

针刺结合盆底康复治疗 治疗慢性盆腔疼痛综合征40例总结

杨海峰

(河南省商丘市第一人民医院,河南 商丘,476100)

[摘要] 目的:观察针刺联合盆底康复治疗治疗慢性盆腔疼痛综合征的临床疗效。方法:将慢性盆腔疼痛综合征患者80例随机分为2组,每组各40例。对照组采用针刺治疗,治疗组在对照组治疗基础上结合盆底康复治疗。结果:总有效率治疗组为97.5%,对照组为77.5%,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);2组盆腔功能障碍发生率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:针刺结合盆底康复治疗慢性盆腔疼痛综合征有较好疗效,可有效缓解疼痛,降低盆腔功能障碍的发生率。

[关键词] 盆腔疼痛综合征;针刺疗法;盆底康复疗法

[中图分类号] R271.913.3 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.03.034

慢性盆腔疼痛综合征是指持续超过半年,非周期性且采用镇静类药物治疗无效的慢性盆腔疼痛,是妇科临床上发病率较高的疾病之一。该病的发病因素较为复杂,临床表现为腹部疼痛、背部疼痛等,反复发作、久治不愈,对患者的日常生活和工作产生严重影响^[1-2]。笔者采用针刺联合盆底康复治疗治疗慢性盆腔疼痛综合征40例,收到较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院2012年11月至2016年11月收治的慢性盆腔疼痛综合征患者80例,随机分为2组,每组各40例。治疗组中,年龄24~46岁,平均 (32.07 ± 5.42) 岁;病程1~7年,平均 (3.21 ± 0.84) 年。对照组中,年龄23~45岁,平均 (32.12 ± 6.04) 岁;病程1~6年,平均 (3.47 ± 0.96) 年。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照相关文献^[3]拟定。表现为持续半年以上背部疼痛或下腹部疼痛,且无规律性;周期性发作超过3个月以上。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)排除其他疾病引起的疼痛;3)签署知情同意书;4)通过我院伦理委员会批准。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用针刺治疗。取穴:足三里、关元、三阴交、中极、归来、气海。穴位皮肤消毒后,采用1~2寸毫针进行针刺治疗,得气后留针30min,留针期间每间隔10min行针1次。每天1次,连续治疗10d为1个疗程,共治疗4个疗程。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加盆底康复治疗。患者采取站位、坐位或平卧位,吸气时收缩肛门,控制时间约5~10s;呼气时放松肛门。如此反复收缩,每天3次,持续治疗12周为1个疗程,共治疗4个疗程。

作者简介:杨海峰,男,副主任医师,研究方向:针灸治疗学

- [7] 吴晓敏,杜元灏,李丹,等. 针灸治疗良性前列腺增生的临床证据[J]. 针灸临床杂志,2012,28(5):47-50.
- [8] 程肖芳,杨进标,罗菊珍,等. 按摩加针灸治疗前列腺增生症并尿潴留临床应用研究[J]. 江西中医学院学报,2008,20(2):52-54.
- [9] 樊晓明,诸葛智径. 手术结合芒针治疗前列腺增生症临床观察[J]. 现代中西医结合杂志,2006,15(14):1899.
- [10] 张周良,李斌,刘树林,等. 艾灸对血液流变学影响的研究[J]. 中国血液流变学杂志,2004,14(4):554-555.
- [11] 孔浩,张育军. 针刺中极穴治疗中小体积前列腺增生80例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2017,33(9):111-112.
- [12] 应海舟,黄芳. 曲骨、关元针刺配合艾盒灸治疗良性前列腺

增生症临床观察[J]. 浙江中医药大学学报,2018,42(5):397-400.

- [13] 田丙生,王从安. 单纯艾灸治疗中老年前列腺增生的疗效观察[J]. 求医问药,2012,10(2):608-609.
- [14] 刘川. 艾灸治疗良性前列腺增生临床疗效观察[J]. 中国实用医药,2014,9(30):243-244.
- [15] 李晓京,魏艳红. 非那雄胺治疗良性前列腺增生症的安全性及疗效评价[J]. 中国医院用药评价与分析,2016,16(2):58-62.
- [16] 桑琦,孙丽娜,成显黔. 长期应用非那雄胺治疗良性前列腺增生临床疗效分析[J]. 中国医学创新,2015,12(17):141-144.

(收稿日期:2018-08-29)

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察2组综合疗效和盆腔功能障碍发生率。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]制定。显效:自觉盆腔疼痛完全消失,且持续 ≥ 15 d未发作;有效:自觉盆腔疼痛有所缓解,且临床症状减轻;无效:临床症状和疼痛均无改善,甚至加重。

3.3 统计学方法 采用SPSS 21.0软件进行统计分析,计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为97.5%,对照组为77.5%,组间比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	40	27(67.5)	12(30.0)	1(2.5)	39(97.5) ^a
对照组	40	13(32.5)	18(45.0)	9(22.5)	31(77.5)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组盆腔功能障碍发生率比较 盆腔功能障碍发生率治疗组为5.0%,对照组为27.5%,2组比较,差异有统计学意义。(见表2)

表2 2组盆腔功能障碍发生率比较[例(%)]

组别	例数	膀胱脱垂	子宫颈脱垂	盆底陷窝疝	总发生
治疗组	40	1(2.5)	1(2.5)	0	2(5.0) ^a
对照组	40	3(7.5)	4(10.0)	4(10.0)	11(27.5)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

4 讨论

目前,临床上认为慢性盆腔疼痛综合征的发生与胃肠系统疾病、妇科疾病及泌尿系统疾病相关,该病变化较多,难以痊愈,临床上尚未有确切的治疗方案^[5]。中医学认为该病是由于气滞、热滞、寒滞、血虚、气虚等因素引发,其发病机制在于气血不调,因此,治疗以通经活络为主^[6]。针刺治疗可以有效地达到疏通经络、调和气血、疏散郁结的目的。盆底康复疗法主要是通过对患者的盆底肌肉进行自主的收缩锻炼,进而有效地加强膀胱、尿道、子宫以及直肠盆底肌的张力,有效改善盆底充血,促进新陈代谢和炎症的吸收,进而达到缓解疼痛的效果。

本观察结果表明,治疗组患者的临床治疗总有效率显著高于对照组,而盆腔功能障碍发生率显著

低于对照组,说明针刺联合盆底康复治疗治疗慢性盆腔疼痛综合征的疗效优于单独针刺治疗,可以有效缓解疼痛,减少盆腔功能障碍的发生。

参考文献

- [1] 陈莉. 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[J]. 微创医学, 2017, 12(5): 707-708, 724.
- [2] 王璐. 盆底康复治疗仪结合针灸会阴穴治疗女性盆底功能障碍的临床分析[J]. 吉林医学, 2016, 37(6): 1478-1479.
- [3] 崔莉, 李莹, 徐晶. 针灸结合盆底康复治疗仪治疗女性盆底功能障碍的效果分析[J]. 基层医学论坛, 2017, 21(7): 860-861.
- [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, 2005: 54-57.
- [5] 何浪驰, 黄柳, 范玮, 等. 针灸联合盆底康复治疗对妇科慢性盆腔疼痛综合征患者盆腔功能的影响[J]. 深圳中西医结合杂志, 2016, 26(13): 53-54.
- [6] 梁娇, 黄培兴. 盆底康复治疗仪结合针灸会阴穴治疗女性盆底功能障碍的临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(28): 4658-4661.

(收稿日期: 2018-08-13)

腰椎间盘突出症自我锻炼法(二)

拱桥式 即五点支撑法。仰卧床上, 以头、双肘、双足为支点(五点支撑), 用力将躯干和下肢离开床面, 尽量抬高, 如拱桥状, 保持10~15s, 放松。随着锻炼的进展, 可练三点支撑, 将双臂放于胸前, 仅以双足和头后部为支点(三点支撑)进行练习。每天早晚各连续做20~30次。

直腿抬高 仰卧位, 双臂平放于身体两侧, 双腿伸直, 五趾背屈, 双腿交替抬起, 每天早晚各连续做20~30次。

站立扭髋 两脚分开与肩同宽, 双手叉腰, 两侧髋关节向左右两侧扭动, 同时肩部也随着向后退微微倾斜, 左右各做30~50次。

伸腰 取站位, 两腿分开与肩同宽, 两手上举或扶腰, 同时身体做后伸动作, 逐渐加大幅度, 并使活动主要在腰部, 而不是在髋部, 还原休息后再做。动作要缓慢, 自然呼吸不要闭气。早晚各做20~30次。

反复搓腰 将双手分别放于同侧腰大肌处, 由上向下, 再自下而上反复搓, 早晚各30~50次, 以双侧腰部发热为度。

引体向上 身体素质好的人可以在单杠上做引体向上动作, 身体素质差点的人也可以双手握着单杠两脚悬空吊一会儿, 手累了休息一会儿再做, 每次10~15个。每天1~2次。(http://www.cntcm.com.cn/2019-02/27/content_57207.htm)