动,膀胱训练,盆底电刺激,药物治疗等,可有效缓解病情。通过指导患者进行主动训练中,可以根据患者的骨盆底肌肉损伤进行个性化和有针对性的训练,促使患者的盆底肌肉力量得到改善,临床优势很多,这不仅可以提高患者神经肌肉的兴奋性,并强化神经回路,促进肌肉运动改善,提高对排尿的控制力度,可更好减轻盆底肌肉损伤,加速盆底功能恢复。无创无痛,疗效确切。通过

荟萃分析,生物反馈治疗可以充分利用图像和光线等信号反馈来详细了解患者的盆底肌肉。然后医生根据盆底组织的损伤程度和肌肉活动制定正确的盆底肌肉。患者严格按照治疗计划进行锻炼,同时给患者提供相应的电流刺激,促进盆底肌肉的紧张和收缩,增强盆底肌肉功能,减少泌尿肌肉的代谢,从而增加膀胱容量,有效地提高盆底肌肉运动的效果<sup>[4]</sup>。

本研究中,单一治疗组给予单一锻炼盆底肌肉治疗,综合治疗组采取锻炼盆底肌肉联合生物电刺激疗法治疗。结果显示综合治疗组对康复效果的满意评价、盆底功能评分、生活质量、压力性尿失禁症状改善时间、压力性尿失禁症状消失的时间、性生活障碍发生率和单一治疗组比较均更有优势, $P < 0.05$ 。

综上,女性压力性尿失禁患者实施锻炼盆底肌肉联合生物电刺激疗法治疗效果确切。

#### 参考文献:

- [1] 卢芳芳,周磊清,李琳.生物反馈电刺激疗法联合盆底肌功能锻炼治疗女性压力性尿失禁的效果分析[J].现代医院,2018,18(12):1825-1827+1830.
- [2] 何驾,柳玲,董卫涛,骆会婷,杨洋,宁光亭,肖

迎聪.实时三维盆底超声对温针灸联合盆底肌锻炼治疗女性压力性尿失禁的疗效评估[J].临床超声医学杂志,2018,20(12):823-825.

[3] 杨秋芳.应用盆底康复治疗女性压力性尿失禁的临床分析[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(A3):99.

[4] 田拥梅.盆底康复治疗女性压力性尿失禁的疗效体会[J].心血管外科杂志(电子版),2018,7(04):734-735.

[5] 马雅萍,李新华,戎其飞.生物反馈联合盆底肌训练治疗高龄女性压力性尿失禁的效果[J].中国当代医药,2018,25(35):34-36+40.

[6] 顾英,周英.中医耳穴疗法联合盆底康复治疗措施对产后压力性尿失禁的预防分析[J].辽宁中医杂志,2018,45(12):2634-2637.

[7] 王美兰,郭君仙,蔡婷婕.益气固摄法联合盆底康复治疗轻中度压力性尿失禁40例[J].浙江中医杂志,2018,53(12):897.

[8] 阮飞娜,杨俊娟,郭华峰.经会阴超声评价康复治疗对压力性尿失禁患者盆底功能和结构的影响[J].中国计划生育学杂志,2018,26(11):1111-1114.

(上接第28页)

#### 参考文献:

- [1] 崔金晖,李萍,张媛,范建辉.Bakri子宫填塞球囊导管在前置胎盘剖宫产术中的应用[J].中山大学学报(医学科学版),2014,35(04):565-569.
- [2] 张展,史保珍,李战飞.前置胎盘剖宫产术中两种止

血方法对比分析[J].中国妇幼保健,2013,28(04):700-701.

[3] 李艳,陈春梅,罗丹,查莉,魏素梅.介入术联合宫腔球囊在减少凶险性前置胎盘剖宫产术中出血的应用[J].四川医学,2015,36(10):1426-1429.

[4] 蔡大军,杨宝娟.“堵”胎盘延迟娩出在前置胎盘剖宫产术中的应用价值[J].中国现代医生,2018,56(22):60-62.

(上接第29页)

临床治疗中十分可行,应在临床治疗工作中积极推广实施。

#### 参考文献:

- [1] 刘学进.上消化道出血采取急诊消化内科治疗的临床疗效探讨[J].中国医药指南,2016,14(25):149-150.
- [2] 王晓维.上消化道出血采取急诊消化内科治疗的临床疗效探讨[J].现代养生,2017(10):160.

[3] 庞永光,迟建禄,潘茹会.急诊消化内科上消化道出血中医治疗的临床效果分析[J].内蒙古中医药,2017,36(21):25-26.

[4] 陈勇.上消化道出血采取急诊消化内科治疗的临床效果研究[J].疾病监测与控制,2018,12(04):303-304.

[5] 钱润麟.急诊消化内科上消化道出血患者的临床治疗分析[J].数理医药学杂志,2015,28(11):1650-1651.

(上接第30页)

疗的具体效果也存在着较大的差异,给患者的生存质量及生存时间带了一定的影响。本文重点对影响原发性肝癌介入手术疗效的因素进行了研究,研究结果表明,对于不同类型原发性肝癌患者而言,以单结节型患者的生存时间最长,弥漫型患者生存时间最短;对于不同肝功能Child-Pugh等级患者而言,以A级患者生存率最高,C级患者生存率最低,各项数据对比差异显著( $P < 0.05$ )。

综上所述,对于行介入手术治疗的原发性肝癌患者而言,影响其手术疗效的因素主要病理分期和肝功能分级。只有加

大多这类因素的研究,才能更好的发挥出介入治疗在延长患者生存时间及改善患者生存治疗方面积极作用。

#### 参考文献:

- [1] 刘礼军,余伟.微创介入手术对原发性肝癌患者疗效及预后的影响研究[J].中国肿瘤临床与康复,2018,25(06):705-707.
- [2] 于永超,刘贵茹.原发性肝癌介入治疗后疗效影响因素的分析[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(88):65.
- [3] 谭仲俊.原发性肝癌介入治疗后疗效影响因素的分析[J].临床合理用药杂志,2015,8(26):87-88.

(上接第31页)

[3] 张文静,廖晨,王彦,姚伟,白莉.隐源性机化性肺炎的诊断治疗[J].中华肺部疾病杂志(电子版),2015,8(06):747-749.

[4] 廖建斌,石芳,陈敬河.气道内新生物诊断隐源性机化性肺炎1例[J].临床肺科杂志,2014,19(11):2122-2123.

[5] 李民进,俞同福.HRCT对隐源性机化性肺炎的诊断价值[J].江苏医药,2014,40(02):218-219.

[6] 于金燕,陈鹏,王力玄,马忠森.隐源性机化性肺炎诊断及治疗的研究进展[J].吉林大学学报(医学版),2013,39(01):188-190.