

针灸联合盆底康复治疗对妇科慢性盆腔疼痛综合征的影响

陈莉

(湖北省咸宁市中心医院暨湖北科技学院附属第一医院康复医学科,咸宁市 437000)

【摘要】 目的 探讨盆底康复疗法+针灸治疗妇科慢性盆腔疼痛综合征的效果。方法 慢性盆腔疼痛综合征患者86例,随机分成A组、B组各43例。A组实施针灸治疗,B组在此基础上加用盆底康复疗法。比较两组的有效率、盆腔功能障碍表现、疼痛评分。结果 A组总有效率为83.72%(36/43),B组为97.67%(42/43),两组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗2~4疗程后,两组疼痛分值均降低,治疗前、后比较差异有统计学意义($P < 0.05$);其中B组分值低于A组,两组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。A组盆腔功能障碍率为18.60%(8/43),B组为2.33%(1/43),两组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 慢性盆腔疼痛妇女在针灸治疗基础上采用盆底康复疗法,能进一步改善疼痛症状,减少盆腔功能障碍,值得临床推广应用。

【关键词】 盆腔疼痛;针灸;盆腔功能;盆底康复疗法

【中图分类号】 R 711.33 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1673-6575(2016)05-03

DOI:10.11864/j.issn.1673.2017.05.42

慢性盆腔疼痛在盆腔炎患者中的患病率较高,原因在于这类炎症容易诱发盆腔充血、粘连,导致下腹部不适,引发腰骶酸痛,一般于性交、过度劳累后症状加重^[1]。慢性盆腔痛持续时间较长,临床表现主要为背部、腹部疼痛,病因复杂,病情进展慢。目前,临床对该疾病并无特效药物治疗,大多予以常规对症治疗^[2]。本文主要探讨慢性盆腔疼痛综合征经盆底康复疗法+针灸治疗的效果,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2013年9月至2016年9月于我院妇科就诊的86例慢性盆腔疼痛综合征患者为研究对象,随机分为A组(43例)、B组(43例)。A组年龄22~45(32.39±5.65)岁,病程1~4(2.16±0.45)年;B组年龄(33.47±6.32)岁,病程1~4(2.43±0.62)年。两组的一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 入选与排除标准 入选标准:①临床资料齐全;②经妇科检查结合临床表现确诊;③7 d内未使用止痛药;④对所研究的治疗方法耐受;⑤自愿加入研究。排除标准:①临床资料不全;②疼痛部位皮肤感觉不灵敏;③合并妇科肿瘤;④对所选治疗方式不耐受,无法接受该治疗模式;⑤不愿参与研究。

1.3 治疗方法 ①A组:针灸治疗。取穴包括足三里、中极、关元三阴交、气海、归来,对所选穴位予以消毒,取毫针(1~2寸)刺入穴位,使用捻转提抽手法,直至产生

酸麻感便可停止。留针时间为30 min,留针时,每间隔10 min,需为患者行针1次,每日给予1次针灸治疗,10 d为1疗程。②B组:在A组基础上实施盆底康复疗法。由专业医师给予指导,选取体位包括坐位、站位、平卧位,吸气时将肛门收缩,时间控制为5~10 s间,呼气时可适度放松肛门,然后再次收缩,如此反复。3次/d,持续治疗满12周为1疗程。两组患者均接受4个疗程治疗。

1.4 观察指标 观察两组的疗效、疼痛改善情况以及盆腔功能障碍率,由治疗人员详细记录。①治疗效果^[3]:显效:体征、症状彻底消失,持续时间超过4周,无复发;有效:症状好转,持续时间大于2周;无效:治疗后症状无变化,疼痛甚至有加重趋势。②盆腔功能障碍:包括盆底陷窝疝、子宫颈脱垂、膀胱脱垂。③疼痛评估^[4]:利用VAS予以评估,最低为0分,最高10分,分值越低,说明疼痛越轻。

1.5 统计学方法 采用SPSS 20.0统计学软件对数据进行处理,计量资料以均数标准差表示($\bar{x} \pm s$),组间比较行 t 检验,计数资料以百分率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效比较 B组总有效率高高于A组,两组比较,差异具有统计学意义($\chi^2 = 4.962, P = 0.026$)。见表1。

表1 两组患者的疗效比较 [n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
A组	43	19(44.18)	17(39.53)	7(16.28)	36(83.72)
B组	43	27(62.79)	15(34.88)	1(2.33)	42(97.67)

2.2 疼痛评分 治疗前、治疗1疗程,两组的疼痛评分比较,差异无统计学意义($P < 0.05$);治疗达2、3、4疗程后,两组患者疼痛评分与治疗前相较明显下降,差异具有统计学意义($P < 0.05$),其中B组评分低于A组,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者治疗前后疼痛评估($\bar{x} \pm s$)

组别	n	疼痛评分(分)				
		治疗前	治疗1疗程	治疗2疗程	治疗3疗程	治疗4疗程
A组	43	7.65 ± 1.12	6.98 ± 0.13	5.01 ± 0.11 [#]	4.96 ± 0.13 [#]	3.81 ± 0.11 [#]
B组	43	7.64 ± 1.07	6.96 ± 0.14	4.10 ± 0.32 [#]	3.02 ± 0.53 [#]	1.12 ± 0.64 [#]
t值		0.042	0.686	17.635	23.312	27.163
P值		0.966	0.494	<0.001	<0.001	<0.001

注:与治疗前比较,[#] $P < 0.05$ 。

2.3 盆腔功能障碍 A组有8例出现盆腔功能障碍,发生率为18.60%;B组1例盆腔功能障碍,发生率为2.33%,两组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组患者盆腔功能障碍情况 [n(%)]

组别	n	子宫颈脱垂	膀胱脱垂	盆底陷窝疝	总计
A组	43	3(6.98)	3(6.98)	2(4.65)	8(18.60)
B组	43	0(0.00)	1(2.33)	0(0.00)	1(2.33)
χ^2 值					6.081
P值					0.014

3 讨论

慢性盆腔疼痛综合征是妇科常见病,是指骨盆以及周围器官持续疼痛(不具有周期性)超过6个月的一种疾病,严重影响患者工作与生活。该病发病机制复杂,临床认为与胃肠系统、泌尿系统、生殖系统疾病存在关联。研究表明^[5],大部分慢性盆腔痛是因盆腔炎所致,若盆腔炎未能及时治疗,则会使病程迁延,诱发不孕、慢性盆腔痛等并发症。当盆腔组织受到细菌感染后,甚至会有瘢痕粘连等产生,症状表现为腰骶部酸痛、下腹坠痛等,于过度劳累后症状表现更明显。

慢性盆腔痛的治愈难度较大,病程长,病情进展缓慢,反复疼痛。以往采用常规药物治疗,需长期用药,易产生不良反应,且药物具有依赖性,复发率高,治疗依从性不佳^[6]。长期如此不仅无法获取良好疗效,而且会破坏盆腔组织免疫功能,诱发微循环障碍。为了改善病症,临床大多予以针灸治疗,使疼痛症状缓解。中医中对慢性盆腔痛并无详细记载,但有对与之相似症状进行描述,这类疾病大多因热滞、气滞、寒滞等所致,主要病理机制为气血不调。因此,治疗需以活血通络为主^[7]。

在针灸治疗中,所选取穴位包括三阴交、归来、中极

足三里、关元等,手法为平补平泻,可起到舒经通络、祛瘀散结的功效,有利于缓解疼痛。吴琳等^[8]研究表明,在针灸治疗基础上予以盆底康复法联合治疗,能进一步改善病情,治疗有效率达91.4%,优于对照组的68.6%。盆底康复疗法的主要训练内容为肛提肌自主收缩,以此促进盆底肌肉力量增强,使盆底充血得以改善,提高盆腔抗感染能力,具有软化瘢痕、松解粘连的功能,使炎性渗出减少,促进积液吸收,减轻疼痛。

妇科将针灸与盆底康复疗法联合应用于慢性盆腔疼痛综合征,能进一步改善患者盆腔功能,缓解病症,控制盆腔功能障碍风险,从而提高患者生活质量。本研究显示,在针灸治疗基础上加用盆底康复治疗, B组总有效率高于A组,治疗达2个疗程后,疼痛评分开始明显下降,治疗达4疗程时,疼痛仅(1.12 ± 0.64)分,效果明显优于A组。

综上所述,盆底康复疗法+针灸在慢性盆腔疼痛综合征治疗中的应用效果良好,安全性高,能减少盆腔功能障碍,减轻疼痛,是一种理想的治疗方式,值得临床推广应用。

(下转第724页)

的知、信、行(知识、态度、行为)提高,有助于提高管道护理的安全性及有效性。部分学者通过对非计划性拔管风险因素和管道固定缺陷因素进行分析,表明操作方法是非计划性拔管最关键的因素,管道固定方法是否规范是发生管道固定缺陷的独立危险因素,规范并提高医务人员的管道固定操作方法是降低非计划性拔管的根本措施^[8-9]。我院从管道固定着手,采用管道固定新方法:根据管道类型及大小,选择黏性及弹性强的胶布并配合使用高举平台法进行固定,有效避免了管道受牵拉时胶布断裂引起的管道松动及固定无效。同时,以点带面对护理人员进行管道固定标准化培训,并且强化对重要引流和支持生命的高危、中危管道的培训及考核,有效地提高了护理人员对管道护理的认识及固定操作水平,这与张红辉等^[10]研究一致。此外,管道护理小组实行季度性管道护理专项检查,能够将存在的问题及时反馈并促进护理人员进行有效地整改;组织开展管道护理沙龙及管道护理安全分析会,重点分析高危、中危管道护理中断事件的典型案例,培养护理人员管道风险分级管理意识,更加关注高危及中危管道的护理。相关研究也表明^[11-12],通过统一管道固定标准及护理流程、以点带面进行培训及考核、实行管道护理质量检查并持续改进、组织护理人员对管道护理不良事件进行反馈及分析、对护士进行风险防范和应对处理能力的培养,能够有效减少各类管道非计划性拔管的发生。通过多措并举,提高了我院护理人员对管道护理的认知度、维护性和依从性,增强了护理人员管道护理的风险意识,有效地降低了我院管道护理中断率,优化了管道护理中断事件结局。从表1及表2结果可看出,我院各类管道护理中断率均下降,并且高危、中危管道中断率下降最为明显,分别从改善前的0.84%和0.15%下降至改善后的0.24%与0.07% ($P < 0.05$)。

综上所述,加强对留置管道患者进行病情评估及干预、实行个性化宣教、进行季度性管道护理专项检查及开展管道护理沙龙等管道护理改善策略,能有效降低人为拔管发生率,减少管道护理中断事件发生,改善管道

中断事件结局,值得临床应用推广。

参 考 文 献

- [1] 赵琳,崔妙玲,彭雪娟,等.患者治疗管道滑脱的根本原因分析及对策[J].解放军护理杂志,2013,30(12):54-56.
- [2] 张丽,徐芳,陈洁.闭环负反馈控制管理对外科防范管道滑脱护理的影响[J].医疗装备,2016,29(15):131-132.
- [3] 卢莹,肖琼芬,张燕燕.风险管理在预防老年置管患者管道滑脱中的作用[J].广西医学,2013,35(11):1545-1546.
- [4] 曹家燕,陈昌连.121例导管滑脱不良事件原因分析及防范对策[J].护理学报,2016,23(4):47-49.
- [5] 李慧,刘义兰,张远,等.2783例留置管道非计划性拔管情况调查与分析[J].中国护理管理,2010,10(12):61-63.
- [6] 张言,李静,李维娜,等.健康教育在普外科管道护理中的应用[J].护理实践与研究,2016,13(6):63-64.
- [7] 牟园芬,龙云,吕丰梅,等.护理人员管道护理知信行现状调查及影响因素分析[J].中国医药导报,2014,11(32):103-111.
- [8] 金环,喻姣花,王玉梅,等.基于DEMATEL的非计划性拔管风险因素分析[J].护理学杂志,2016,31(9):52-54.
- [9] 武艳,付沫,徐琴,等.管道固定缺陷及其影响因素的Logistic回归分析[J].现代中西医结合杂志,2016,25(35):3981-3990.
- [10] 张红辉,何国平,石泽亚,等.管道规范管理在降低住院患者管道不良事件发生中的应用[J].护理实践与研究,2016,13(5):110-112.
- [11] 林茜茜,郑秀云,吴伟仙.管道护理小组在防范非计划性拔管中的实践及其效果[J].解放军护理杂志,2013,30(10):55-56.
- [12] 张慧,曾玲.以循证护理为基础的护理风险管理在管道护理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2017,23(3):56-58.

(收稿日期:2017-06-13 修回日期:2017-08-12)

(上接第708页)

参 考 文 献

- [1] 吕剑萍.妇科慢性盆腔疼痛的研究进展[J].医学信息(西安),2015,28(41):448-449.
- [2] 纪涛,孙凯强,孙颖浩.针灸治疗慢性盆腔疼痛综合征选穴及归经规律研究[J].世界中医药,2016,11(B03):438.
- [3] 王玉,郑萍.妇科因素所致慢性盆腔痛的研究进展[J].中国医药导报,2016,13(5):36-40.
- [4] 丁锦丽,杨朝纲,朱俊勇,等.慢性盆腔疼痛的诊治进展[J].医学综述,2013,19(20):3731-3733.

- [5] 章洁,金毅.慢性盆腔疼痛综合征的神经调控治疗进展[J].中国疼痛医学杂志,2016,22(2):81-85.
- [6] 王诗琦,马永,王祖龙.中药联合穴位埋线治疗慢性盆腔疼痛综合征的临床研究[J].中国中医基础医学杂志,2015,21(11):1441-1443,1469.
- [7] 陈秋霞.解结针法治疗妇科慢性盆腔痛的临床疗效观察[J].广州中医药大学学报,2015,32(3):437-440.
- [8] 吴琳,王艳,何佳,等.盆底康复治疗在慢性盆腔疼痛的预防和治疗中的应用分析[J].世界中医药,2015,10(A02):881-882.

(收稿日期:2017-06-15 修回日期:2017-08-20)