

·短篇论著·

大舞摆臀势练习对女性压力性尿失禁的疗效*

李俭莉^{1,2} 徐 武^{1,3}

女性由于分娩等原因易致盆底肌肉、韧带不同程度的损伤,导致盆底组织支持功能薄弱,引起盆底功能障碍性疾病,主要包括尿失禁和盆腔器官脱垂等^[1]。尿失禁是中老年女性的常见症状之一,症状的严重性随年龄的增加而加重。尿失禁虽然不直接危及患者的生命,但对患者身体、心理及社会活动等方面产生相当大的影响,严重影响妇女的身心健康和生存质量,给家庭和社会带来沉重的经济负担,让患者苦不堪言^[2-3]。尿失禁有多种类型,如压力性尿失禁、急迫性尿失禁、混合性尿失禁、充盈性尿失禁等,其中以压力性尿失禁最常见。国内外学者经大量临床研究,认为简单易学、无副作用、经济实惠的盆底肌肉锻炼可作为初级卫生保健机构防治尿失禁的首选方法^[4]。本研究将大舞摆臀势动作与盆底肌肉锻炼有机结合,配合提肛逆腹式呼吸,运用于女性压力性尿失禁患者的康复治疗,在临床上取得了较显著效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

2011年12月,由专门的泌尿外科医生对内江市城区4个社区30—65岁已婚已育女性进行压力性尿失禁筛查。按照

Sundberg三度分类法进行分度,轻度指在咳嗽、笑、喷嚏时漏尿,中度指在散步、上楼梯时漏尿,重度指在站立时漏尿。

入组标准:按照国际尿控制学会(ICS)1990年的标准:压力性尿失禁(stress urinary incontinence,SUI)是指腹压突然增加(如咳嗽、喷嚏、大笑、运动或体位改变等)导致尿液不自主流出。通过病史、症状和检查做出初步诊断,结合尿道动力学检查确诊。

排除标准:排除重度压力性尿失禁及其他类型的尿失禁、严重的身心疾患、尿路感染、膀胱痿管及肿瘤、神经性疾病、生殖器官脱垂超出阴道口、过去曾因尿失禁接受手术治疗、近3个月曾进行药物等治疗、反复指导均不能领会正确的盆底肌群收缩方法的患者。

最终确定68例能较好领悟盆底肌肉收缩方法的轻、中度压力性尿失禁患者,按自愿原则分为健身气功·大舞摆臀势练习组(观察组)32例(轻度14例,中度18例),Kegel练习组(对照组)36例(轻度16例,中度20例),两组均无失访。

两组干预前一般情况比较见表1,两组患者的平均年龄、受教育年限、体重指数(BMI)、分娩方式、尿失禁程度、尿失禁病程方面差异均无显著性意义,具有可比性。见表1。

表1 两组干预前一般情况比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	平均年龄 (岁)	受教育年限 (年)	体重指数	阴道分娩			尿失禁程度				尿失禁病程 (年)
					例	%	平均次数	轻度		中度		
								例	%	例	%	
观察组	32	55.46 ± 9.28	10.36 ± 4.32	23.64 ± 6.02	29	90.63	1.93	14	43.75	18	56.25	15.67 ± 10.53
对照组	36	54.38 ± 10.32	11.05 ± 3.68	24.98 ± 6.89	32	88.89	1.89	16	44.44	20	55.56	16.49 ± 11.53
t或χ ² 值		0.862	1.575	1.465		1.48	1.38	1.35		1.28		1.254
P值		>0.05	>0.05	>0.05		>0.05	>0.05	>0.05		>0.05		>0.05

1.2 方法

两组患者均由指定的妇科医生进行阴道指诊,对患者进行盆底肌群收缩方法指导,要点是:收紧包绕肛门、阴道、尿道周围的肌肉,像用力忍住大小便一样。观察组由专门的健身气功社会体育指导员教授健身气功·大舞摆臀势动作,对照组由专门的妇科医师指导患者进行Kegel练习。所有患者均进行为期2周的学习,经评估合格后,正式进入试验阶段,

试验期间(2012年1月16日—5月13日共16周)患者自行在家中练习,平时进行电话随访,每周集中指导1次。分别为两组患者设计了20min的配乐语言教育声频磁带,指导与提示患者进行训练。

健身气功之大舞摆臀势练习:基本动作同健身气功·大舞摆臀势功法技术要领^[5],注意:臀部向左(右)缓缓摆动,同时慢慢收紧盆底肌肉,配合吸气,摆臀至左(右)顶点时,收紧

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2013.04.020

*基金项目:2012年度四川省健身气功管理中心科研与培训基地课题(SCQG2012B012)

1 四川内江师范学院体育学院,内江,641112; 2 四川内江大丰医院; 3 通讯作者

作者简介:李俭莉,女,副教授,副主任医师; 收稿日期:2012-07-18

盆底肌肉达最大力度,吸气达最深,略停。还原时,慢慢放松盆底肌肉,至中线时完全放松,配合呼气;转臀时,向左(右)方转动过程中慢慢收紧盆底肌肉,配合吸气,转至正前方时收紧盆底肌肉达最大力度,吸气达最深,略停,再向右(左)转回时,慢慢放松盆底肌肉,转至正后方时完全放松,配合呼气。向左(右)摆臀5s,还原5s;转臀1周10s。每次练习20min,每天2次。练习时呼吸方法为提肛逆腹式呼吸,即吸气时肛门及会阴部肌肉向上收提,腹部内收,呼气时肛门及会阴部肌肉放松,腹部隆起。

Kegel练习:患者收紧肛门、阴道、尿道周围肌肉,腹、臀、大腿肌肉尽量不参与收缩(可以在任何体位下进行),每收缩5s,放松5s,反复进行20min,每天两次。收缩肌肉时吸气,放松时呼气。

1.3 疗效评定

试验前、试验第8周及16周结束时共评定3次。1h尿垫试验按WHO推荐的尿垫试验规范步骤进行;国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷表简表(ICI-Q-SF)评分主要反映尿失禁的发生频率和尿失禁对患者生活的影响程度,共21分,分值越高尿失禁越严重^[6];盆底肌力使用法国CLW6-BIO2001生殖泌尿系统生物反馈治疗仪测量盆底肌肉肌电值。

疗效观察:按照吴阶平《泌尿外科学》对尿失禁的疗效判断标准,①治愈:尿失禁症状消失或尿垫试验<2g;②改善:尿失禁次数或尿垫试验减轻>50%;③无效:尿失禁次数或尿垫试验减轻<50%。

1.4 统计学分析

应用SPSS 13.0软件对数据进行分析。近似正态分布的资料用均数±标准差表示。数据处理采用 t 检验、 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有显著性意义。

2 结果

2.1 两组1h尿垫试验漏尿量的比较

见表2。观察组1h尿垫试验漏尿量各时问点自身前后两两比较差异均有显著性意义($P<0.01$);对照组各时问点自身前后两两比较,干预前与干预8周、干预前与干预16周差异均有显著性意义($P<0.01$),干预8周与干预16周差异有显著性意义($P<0.05$)。在干预前和干预8周,两组间1h尿垫试验漏尿量的差异无显著性意义($P>0.05$);在干预16周,观察组1h尿垫试验漏尿量较对照组低,两组差异有显著性意义($P<0.05$)。

2.2 两组ICI-Q-SF简表评分的比较

见表3。两组ICI-Q-SF简表评分各时点自身前后两两比较的结果是:干预前与干预8周、干预前与干预16周、干预8周与干预16周差异均有显著性意义($P<0.01$)。在干预前和干预8周,两组间ICI-Q-SF简表评分的差异无显著性意义

($P>0.05$);在干预16周,两组间的ICI-Q-SF简表评分差异有显著性意义($P<0.05$),观察组较对照组低。

2.3 两组患者盆底肌力的比较

见表4。两组盆底肌肉肌电值各时点自身前后两两比较,干预前与干预8周、干预前与干预16周、干预8周与干预16周差异均有显著性意义($P<0.01$)。在干预前、干预8周、干预16周,两组间的盆底肌肉肌电值差异无显著性意义($P>0.05$)。

2.4 两组患者疗效比较

见表5。经16周干预后,观察组治愈率为65.6%、对照率为52.8%,差异有显著性意义($P<0.05$);观察组有效率为87.5%、对照率为83.3%,差异无显著性意义($P>0.05$)。两组患者组内比较,轻度患者的治愈率、有效率分别与中度患者比较,差异均有显著性意义($P<0.01$),说明程度越轻,治疗效果越好。

表2 两组1h尿垫试验漏尿量比较 ($\bar{x}\pm s, g$)

组别	例数	干预前	干预8周	干预16周
观察组	32	6.55±5.28	4.36±4.13	2.26±2.52
对照组	36	6.82±5.93	4.56±3.91	3.38±2.91
t 值		1.631	1.647	2.605
P 值		>0.05	>0.05	<0.05

表3 两组ICI-Q-SF简表评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	干预前	干预8周	干预16周
观察组	32	16.6±8.0	8.7±5.6	3.4±3.8
对照组	36	17.3±10.5	9.8±5.5	6.6±5.6
t 值		1.766	1.796	2.323
P 值		>0.05	>0.05	<0.05

表4 两组盆底肌力的比较 ($\bar{x}\pm s, \mu V$)

组别	例数	干预前	干预8周	干预16周
观察组	32	13.9±4.4	43.8±15.8	55.1±15.1
对照组	36	14.7±5.6	42.7±13.8	53.2±16.6
t 值		1.343	1.579	1.876
P 值		>0.05	>0.05	>0.05

表5 两组患者的疗效

	例数	无效		改善		治愈		有效	
		例	%	例	%	例	%	例	%
观察组									
轻度	14	0	0	2	14.3	12	85.7 ^②	14	100.0 ^②
中度	18	4	22.2	5	27.8	9	50.0 ^②	14	77.8 ^②
合计	32	4	12.5	7	21.9	21	65.6 ^①	28	87.5
对照组									
轻度	16	0	0	4	25.0	12	75.0 ^③	16	100.0 ^③
中度	20	6	30.0	7	35.0	7	35.0 ^③	14	70.0 ^③
合计	36	6	16.7	11	30.5	19	52.8 ^①	30	83.3

观察组与对照组比较:① $P<0.05$;观察组组内比较:② $P<0.01$;对照组组内比较:③ $P<0.01$

3 讨论

虽然手术治疗对压力性尿失禁的治愈率较高,但是它毕竟是一种有创性的治疗,不可避免地会产生一些并发症和后遗症。目前轻中度尿失禁患者大多以非手术治疗为主^[7]。非手术治疗主要包括盆底肌锻炼、药物治疗、电刺激疗法。应用药物对症治疗,其效果有限,且存在各种副作用影响患者的依从性。电刺激疗法是使用特制治疗仪,使电流通过阴道或直肠刺激盆底肌肉使其被动收缩,该法用于中重度盆底肌损伤并进行盆底肌锻炼有困难的患者,电刺激疗法效果好于单独盆底肌锻炼,但患者较难接受这一疗法,电刺激疗法需要一定的技术与设备,使其在基层推广受到限制。盆底肌锻炼以锻炼耻骨尾骨肌为主,患者通过自主的、反复的盆底肌肉群收缩和舒张,可改善支持尿道、膀胱、子宫和直肠的盆底肌肉的张力和收缩性,增加尿道括约肌力量,从而达到预防和治疗女性尿失禁和生殖器官脱垂的目的,是一种主动的盆底肌复健方法。在50多年的临床实践中,盆底肌锻炼被证实是一种简单、易行、无痛苦和有效的方法,因损伤最小、风险最低而作为轻中度女性尿失禁初次治疗的首选方案^[4]。

Kegel练习是美国妇产科医生Kegel于1940年创建的盆底肌锻炼法。盆底肌肉锻炼防治尿失禁的效果已得到普遍认同,可使盆底神经有效运动单位和兴奋频率增加,肌肉收缩力量和张力加强,为膀胱、尿道提供结构支撑,同时增强尿道括约肌的力量^[8],后经多数医生临床实践,支持其治疗效果,成为尿失禁治疗的主流,近年来已被有效地用于治疗压力性尿失禁。Kegel练习时,患者收紧和放松肛门、阴道、尿道周围肌肉,腹、臀、大腿肌肉尽量不参与收缩,因此Kegel练习无可见的动作,不便于集中练习及指导,且动作单一枯燥,患者难以持之以恒。Hahn等指出,患者在家中自行练习,通常达不到理想的效果^[9]。本研究经16周干预后,Kegel练习组治愈率为52.8%,总有效率83.3%。

健身气功中的大舞是近年国家体育总局健身气功管理中心组织创编的新功法之一。根据女性压力性尿失禁的病因病理,有针对性地选择健身气功·大舞中的第六式即摆臀势,通过反复的摆臀和臀部旋转动作,以尾椎带动脊柱再带动四肢运动,配合盆底肌肉有规律的收缩和舒张,采用提肛逆腹式呼吸,不但可以锻炼盆底肌肉群,而且对臀、腹部、大腿肌肉也起到了锻炼作用;同时摆臀势动作对脊柱及内脏能起到按摩作用,可增强腰、髋关节的灵活性;合掌旋转,对肩肘腕及掌指关节可起到推摩和牵拉作用;目随手走,通过颈部活动促进颈椎的健康。尿失禁对女性有广泛的负面影响,表现在社会、家庭、职业、生理、心理、性生活等方面,患者易产生强烈的心理冲突,引起焦虑、孤独、沮丧、压抑及情绪低落等^[10]。运动心理学研究发现,不同的锻炼方式对心理功能

的影响效果不同,健身气功等中国传统养生术对调节情绪状态效果更佳,通过3个月或6个月的健身气功锻炼,练功者在焦虑、抑郁、恐怖、人际、敌对等情绪指标上都有不同程度的改善^[5]。健身气功·大舞摆臀势练习有可见动作,便于集中练习、集中指导,群体练习可以更好的调动练习者的积极性和依从性,增强练习效果。本研究经16周干预,健身气功·大舞摆臀势练习组治愈率为65.6%,总有效率87.5%。

总之,大舞摆臀势练习和Kegel练习均能有效地锻炼盆底肌群,对轻中度女性压力性尿失禁有显著的疗效。大舞摆臀势练习对女性轻中度压力性尿失禁效果优于Kegel练习。因此,将之应用于女性轻中度压力性尿失禁的康复治疗,健身效应广泛,具有调身、调息、调心的功效。但任何一种运动疗法都需要持之以恒,大多数学者认为盆底肌康复锻炼需要终生坚持,与其他的锻炼项目一样,只有规律地进行,才能有效,一旦停止,情况可能会恶化^[11]。因此,对治疗有效的患者,指导及教育她们在16周观察期结束后继续坚持盆底肌肉锻炼,将有助于增强及巩固疗效,预防尿失禁的复发。

参考文献

- [1] 张新华.分娩方式与女性尿失禁关系分析[J].中华实用诊断与治疗杂志,2011,25(3):289—290.
- [2] 刘开宏,胡金凤,黄晓颖.老年妇女压力性尿失禁患者生活质量调查[J].现代预防医学,2011,38(4):638—639.
- [3] 葛静,鲁永鲜.我国女性尿失禁患病情况及对患者生活质量的影响[J].首都公共卫生,2009,3(6):273—276.
- [4] 王晓玉,罗新.女性尿失禁盆底复健的行为治疗和物理治疗[J].实用妇产科杂志,2005,21(3):142—143.
- [5] 国家体育总局健身气功管理中心编.健身气功·大舞[M].北京:人民体育出版社,2010.59—69.
- [6] 孙丽,董继革,李广庆.阴道、肛门内电刺激治疗脑卒中后尿失禁的疗效观察[J].中国康复医学杂志,2011,26(3):263—264.
- [7] 吴士良.尿失禁的非手术非药物治疗[M].济南:山东科学技术出版社,2003.324—333.
- [8] 刘乃波,周晓峰,王建峰,等.盆底肌锻炼联合膀胱训练治疗前列腺癌根治术后尿失禁的疗效观察[J].中国康复医学杂志,2010,25(7):659—661.
- [9] Perrin L, Dauphinee SW, Corcos J, et al. Pelvic floor muscle training with biofeedback and bladder training in elderly women: A Feasibility Study[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2005,32(3):186—199.
- [10] 商晓,朱兰,郎景和,等.生物反馈盆底肌肉锻炼与电刺激对女性压力性尿失禁患者性生活质量影响的前瞻性随机对照研究[J].中国医学科学院学报,2011,33(4):452—455.
- [11] 曹琳琳,赵红,李军,等.电刺激联合综合护理干预对女性压力性尿失禁的效果研究[D].北京:北京协和医学院,2009.31—65.