

有较好的安全性。

参考文献

[1] Herrera S, Gabrielli L, Paredes A, et al. Survival of patients with pulmonary arterial hypertension after the Advent of specific pulmonary vasodilator therapies[J]. Rev Med Chil, 2016, 144(7):829-836.

[2] Fedorowicz A, Mateuszuk L, Kopec G, et al. Activation of the nicotinamide N-methyltransferase (NNMT)-1-methylnicotinamide(MNA) pathway in pulmonary hypertension[J]. Respir Res, 2016, 17(1):108.

[3] 中国高血压防治指南修订委员会. 2004 年中国高血压防治指南(实用本)[J]. 高血压杂志, 2004, 12(12):483-486.

[4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则: 试行[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002:67-85.

[5] Zagolin Blancaire M. Pulmonary hypertension survival [J]. Rev Med Chil, 2016, 144(7):827-828.

[6] Yousuf T, Kramer J, Jones B, et al. Pulmonary Hypertension in a Patient With Congenital Heart Defects and Heterotaxy Syndrome[J]. Ochsner J, 2016, 16(3):309-311.

[7] 王文竹, 李树立. 高血压患者颈动脉内膜中层厚度与动态脉压和动态脉压指数的关系[J]. 中华高血压杂志, 2013, 21(8):775-777.

[8] 金鹏, 袁国良, 马成彬, 等. 高血压患者血清肝细胞生长因

子水平与血管内皮功能的关系及坎地沙坦酯的干预效果[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(21):6098-6100.

[9] 章森, 王伟. 瘦素、抵抗素与 H 型高血压患者血管内皮功能的相关性研究[J]. 临床心血管病杂志, 2016, 32(1):90-93.

[10] 李菁, 秦廷莉, 赵洛沙, 等. 国产与进口奥美沙坦酯对轻度原发性高血压患者降压疗效与安全性的比较[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2014, 16(12):1275-1278.

[11] 张永州, 安继红, 吕维玲, 等. 奥美沙坦酯联合氨氯地平与奥美沙坦酯联合氢氯噻嗪治疗原发性高血压的对比[J]. 中国新药与临床杂志, 2015, 34(12):940-943.

[12] 朱蕾, 林泽鹏, 舒平春, 等. 瑞舒伐他汀对高血压并低密度脂蛋白胆固醇轻度升高患者的疗效[J]. 广东医学, 2016, 37(10):1558-1560.

[13] 谢志红, 刘罗英, 陈丰, 等. 瑞舒伐他汀对老年高血压患者的降压效果[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(4):1041-1042.

[14] 沈燕青, 徐欣, 陈浩. 瑞舒伐他汀联合奥美沙坦对老年高血压患者内皮功能和血压变异性的影响[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(3):611-613.

[15] 陈涛, 倪美玲, 朱立场. 瑞舒伐他汀钙与阿托伐他汀钙治疗高脂血症合并高血压的疗效比较[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(8):2017-2019.

(收稿日期:2016-12-16 修回日期:2017-02-03)

• 临床探讨 •

## 盆底肌肉锻炼联合电刺激治疗子宫脱垂临床观察

李 晶, 张春莲<sup>△</sup>

(湖北省十堰市太和医院/湖北医药学院附属医院妇科 442000)

**摘要:**目的 研究盆底肌肉锻炼联合电刺激治疗子宫脱垂的临床效果。方法 对 2013 年 12 月至 2015 年 10 月入院的 152 例子宫脱垂患者进行了研究, 随机分为两组, 对照组采用单纯的盆底肌肉群强化锻炼进行治疗, 观察组患者在盆底肌肉群锻炼的基础上, 联合仿生物学电刺激进行治疗, 比较治疗后两组患者的子宫脱垂比例、治疗前后的生活质量评分、治疗前后盆底肌力情况, 以及两组治疗方案的临床总有效率。结果 观察组子宫 I 度和 II 度脱垂比例仅为 9.2%, 明显低于对照组的 25.0%, 两组间比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 与治疗前比较, 两组患者的盆底障碍影响简易问卷-7(PFIQ-7)、盆底功能障碍问卷(PFDI-20)和盆底器官脱垂/尿失禁/性生活问卷(PSIQ)得分均明显降低; 治疗后, 观察组患者的 PFIQ-7 和 PFDI-20 得分明显低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 与治疗前比较, 两组患者治疗后盆底肌力 I 级、II 级的比例均明显降低, 且观察组下降更为明显, 两组间比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组临床总有效率可达 94.7%, 对照组的临床总有效率仅为 82.9%, 观察组明显高于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 盆底肌肉群强化锻炼联合仿生物学电刺激治疗子宫脱垂的临床效果显著, 可以明显减少脱垂症状, 盆底肌力改善更好, 且患者生活质量更高, 值得推广应用。

**关键词:**盆底肌肉; 功能锻炼; 仿生物学; 电刺激; 子宫脱垂

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.10.044 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)10-1477-03

子宫脱垂是一种临床常见的妇科疾病, 甚至有个别严重的患者, 子宫完全脱垂于阴道外。该疾病会给患者带来巨大的痛苦, 包括腰骶部酸痛, 排尿、排便困难, 尿失禁以及生殖系统感染等, 对生活造成巨大的影响<sup>[1-2]</sup>。传统的治疗子宫脱垂的方法为手术治疗, 但这种方法创伤大、复发率高, 手术仅能恢复患者的正常解剖结构, 但不能恢复神经及肌肉的功能, 并且手术具有一定的风险, 因此需要更加安全有效的方法<sup>[3-4]</sup>。随着仿生物学与计算机技术的进步, 仿生物学电刺激疗法开始进入人

们的视野, 针对子宫脱垂的患者, 特别是 I 度和 II 度的患者, 配合传统的盆底肌肉功能锻炼, 则有可能产生非常好的临床效果。本研究对盆底肌肉锻炼联合电刺激治疗子宫脱垂的效果进行了观察, 现将结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本院 2013 年 12 月至 2015 年 10 月收治的 152 例子宫脱垂患者, 患者均符合子宫脱垂诊断标准<sup>[5]</sup>, 全部诊断为 I 度和 II 度子宫脱垂。将这些患者采用随机化分组

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail: ljji1980@163.com.

方式分为两组,每组 76 例。观察组年龄 38~50 岁,平均(45.6±3.2)岁;孕次 1~5 次,平均(2.4±0.3)次;病程 2~12 年,平均(6.9±3.6)年;子宫脱垂 I 度 26 例,II 度 50 例。对照组年龄 39~50 岁,平均(44.9±4.1)岁;孕次 1~5 次,平均(2.6±0.6)次;病程 2~11 年,平均(7.1±2.3)年;子宫脱垂 I 度 25 例,II 度 51 例。两组患者的年龄、孕次、病程、子宫脱垂程度等一般资料差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 方法** 对照组患者采用强化盆底肌肉群锻炼方法:(1)患者平卧,双膝弯曲,尽力收缩臀部肌肉发起向上提肛运动,收紧尿道、会阴和肛门,让患者展开想象,用阴道吸引物品,然后从阴道口向阴道内部移动,坚持 3~5 s,每组 10~20 次,每天 3 组。(2)患者平卧,屈膝外分,做深呼吸运动,吸气时收缩肛门 5~10 s,呼气时放松。每天锻炼 5~10 min,每天 3 次。观察组患者在上述强化盆底肌肉群锻炼的基础上,采用仿生物学电刺激联合治疗:患者排空大小便,卧床静息 3 min,采用杉杉公司的神经肌肉治疗仪进行治疗,待仪器启动稳定后,对治疗头进行消毒,插入患者的阴道内,开始以低电流刺激,然后依据患者的耐受情况,逐步增加电流强度,一般控制在 10~20 mA,电刺激时间为 20 min,每周治疗 2 次,6 周为一个疗程。

**1.3 疗效判定标准** 采用盆底障碍影响简易问卷-7(PFIQ-7)、盆底功能障碍问卷(PFDI-20)以及盆底器官脱垂/尿失禁/性生活问卷(PISQ)评分来对患者的生活质量进行评分<sup>[6]</sup>。采用会阴肌肉测试标准将阴道肌力评分分为 I~IV 级,采用肌力测试仪测定患者阴道内压力,将探头置入到阴道 5 cm 位置,然后请患者收缩会阴,压力数值越大,表明患者阴部肌肉收缩力度更大,评级越高。临床疗效判定标准<sup>[7]</sup>:显效为患者阴道壁脱垂症状消失,其他指征恢复正常;有效为患者阴道膨出症状消失或者减轻,子宫脱垂症状得到缓解,其他指标有明显的改变;无效,患者的脱垂症状无改善,甚至加重,阴道壁膨出更严重,其他临床症状无改善。临床总有效率为显效例数及有效例数之和,除以总例数,再乘以 100%。

**1.4 统计学处理** 对所有采集数据通过 SPSS19.0 统计软件进行统计分析。计量资料采用  $\bar{x}\pm s$  表示,同组治疗前后的比较方式采用配对  $t$  检验,治疗后两组间比较方式采用成组  $t$  检验;计数资料组间比较采用  $\chi^2$  检验,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 两组患者治疗后子宫脱垂比例比较** 观察组患者中 I 度脱垂发生 5 例(6.6%),II 度脱垂发生 2 例(2.6%);对照组患者中 I 度脱垂发生 13 例(17.1%),II 度脱垂发生 6 例(7.9%)。观察组子宫脱垂发生率(9.2%)明显低于对照组(25.0%),两组比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

**2.2 两组患者治疗前后生活质量评分比较** 两组患者治疗后的 PFIQ-7、PFDI-20 和 PSIQ 评分与治疗前比较,均明显下降( $P<0.05$ );经过治疗后,观察组患者的 PFIQ-7 和 PFDI-20 明显低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 1。

**表 1 两组患者治疗前后生活质量评分比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )**

组别	n	时间	PFIQ-7	PFDI-20	PSIQ
观察组	76	治疗前	58.6±12.3	68.7±12.3	69.9±21.2
		治疗后	10.2±2.3 <sup>#*</sup>	14.2±6.2 <sup>#*</sup>	35.4±16.2 <sup>#*</sup>
对照组	76	治疗前	59.1±14.5	67.9±16.7	68.5±20.6
		治疗后	32.3±7.6 <sup>#</sup>	40.9±9.9 <sup>#</sup>	37.9±13.2 <sup>#</sup>

注:与治疗前比较,<sup>#</sup>  $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>\*</sup>  $P<0.05$ 。

**2.3 两组患者治疗前后盆底肌力比较** 两组患者治疗后盆底肌力 I 级、II 级的比例与治疗前比较,均明显下降( $P<0.05$ );经过治疗后,观察组患者盆底肌力 I 级、II 级患者所占比例明显低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

**表 2 两组患者治疗前后盆底肌力比较[n(%)]**

组别	n	时间	I级	II级	III级	IV级
观察组	76	治疗前	11(14.5)	19(25.0)	28(36.8)	18(23.7)
		治疗后	0(0.0) <sup>#*</sup>	2(2.6) <sup>#*</sup>	2(2.6)	72(94.7)
对照组	76	治疗前	10(13.2)	19(25.0)	26(34.2)	21(27.6)
		治疗后	3(3.9) <sup>#</sup>	9(11.8) <sup>#</sup>	20(26.3)	44(57.9)

注:与治疗前比较,<sup>#</sup>  $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>\*</sup>  $P<0.05$ 。

**2.4 两组患者临床疗效比较** 观察组中显效患者为 55 例(72.4%),有效患者 17 例(22.4%),临床总有效率为 94.7%;对照组中显效患者有 42 例(55.3%),有效患者 21 例(27.6%),临床总有效率为 82.9%,两组比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

**3 讨 论**

子宫脱垂是一种临床常见的疾病,也是盆腔器官脱垂的一种。有报道称,盆底功能障碍的发生与发展,与其他疾病,比如分娩、绝经、便秘等直接相关,也与肥胖和盆腔手术有较大的联系<sup>[8-9]</sup>。中国妇女发生子宫脱垂的比例在 0.1% 左右,其中 50 岁以上妇女的发病率可达 0.6%,在正常初期无不适症状,在发展以后,会出现腰骶疼痛、阴道坠物感,才能引起重视<sup>[10]</sup>。

发生子宫脱垂的原因较多,文献[11-12]报道,高原地区妇女容易发生子宫脱垂,可能的原因在于临产过程中,由于缺氧导致患者对疼痛更为敏感,且镇痛技术较为落后,因此生产过程对于盆底的神经、肌肉、韧带造成了较大的损伤,这种损伤即包括直接的机械损伤,也包括对神经造成的损伤。另外,长期营养不良也会导致支持子宫的肌肉组织薄弱,绝经后盆底肌肉萎缩。所有上述原因都对盆底的肌肉和神经造成影响<sup>[13]</sup>,因此,恢复盆底肌肉和神经的功能对于治疗子宫脱垂具有重要的意义。

子宫脱垂的临床治疗包括了手术治疗和非手术治疗,对于 I~II 度子宫脱垂、年轻有生育需求的患者,以及年老体弱对手术不耐受的患者,非手术治疗具有显著的优势,其中盆底功能性恢复锻炼是最为常见的手段<sup>[14-15]</sup>,其基本的原理为指导患者对盆底肌进行锻炼,特别是自主锻炼,以增加盆底肌的力量,恢复支持盆底器官的相关肌肉与组织,从而恢复子宫的正常解剖学位置,促进功能的恢复,最终达到治疗效果。这种功能性的锻炼通俗易懂,简单易学,不受治疗时间、地点的限制,不良反应小,因此颇受关注。

仿生物学电刺激疗法是最近几年发展起来的一种治疗方案,其通过先进的计算机技术,将生物学反馈与电刺激相结合,对肌肉进行电刺激从而引起微弱肌肉电信号,或者对患者主动肌肉收缩引起的肌肉电信号进行收集、放大,以波形等视觉或者听觉的方式反馈给医生,并指导下一步的反馈电流刺激,进而再次引起肌肉收缩<sup>[16-17]</sup>。对于子宫脱垂患者,对盆底肌进行仿生物学电刺激非常合适,可以改善肌肉组织的局部血液循环,加强营养供给,通过电刺激引发的肌肉被动型收缩-放松过程,进而强化盆底的肌肉群,同时电刺激还可以唤醒神经功能,加强对肌肉的控制<sup>[18]</sup>。

本研究重点考察了盆底肌肉群的强化锻炼联合仿生物学电刺激治疗子宫脱垂的临床效果。通过与单纯的盆底肌肉群强化锻炼为对照,观察组患者在盆底肌肉群锻炼的基础上,联

合采用仿生物学电刺激进行治疗。研究表明,经过治疗后观察组 I 度和 II 度脱垂比例仅为 9.2%,明显低于对照组的 25.0%;观察组患者的 PFIQ-7 和 PFDI-20 评分明显低于对照组;与治疗前比较,两组患者治疗后盆底肌力 I 级、II 级的比例均明显降低,且观察组下降更为明显,两组间比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );在临床总有效率比较中,观察组临床总有效率可达 94.7%,明显高于对照组。

综上所述,盆底肌肉群强化锻炼联合仿生物学电刺激治疗子宫脱垂的临床效果显著,可以明显减少脱垂症状,盆底肌力改善更好,且患者生活质量更高,值得推广应用。

### 参考文献

[1] 武冬梅. 29 例子宫脱垂患者的护理体会[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(45): 241-242.

[2] 闫秀艳, 梁学军, 欧阳彩琴, 等. 中药熏洗配合温针灸治疗子宫脱垂疗效观察及护理体会[J]. 四川中医, 2016, 34(3): 150-151.

[3] 黄立. 传统手术在子宫脱垂伴阴道壁膨出术中的临床意义分析[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(25): 4053-4054.

[4] 陈沫, 马志梅. 阴式手术治疗子宫脱垂临床分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(17): 92-96.

[5] 王秋梅, 周福强, 孟庆坤, 等. 阴式切除手术对子宫脱垂的治疗效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(78): 196-197.

[6] 张彩霞. 补中益气汤对 I 度子宫脱垂患者 POP-Q 分度及临床疗效的影响[J]. 中医药导报, 2016, 22(8): 90-92.

[7] 杨艳. 子宫脱垂全程非手术综合康复治疗效果观察[J]. 临床合理用药杂志, 2016, 9(7A): 56-57.

[8] 孙秀云, 邵继宏, 孙连华, 等. 腹腔镜腹直肌悬吊术治疗子宫脱垂 50 例分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2015, 31(11): 1038-1039.

[9] 李晨宇, 许哲, 徐霜. 探讨阴式切除手术治疗子宫脱垂的临床效果[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(24): 168-169.

[10] 刘荣军. 盆底康复配合阴道局部应用雌激素治疗老年性重度子宫脱垂的研究[J]. 中国妇幼保健, 2010, 25(35): 5329-5330.

[11] 赵有仙, 吴大宝. 改良阴式子宫切除术治疗老年妇女子宫脱垂临床效果分析[J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(16): 2575-2577.

[12] 刘霞, 植枝福. 生物反馈电刺激结合盆底肌肉训练对子宫脱垂患者的临床影响[J]. 中国性科学, 2016, 25(6): 41-43.

[13] 李爱莲, 王晓红, 陈志燕. 老年严重子宫脱垂伴全阴道膨出手术治疗的临床效果及术后疼痛反应分析[J]. 中国临床研究, 2016, 29(2): 247-249.

[14] 林心苗. 电刺激生物反馈疗法联合盆底肌肉锻炼治疗子宫脱垂 196 例疗效观察[J]. 现代诊断与治疗, 2013, 24(9): 1970-1971.

[15] 周雪梅, 张昌凤. 盆底肌训练和盆底电刺激在产后盆底肌力康复治疗中的应用价值[J]. 检验医学与临床, 2016, 13(3): 365-367.

[16] 郑丛芝. 生物反馈电刺激联合盆底肌肉训练治疗子宫脱垂的效果分析[J/CD]. 实用妇科内分泌杂志(电子版), 2016, 9(2): 42-44.

[17] 覃晓日, 孙晓宁. 电刺激治疗肠易激综合征的研究进展[J]. 中南医学科学杂志, 2014, 42(6): 618-621.

[18] 秦文彬, 黄惠萍. 电刺激生物反馈联合盆底肌肉训练治疗子宫脱垂患者的护理[J]. 护理实践与研究, 2014, 11(6): 59-60.

(收稿日期: 2016-12-21 修回日期: 2017-01-19)

### • 临床探讨 •

## 加味黄芪建中汤联合西药治疗慢性胃炎脾胃虚寒证的疗效分析

张 阳

(重庆市万盛经济开发区中医院中医科 400800)

**摘要:**目的 研究加味黄芪建中汤联合西药治疗慢性胃炎脾胃虚寒证的疗效。方法 选取 2011 年 6 月至 2014 年 5 月该院门诊就诊的 240 例慢性胃炎患者以数字法随机分为对照组和治疗组各 120 例。对照组采用奥美拉唑、阿莫西林、克拉霉素三联疗法方案治疗;治疗组在对照组基础上联合中药加味黄芪建中汤治疗。对比两组上腹隐痛、餐后胀满和嗝气反酸情况,胃镜下炎症反应恢复情况以及患者临床疗效。结果 治疗组上腹隐痛、餐后胀满和嗝气反酸治疗后有效率高于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗组胃镜下炎症反应治疗后有效率为 94.16%,高于对照组(73.33%),两组差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗组治疗后总有效率(95.83%)高于对照组(78.33%),差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 加味黄芪建中汤联合西药治疗慢性胃炎脾胃虚寒证疗效优于西医三联疗法,值得临床推广使用。

**关键词:**脾胃虚寒证; 慢性胃炎; 加味黄芪建中汤

**DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.10.045 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)10-1479-03**

慢性胃炎是由多种病因引起的胃黏膜慢性炎症,病理上以淋巴细胞浸润为主要特点,部分患者在后期可出现胃黏膜固有腺体萎缩和化生,继而出现上皮内瘤变,与胃癌发生密切相关<sup>[1]</sup>。该病是临床上的常见病、多发病,但复发率高,远期疗效不理想。本院自 2011 年 6 月至 2014 年 5 月采用加味黄芪建

中汤联合标准三联疗法治疗慢性胃炎脾胃虚寒证取得良好成效,现将结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取于本院门诊就诊的 240 例慢性胃炎脾胃虚寒证患者为研究对象,全部患者均经胃镜检查确诊。将患者