

• 临床研究 •

盆底康复治疗仪联合心理疏导在女性压力性尿失禁患者中的应用效果研究

陈 玲 廖燕萍

宜春市第二人民医院妇产科 江西宜春 336000

摘要：目的 探究在治疗女性压力性尿失禁过程中实施盆底康复治疗联合心理疏导的方法和效果。**方法** 将 2016 年 3 月-2017 年 3 月来我院接受治疗的压力性尿失禁治疗的患者 80 例，采取随机摇号的方式分为研究组和对照组，每组 40 例，对照组患者实施人工按摩治疗，研究组患者实施盆底康复治疗仪联合心理疏导，比较分析两组患者总排尿次数（TOV）、排尿总量（VTV）、功能性膀胱的容量（VF）、总漏尿次数（LT）。**结果** 研究组患者的 TOV、VTV、LT 低于对照组，VF、盆底肌电位高于对照组，比较具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。**结论** 女性压力性尿失禁患者通过盆底康复治疗和心理疏导治疗后，患者的临床症状有明显好转，并且对改善患者的盆底功能及预后具有积极意义，从而提高患者的生活质量。

主题词：盆底康复；心理疏导；女性压力性尿失禁；应用效果

中图分类号：R711.59

文献标识码：A

文章编号：1009-6647（2018）10-080-02

女性压力性尿失禁是临床上常见女性产后和妊娠的常见并发症之一，主要是指逼尿肌无法正常收缩，腹压增加后使尿液不受控制出现漏尿的现象^[1-3]。如果患者未得到及时的治疗不仅会影响患者的正常生活，同时对患者的盆底组织和器官损伤影响较大，大多是因为女性经过分娩造成盆底保护系统破坏，损伤盆底肌肉而引起压力性尿失禁、阴道松弛、盆腔器官脱垂等等症状。本文就主要针对采取盆底康复治疗和心理疏导的临床效果分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2016 年 3 月-2017 年 3 月来我院接受治疗的压力性尿失禁治疗的患者 80 例，采取随机摇号的方式分为研究组和对照组，每组 40 例。40 例对照组患者中，年龄为 24-38 岁，平均年龄为（ 29.3 ± 2.1 ）岁，11 例为轻度，18 例为中度，11 例重度，病程为 1-4 年，平均病程为（ 2.2 ± 0.9 ）年；研究组 40 例患者中，年龄为 25-41 岁，平均年龄为（ 32.1 ± 2.2 ）岁，14 例为轻度，17 例为中度，9 例为重度，病程为 2-3 年，平均病程为（ 1.7 ± 0.6 ）年。两组患者的基线资料比较无显著差异（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：（1）告知患者具体情况后患者签署知情同意书。（2）所有患者都符合压力性尿失禁的诊断标准。

排除标准：（1）排除患有严重重要器官障碍的患者。（2）排除精神异常、神志模糊患者。

1.2 方法

对照组患者实施人工按摩治疗，主要方法为：采取提拿法对患者的大收肌、股薄肌、长收肌、短收肌同时结合肾盂、足三里、三阴交等等穴位进行按摩，并且每日进行上提肛门阴道训练，每次收紧时间长于 3s，重复训练，每日 15-30min/次，研究组患者实施盆底康复治疗仪联合心理疏导，具体方法为：

1. 盆底康复治疗仪治疗方法：（1）将盆底治疗仪的频率调节为 50Hz，脉宽为 250μs 的电刺激治疗，唤醒患者的感受器，调节神经、肌肉敏感性、肌肉数量及血液循环；（2）频率为 8-32Hz，脉宽为 320-740μs 的电刺激和生物反馈，帮助患者掌握 I 肌纤维、会阴及腹部分开收缩方法。（3）频率为 20-80Hz，脉宽为 20-320μs 的电刺激和生物反馈，帮助患者掌握 II 类肌纤维收缩方法。（4）指导患者进行 I 类、II 类综合肌纤维反馈训练，进而强化训练。（5）给予不同场景的生物反馈训练，主要指导患者模仿模块，在不同场景内进行收缩盆底肌肉。（6）锻炼患者在尿急情况下进行生物反馈训练。

（7）指导患者在咳嗽情况下自动收缩盆底肌肉。所有训练时间保持每周 2 次以上，每次 30min。2. 心理疏导方法。采取一对一的心理疏导方式，首先向患者宣传教育该病的发病原因、患者病情、治疗方法等等相关知识，增强患者对压力性尿失禁的了解，并积极与患者进行交流沟通，了解患者的心理状态，同时进行适当的心理疏导，使患者放松心情，放平心态，同时向患者宣传一些成功事例，帮助患者建立康复自信心。

1.3 研究指标

治疗后 1 个月对患者进行随访，研究并记录两组患者的排尿总量（VTV）、总排尿次数（TOV）、功能性膀胱的容量（VF）、总漏尿次数（LT）及盆底肌电位的情况。

1.4 统计学处理

采用 SPSS19.0 处理数据，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，行 t 检验，计数资料以（%）表示，行 2 检验，检验标准以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

研究组患者的 TOV、VTV、LT 低于对照组，VF、盆底肌电位高于对照组，比较具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1：两组患者各个指标及盆底肌电位的比较

组别	TOV（次）	VF（ml）	LT（次）	VTV（ml/72h）	盆底肌电位（μV）
研究组（n=40）	26.2±8.3	171.2±48.7	13.1±5.3	4009.3±1008.2	32.1±5.6
对照组（n=40）	32.9±9.5	131.9±42.8	25.4±6.3	4478.3±1128.5	15.2±4.3
T 值	3.843	3.834	11.589	1.960	15.139
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

随着我国“二胎政策”的号召下，目前我国孕产妇的数

量急剧增加，对于产后孕产妇的健康问题引起了广泛的重视（下转第 83 页）

如若未及时采取有效措施对患者胫骨后侧平台骨折进行干预治疗, 极有可能导致患者慢性坍塌以及膝关节功能受损等情况, 对其正常生活以及身体健康等方面造成严重影响。基于 Schatzker 方法对患者进行前期分析对于后期手术治疗十分必要。而胫骨后侧平台骨折位置通常被多种血管所包围, 因此手术过程视野可见度极为有限, 且容易出现损伤等情况, 严重甚至可能造成患者并发症等情况出现。而传统的手术治疗方式患者术后恢复速度较慢, 且恢复稳定性较差。多数患者反映在术后出现不同程度疼痛感, 因此临床疗效并不明显。采用创伤镜辅助下手术治疗胫骨后侧平台骨折可以有效扩展医护人员可见视野, 对于患者而言手术创口更小, 对软组织等的剥离情况也更小。在手术期间无需对患者关节囊以及关节腔部位进行彻底裸露, 术者完全可以在关节镜的辅助下对患者交叉韧带以及半月板等损伤情况进行观察, 并进行针对性的手术干预, 有助于有效清除患者关节内部积血与软骨碎片等。此外, 基于创伤镜的辅助治疗, 患者说出感染情况更少, 关节复位情况更好。就此次探究结果分析, 观察组患者术后骨折复位优良率(93.1%)明显高于对照组(62%), $P < 0.05$ 。有效证明创伤关节镜辅助下治疗胫骨后侧平台骨折有效性。这与学者张洪亮等有关胫骨后侧平台骨折干预后膝 =

功能优良率为 94.5% 基本一致。此外, 就治疗后患者恢复时间以及骨折复位情况而言, 观察组平均 93 天、86.7% 的数据, 均高于对照组平均 122 天, 62% 骨折复位情况。因此可以看出, 创伤性关节镜下手术治疗胫骨后侧平台骨折患者的效果显著, 在术后的早期患者可以进行一定的功能性锻炼, 对其预后具有一定促进意义。

综上所述, 基于创伤关节镜干预治疗胫骨后侧平台骨折患者疗效较为明显, 可以有效规避患者手术部位出现感染以及坏死等情况发生, 同时可以彻底清除内在软骨碎屑以及关节内血凝块等, 手术风险大大降低, 值得推广应用。

参考文献

- [1] 张帆, 罗晓东, 叶茂, et al. 创伤关节镜下手术治疗胫骨后侧平台骨折的疗效分析[J]. 中国医药导报, 2012, 09(24):33-34.
- [2] 赵权, 李治国, 李宝忠, et al. 创伤关节镜与传统方式治疗胫骨后侧平台骨折关节功能评分、复位情况及患者满意度比较[J]. 河北医药, 2016, 38(10):1521-1523.
- [3] 张洪亮, 黎佩珍, 李忠辉, et al. 胫骨后侧平台骨折采用创伤关节镜下手术治疗的临床研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2015, 36(17):2539-2540.

(上接第 80 页)

和关注^[4-5]。压力性尿失禁的发病原因主要是因为患者的盆底功能出现障碍和损伤, 导致患者出现不自主漏尿的现象。盆底康复治疗仪主要是一种物理治疗方法, 从唤醒本体感受器, 被动训练盆底肌, 通过电刺激促进患者的血液循环和盆腔疼痛症状, 能有自主控制膀胱逼尿肌, 进而达到理想的训练效果。本文就主要针对女性压力性尿失禁实施盆底康复治疗, 在患者不同恢复阶段给予患者不同频率和脉宽, 更加有针对性的实施治疗, 同时结合有效的心理疏导, 帮助消除患者的不良情绪, 积极配合医生的指导, 提高治愈率。在此次研究中, 研究组患者采用了盆底康复治疗仪联合心理疏导后, 研究组患者在 VF、VTV 方面均明显高于对照组, 而 TOV、LT 均显著少于对照组 ($P < 0.05$), 研究组的盆底肌电位同时高于对照组患者, 提示研究组患者尿失禁治疗效果明显优于对照组, 由此可达到理想的效果。

综上所述, 实施盆底康复治疗仪联合心理疏导治疗女性压力性尿失禁临床效果显著, 不仅可以有效改善患者盆底电

生理表现, 缓解患者的不良情绪, 促进盆底功能的恢复, 提高了患者的生活质量, 该方法值得被临床推广使用。

参考文献

- [1] 钱亚萍. 盆底康复治疗仪结合盆底肌肉锻炼治疗女性盆底功能障碍的疗效分析[J]. 蚌埠医学院学报, 2017, 42(10):1380-1382.
- [2] 杜亚飞, 王旭, 代丽丽, 等. 雌激素联合盆底康复治疗仪在妇女盆底功能障碍的中的应用效果[J]. 重庆医学, 2017, 46(23):3261-3263.
- [3] 陈惠昌, 陈益琼. 产后盆底康复治疗仪联合盆底肌训练治疗对盆底肌肉张力及盆底功能的临床影响评价[J]. 中国实用医药, 2018, 13(6):12-13.
- [4] 王卉. 盆底重建术联合盆底康复治疗仪治疗盆底功能障碍性疾病的效果[J]. 实用临床医学, 2017, 18(9):45-47.
- [5] 朱金娜. 盆底康复治疗仪治疗女性尿失禁患者的疗效[J]. 医疗装备, 2018, 31(5):122-123.

(上接第 81 页)

也有认为 MP 感染属免疫复合物介导的 III 型超敏反应, 入侵的 MP 在肺组织或血管内与 IgG、IgM 结合沉积于肺组织、局部或全身血管基底膜, 进而激活补体产生 C_{3a} 、 C_{5a} 、 C_{3b} 等, 直接或间接使大量中性粒细胞、巨噬细胞所沉积部位发生免疫炎症损伤, 同时由于消耗补体, 导致血清补体活性和浓度降低。本文结果显示, MP 组 CIC 阳性率显著高于非 MP 肺炎组, 且前者血清 IgG、IgM 浓度均较后者高, 而血清 CH_{50} 、补体 C_3 较后者低, 在重症患儿中表现更为明显, 说明免疫复合物介导的免疫损伤参与 MP 发病, 尤其是重症 MP 感染。

由于 CIC 沉积于不同脏器血管而产生相应脏器的炎症损伤, 临床可出现多种症状和器官功能障碍。重症肺炎 MP 患儿常有严重的肺部表现伴持续高热等全身症状。肺外并发症可能

是由 CIC 介导的免疫炎症损伤所致。本文资料显示 CIC 阳性的 MP 肺炎患儿常表现为持续 1 周以上高热、X 线胸片改变明显, 并肝功能异常、血尿、蛋白尿、皮疹、消化系统及神经系统症状等肺外表现, 提示 CIC 升高与感染后出现肺外并发症有关, 说明 CIC 介导的免疫炎症损伤是 MP 重要的发病机制。由于 MP 肺炎表现常无特异性, 可累及多个脏器, 引起严重肺外并发症, 早期诊断相当重要。本文结果提示, 一旦发现 MP 感染患儿出现 CIC 阳性, 应引起临床医生高度警惕。

参考文献

- [1] 胡亚美, 江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 第 7 版, 北京: 人民卫生出版社, 2002.1204 ~ 1205.
- [2] 杨莉, 李海浪. 小儿肺炎支原体感染诊断及发病机制探讨[J]. 铁道医学, 1998, 26(2):78 ~ 80.