|  |  |
| --- | --- |
| **ICS** | 11.120 |
| **C05** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  |
|  |
| 团体标准 |
| T/CACM \*\*\*\*—202\*

|  |
| --- |
| 代替 ZYYXH/T235-2012 |

 |
|  |  |  |  |
|  |
| **子宫脱垂中医诊疗指南** |
| Guidelines for TCM diagnosis and treatment of uterine prolapse（文件类型：公示稿） |
| （完成时间：2024年12月） |

|  |
| --- |
|  |
|  |
| 20\*\*-\*\*-\*\*发布 |  | 20\*\*-\*\*-\*\*实施 |
|  |
| 中华中医药学会发布 |

目录

目 次

[前言 Ⅱ](#_Toc471726839)

[引言 Ⅲ](#_Toc471726840)

[1 范围 1](#_Toc471726842)

2 规范性引用文件 1

[3 术语和定义 1](#_Toc471726843)

4 危险因素与中医病因病机 1

[5 诊断 1](#_Toc471726844)

[5.1 诊断要点 1](#_Toc471726845)

5.2 鉴别诊断 3

[5.3 证候要素诊断](#_Toc471726850) 3

[6 治疗](#_Toc471726863) 3

6.1 中医治疗原则、时机与优势 3

[6.2 分证论治](#_Toc471726865) 4

[6.3 中成药](#_Toc471726870) 5

[6.4 外治法](#_Toc471726871) 5

7 中医诊疗流程图 8

附录A（规范性）编制方法及缩略词对照表 9

A.1 指南制定方法 9

A.2 缩略词对照表 12

附录B（资料性）证据概要表 13

[参考文献](#_Toc471726878) 31

|  |
| --- |
|  |
| 前 言 |
|  |

本文件按照GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第1部分：标准的结构和编写》、《世界卫生组织指南制定手册》、GB/T 7714-2015《信息与文献参考文献著录规则》、《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则（2022版）》有关规则起草。

本文件代替了ZYYXH/T235—2012中医妇科临床诊疗指南 子宫脱垂，与ZYYXH/T235—2012相比，主要技术变化如下：

a）增加了子宫脱垂的危险因素（见4.1）

b）增加了子宫脱垂的中医病因病机（见4.2）

c）修改了诊断中诊断要点的病史（见5.1.1，2012年版的3.1.1）

d）修改了诊断中诊断要点的症状（见5.1.2，2012年版的3.1.2）

e）修改了诊断中诊断要点的体征（见5.1.3，2012年版的3.1.3）

f）增加了诊断中诊断要点的辅助检查（见5.1.4）

g）修改了诊断中的鉴别诊断（见5.2，2012年版的3.2）

h）删除了辨证中肝经湿热证的证候要素诊断（见5.3，2012年版的4）

i）修改了治疗中的中医治疗原则（见6.1临床问题8，2012年版的5.1）

j）增加了治疗中的中医药治疗子宫脱垂的适宜人群（见6.1临床问题9）

k）增加了治疗中的手术患者选择中医药治疗的时机（见6.1临床问题10）

l）增加了治疗中的中医治疗优势（见6.1临床问题11）

m）删除了治疗中分证论治的肝经湿热证（见2012版的5.2.3）

n）修改了治疗中的中成药（见6.3，2012年版的5.3）

o）增加了治疗中外治法的盆底肌训练（见6.4.3）

本文件由天津中医药大学第一附属医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：天津中医药大学第一附属医院、河北中医药大学、北京中医药大学东直门医院、黑龙江中医药大学附属第一医院、江苏省中医院、成都中医药大学附属医院、广州中医药大学第一附属医院、天津市第一中心医院、天津市中心妇产科医院、天津医科大学总医院、天津中医药大学第二附属医院、天津市中西医结合南开医院、天津市中医药研究院附属医院、武警特色医学中心、上海中医药大学附属龙华医院、天津中医药大学、广东省中医院、辽宁中医药大学附属医院、贵州中医药大学、北京中医药大学第三附属医院参加起草。

本文件主要起草人：闫颖、金季玲、杜惠兰、刘雁峰、冯晓玲。

本文件其他起草人：谈勇、任青玲、魏绍斌、赵颖、瞿全新、朱颖军、王颖梅、宋殿荣、刘笑梅、孟庆芳、吴林玲、张晗、李灵芝、张葳、陈晓、徐莲薇、步怀恩、梁雪芳、王昕、李燕、杨静、马小娜。

引 言

**1.背景信息**

子宫脱垂（uterine prolapse）是盆腔脏器脱垂（pelvic organ prolapse，POP）的重要组成部分，影响了40%～50%的经产妇，且其发病率与年龄呈正相关。子宫脱垂患者常伴有腰骶部酸痛、腹部下坠感、性生活障碍等症状，亦可出现压力性尿失禁、泌尿系感染等疾病，同时增加子宫腺肌病、子宫颈炎、宫颈鳞状上皮内病变等疾病发生的风险。随着女性人均寿命的延长、三孩政策以及女性生育年龄的推迟，子宫脱垂发病风险呈增加趋势，严重影响广大女性尤其是中老年女性的身心健康和生活质量。目前，子宫脱垂的一线疗法为非手术治疗，适用于各分期患者。然而，子宫托作为非手术治疗的重要手段，可能引起阴道刺激及溃疡等，使用受到限制。盆腔器官脱垂定量分期法（pelvic organ prolapse quantitation，POP-Q）Ⅲ～Ⅳ度患者推荐手术治疗，但因有创、存在术后并发症的风险，患者依从性低而表现出其局限性。因此，安全性高、可选择性多、目前出现不良反应报告较少的中医疗法受到了更多的关注。中医药治疗子宫脱垂历史悠久，可有效改善子宫脱垂患者症状、提高其体质的方法，具有简便廉验的特色与优势，临床应用广泛。

《中医妇科常见病诊疗指南·子宫脱垂（2012版）》对本病的中医临床诊疗发挥了重要作用。原指南发布已逾10年，鉴于子宫脱垂中医辨证与治疗等方面成果层出不穷，新的证据不断涌现，其内容已无法完全适用于当前的中医妇科临床的实际需求。中华中医药学会妇科分会暨天津中医药大学第一附属医院牵头发起《子宫脱垂中医诊疗指南》的修订工作，以期为子宫脱垂的中医药诊疗和临床决策提供更科学规范的参考依据，进一步提高子宫脱垂诊治率，改善女性的生活质量。

**2.确定并构建指南问题清单**

在本文件制定初期通过专家访谈、临床调研以及组内讨论的形式构建了以下临床问题：

临床问题1：明确子宫脱垂的概念。

临床问题2：明确子宫脱垂的危险因素。

临床问题3：明确子宫脱垂的中医病因病机。

临床问题4：明确子宫脱垂的诊断。

临床问题5：明确子宫脱垂的辅助检查。

临床问题6：明确子宫脱垂的鉴别诊断。

临床问题7：明确子宫脱垂的中医辨证分型。

临床问题8：子宫脱垂的治疗原则。

临床问题9：中医药治疗子宫脱垂的适宜人群?

临床问题10：对子宫脱垂手术患者，选择中医药治疗的时机是什么？

临床问题11：子宫脱垂的中医治疗优势。

临床问题12：子宫脱垂各证型分别选用什么治法和代表方?

临床问题13：治疗子宫脱垂的中成药具体用药有哪些?

临床问题14：治疗子宫脱垂的中医外治法及具体用药有哪些?

**3.资金资助及利益冲突情况**

本指南受中华中医药学会子宫脱垂中医诊疗指南（修订）（编号：20220603-BZ-CACM）支持，无资金资助，推荐意见的形成未受到资助方的影响。本指南没有接受其他任何医药企业基金资助。

本指南制订了利益冲突管理办法，并按照相应要求成立了利益冲突管理委员会。本指南指导组、专家组、工作组中全体成员均如实签署利益冲突声明，利益冲突管理委员会对其进行了评估，确认所有成员均不存在利益冲突，为此不会成为本文件制定的偏倚来源，无需进一步处理。

**4.诊疗指南注册情况**

本指南已于2023年3月，在国际实践指南注册与透明化平台（PREPARE）完成中英文双语注册，注册编号为[PREPARE-2023CN159](http://www.guidelines-registry.cn/guid/rs/2351%22%20%5Ct%20%22http%3A//www.guidelines-registry.cn/user/guid/_blank)。

本指南将在临床应用中进一步完善并及时进行更新。

|  |
| --- |
| 子宫脱垂中医诊疗指南 |
|  |

**1 范围**

本文件规定了子宫脱垂的术语和定义，疾病诊断、中医辨证和治疗。

本文件适用于育龄期及围绝经期子宫脱垂的诊断和治疗。

本文件适合中医妇科、中西医结合妇产科、妇产科等相关临床医师以及从事妇科临床教学、科研等工作者使用。

**2 规范性引用文件**

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 14396-2016疾病分类与代码

GB/T 16751.1-2023中医临床诊疗术语 第1部分：疾病

GB/T 16751.2-2021中医临床诊疗术语 第2部分：证候

GB/T 21709.20-2021针灸技术操作规范 第20部分：毫针基本刺法

GB/T 21709.1-2021针灸技术操作规范 第1部分：艾灸

GB/T 21709.9-2021针灸技术操作规范 第9部分：穴位贴敷

ZYYXH/T239-2012中医妇科常见病诊疗指南 子宫脱垂

**3 术语和定义**

下列术语和定义适用于本文件。

**子宫脱垂 uterine prolapse（临床问题1）**

子宫脱垂是指子宫从正常位置沿阴道下降，宫颈外口达坐骨棘水平以下，甚至子宫全部脱出于阴道口以外。中医称为“阴挺”“阴脱”“阴菌”“产肠不收”等。子宫脱垂常伴发阴道前后壁膨出。（专家共识度：97.8%）

**4 危险因素与中医病因病机**

**4.1危险因素（临床问题2）**

子宫脱垂的危险因素包括产次、阴道分娩、肥胖、盆底组织先天发育不良或退行性变史、结缔组织异常疾病、年老体衰或卵巢功能减退病史、长时间腹压增加史（如长期咳嗽、慢性便秘）、营养不良史等。（专家共识度：98.9%）

**4.2中医病因病机（临床问题3）**

子宫脱垂主要病机为气虚下陷与肾虚不固致胞络受损，带脉提摄无力，而子宫脱出。（专家共识度：96.7%）

## **5 诊断**

**5.1诊断要点（临床问题4）**

子宫脱垂的诊断应依据病史、临床症状及辅助检查结果判断。

**5.1.1病史**

多有分娩损伤史，或产后过早操劳负重失于调护史、产育过多史；长时间腹压增加史，如长期咳嗽、慢性便秘；盆底组织先天发育不良或退行性变史；年老体衰或卵巢功能减退病史；营养不良史。（专家共识度：97.8%）

**5.1.2症状**

自觉有物自阴道下坠，甚至脱出阴道口外，持重、站立脱出加重，平卧休息后可缩回，或有不同程度的腰骶部疼痛感或下坠感。随着脱垂程度加重，可伴见排尿困难，或尿频尿急，或失禁，或排便不畅。若脱出日久，可见表面破溃，分泌物量多，黄水淋漓。（专家共识度：100%）

**5.1.3体征**

（1）妇科检查

妇科检查子宫大小多正常，宫颈外口达坐骨水平以下，甚或子宫全部脱出于阴道口外，可伴有阴道前、后壁膨出，或不同程度的尿道膨出，直肠膨出或脱出。（专家共识度：100%）

**（2）临床分度**

多采用Bump提出的盆腔器官脱垂定量分期法（pelvic organ prolapse quantitation，POP-Q）进行分度。（专家共识度：97.8%）

子宫脱垂分为0-Ⅳ度，具体如下：

表1 POP-Q 测量点及径线评估范围表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参照点 | 具体解剖位置 | 正常值（cm） |
| Aa | 阴道前壁正中距处女膜缘3cm处，相当于尿道膀胱沟处。 | -3～+3 |
| Ba | 阴道顶端或前穹隆到Aa点之间阴道前壁上段中的最远点 | -3cm/+TVL |
| C | 宫颈或子宫切除后阴道顶端所处的最远端 | -TVL～+TVL |
| D | 有宫颈时的后穹隆位置，它提示了子宫骶骨韧带附着到近端宫颈后壁的水平 | -TVL～+TVL之间或空缺 |
| Ap | 阴道后壁中线距处女膜3cm处，Ap与Aa点相对应 | -3～+3cm |
| Bp | 阴道顶端或后穹隆到Ap点之间阴道后壁上段中的最远点，Bp与Ap点相对应 | -3cm/+TVL |
| gh | 尿道外口中线到处女膜后缘的中线距离 |  |
| pb | 阴裂的后端边缘到肛门中点距离 |  |
| TVL | 阴道总长度 |  |

注：POP-Q分期应在向下用力屏气时，以脱垂最大限度出现时的最远端部位距离处女膜的正负值计算。

表2 POP-Q 分度标准

|  |  |
| --- | --- |
| 分度 | 检查标准 |
| 0 | 无盆腔器官脱垂；即 Aa、Ap、Ba、Bp 和 D 均在-3cm，C、D 点-TVL～-（TVL-2）cm |
| Ⅰ | 盆腔器官脱垂的最低点位于处女膜上＞1cm 处（即＜-1cm） |
| Ⅱ | 盆腔器官脱垂的最低点位于处女膜上或下 1cm（即＞-1～＜1cm） |
| Ⅲ | 盆腔器官脱垂最远点位于处女膜下＞1cm，但小于阴道长度（即＞1cm～（TVL-2）cm） |
| Ⅳ | 下生殖道完全脱出外翻，盆腔器官脱垂的最低点＞（TVL-2）cm |

**5.1.4辅助检查（临床问题5）**

（1）对于顶端和（或）阴道前壁膨出且无压力性尿失禁症状者，建议行脱垂复位后的隐匿性尿失禁试验。（专家共识度：97.8%）

（2）盆腔器官脱垂（POP）手术前建议行尿流率检查和残余尿量测定，建议行尿动力学检查。（专家共识度：97.8%）

（3）对于合并尿失禁的盆腔器官脱垂（POP）患者，建议术前行尿动力学检查或尿失禁的临床检查，如排尿日记、尿垫试验等。（专家共识度：96.7%）

（4）术前盆底超声检查和盆底MRI检查有助于诊断和治疗方式的选择。（专家共识度：97.8%）

**5.2鉴别诊断（临床问题6）**

子宫脱垂的鉴别诊断包括宫颈延长、宫颈息肉、宫颈肌瘤、子宫黏膜下肌瘤、慢性子宫内翻症、阴道壁囊肿或肿瘤具体如下。（专家共识度：100%）

**5.2.1宫颈延长**

宫颈延长者双合诊检查阴道内宫颈虽长，但宫体在盆腔内，屏气并不下移。（专家共识度：97.8%）

**5.2.2宫颈息肉、宫颈肌瘤、子宫黏膜下肌瘤**

宫颈肌瘤或子宫黏膜下肌瘤患者有月经过多病史，宫颈口见红色、质硬之肿块，表面看不到宫颈外口，但在其周围或一侧可扪及被扩张变薄的宫颈边缘。（专家共识度：100%）

**5.2.3慢性子宫内翻症**

慢性子宫内翻罕见，翻出的宫体呈球状，无宫颈口，但可见两侧输卵管开口。（专家共识度：96.7%）

**5.2.4阴道壁囊肿或肿瘤**

阴道壁肿物位于阴道壁，界限清楚，位置固定，不能移动，宫颈和宫体可触及。（专家共识度：100%）

**5.3证候要素诊断**（**临床问题7）**

**5.3.1气虚证**

子宫下移或脱出于阴道口外，劳累或站立过久则加重；少气懒言，小腹下坠，精神疲倦，四肢无力，面色少华，带下量多质清，小便频数，心悸气短；舌淡，苔薄白，脉缓弱。（专家共识度：96.7%）

**5.3.2肾虚证**

子宫下移或脱出于阴道口外，日久不愈；小便频数，夜间尤甚，腰膝酸软，头晕耳鸣，小腹下坠，面色晦暗或有暗斑，带下清稀；舌暗淡，苔薄，脉沉弱。（专家共识度：96.7%）

## **6 治疗**

**6.1中医治疗原则、时机与优势**

**临床问题8：**子宫脱垂的中医治疗原则是什么？

**推荐意见：**子宫脱垂的中医治疗以“虚者补之，陷者举之，脱者固之”为原则。（专家共识度：100%）

**证据概要：**参考中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组《盆腔器官脱垂的中国诊治指南（2020年版）》、2012年中华中医药学会行业标准《中医妇科常见病诊疗指南·子宫脱垂》（ZYYXH/T235-2012）、2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中西医结合妇产科学》、2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中医妇科学》（第十一版）、2021年国家卫生健康委员会“十四·五”规划教材《中医妇科学》、2016年全国中医药行业高等教育“十三·五”规划教材《中医妇科学》（第十版）。

**临床问题9：**中医药治疗子宫脱垂的适宜人群?

**推荐意见：**对于轻度子宫脱垂（POP-Q Ⅰ～Ⅱ度）且有自觉症状的患者，建议应用中医药治疗；对于重度子宫脱垂（POP-Q Ⅲ～Ⅳ度）不能耐受手术、或不愿意手术治疗的患者，可以采用中医药治疗。（专家共识度：98.9%）

**证据概要：**参考2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中医妇科学》（第十一版）、2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中西医结合妇产科学》。

**临床问题10：**对子宫脱垂手术患者，选择中医药治疗的时机是什么？

**推荐意见：**对于接受子宫脱垂手术的患者，推荐全程使用中医药治疗作为整体治疗计划的一部分，包括手术前的准备阶段和手术后的恢复阶段。（专家共识度：82.5%）

**证据概要：**经查阅PubMed、Embase、Scopus、Cochrane、知网、万方、维普、中国生物医学文献等数据库中建库至2023年12月31日的报道类文献62691篇，并手工检索涉及相关内容的书籍类文献5部，包括最新版中医妇科学教材、最新版中西医结合妇产科学教材及国内相关标准与指南。对论述子宫脱垂手术患者予中医药治疗时机的23篇报道类文献进行统计分析，并对其进行两轮德尔菲专家问卷调查得出，所有进行手术的子宫脱垂患者，均选择围手术期使用中医药辅助治疗。

**临床问题11：**子宫脱垂的中医治疗优势。

**推荐意见：**

（1）对于Ⅰ度、Ⅱ度轻者（POP-Q分度），临床较多见，且中医治疗具有独特的优势；单纯中医药治疗对于Ⅱ度脱垂（POP-Q分度）以下的患者效果显著。当患者子宫脱垂达到Ⅲ度（POP-Q分度）或以上时，则建议采取西医的手术治疗手段以恢复正常解剖结构。同时建议辅以中医药治疗，以明显减少围手术期的相关症状。（专家共识度：100%）

（2）中医外治法能有效恢复Ⅰ、Ⅱ度轻型（POP-Q分度）子宫脱垂患者的盆底肌肉功能，并且操作简便安全，常用的中医外治法包括中药外用法、针灸结合、针药结合、穴位注射、穴位埋线、中药熏洗、耳穴加电针、头皮针等诸多疗法。（专家共识度：100%）

**证据概要：**经查阅PubMed、Embase、Scopus、Cochrane、知网、万方、维普、中国生物医学文献等数据库中建库至2023年12月31日的报道类文献62691篇，并手工检索涉及相关内容的书籍类文献5部，包括最新版中医妇科学教材、最新版中西医结合妇产科学教材及国内相关标准与指南。对论述中医治疗子宫脱垂的117篇报道类文献和3部书籍类文献进行分析总结，并对其进行两轮德尔菲专家问卷调查得出，中医药治疗子宫脱垂具有简、效、验、廉的优势。

**6.2分证论治**

**临床问题12：**子宫脱垂各证型分别选用什么治法和代表方?

**推荐意见：**

**6.2.1气虚证**

1. 治法（治则治法）：补中益气，升阳举陷。（专家共识度：96.7%）

**证据概要：**参考2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中医妇科学》（第十一版）、2021年国家卫生健康委员会“十四·五”规划教材《中医妇科学》、2012年中华中医药学会《中医妇科常见病诊疗指南·子宫脱垂》。

1. 推荐用药：补中益气汤（《脾胃论》，药物组成：黄芪、白术、陈皮、升麻、柴胡、人参、甘草、当归）。（证据级别：C，强推荐；专家共识度：98.9%）

**证据概要：**参考2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中医妇科学》（第十一版）、2021年国家卫生健康委员会“十四·五”规划教材《中医妇科学》、2012年中华中医药学会《中医妇科常见病诊疗指南·子宫脱垂》。

根据GRADE证据等级分级：4篇RCT研究表明，补中益气汤治疗子宫脱垂气虚证降低POP-Q分度[MD=0.36，95% CI（0.23,0.59）]（C）。4篇RCT研究表明，补中益气汤治疗子宫脱垂气虚证缩短纤维收缩时间[MD=2.22，95% CI（1.95,2.50）]（C）。2篇RCT研究表明，补中益气汤治疗子宫脱垂气虚证降低盆底障碍生活质量简表（PFDI-20）评分[MD=-7.38，95% CI（-12.97,-1.80）]（C）。1篇RCT研究表明，补中益气汤治疗子宫脱垂气虚证减少不良反应[MD=0.28，95% CI（0.13,0.63）]（C）。

**6.2.2肾虚证**

1. 治法（治则治法）：补肾固脱，益气升提。（专家共识度：97.8%）

**证据概要：**参考2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中医妇科学》（第十一版）、2021年国家卫生健康委员会“十四·五”规划教材《中医妇科学》、2012年中华中医药学会《中医妇科常见病诊疗指南·子宫脱垂》。

1. 推荐用药：大补元煎（《景岳全书》，药物组成：人参、山药、熟地、杜仲、当归、山茱萸、枸杞、炙甘草）。（专家共识度：97.8%）

**证据概要：**参考2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中医妇科学》（第十一版）、2021年国家卫生健康委员会“十四·五”规划教材《中医妇科学》、2012年中华中医药学会《中医妇科常见病诊疗指南·子宫脱垂》。

**6.3中成药**

**临床问题13：**治疗子宫脱垂的中成药具体用药有哪些?

**推荐意见1：**补中益气丸（颗粒）作为治疗子宫脱垂气虚证的中成药，药物组成：炙黄芪、党参、炙甘草、当归、白术（炒）、升麻、柴胡、陈皮、生姜、大枣，辅料为糊精。（专家共识度：98.9%）

**证据概要：**参考2012年中华中医药学会《中医妇科常见病诊疗指南·子宫脱垂》。

**推荐意见2：**金匮肾气丸（片）作为治疗子宫脱垂肾虚证的中成药，药物组成：地黄、山药、山茱萸（酒炙）、茯苓、牡丹皮、泽泻、桂枝、附子（制），辅料为蜂蜜。（专家共识度：93.41%）

**证据概要：**参考2012年中华中医药学会《中医妇科常见病诊疗指南·子宫脱垂》。

**6.4外治法**

**临床问题14：**治疗子宫脱垂的中医外治法及具体用药有哪些?

**6.4.1针灸疗法**

**推荐意见1：气虚证：**主穴取足三里、三阴交、关元、气海、百会穴；配穴取中脘、维道、脾俞穴。施用补法，也可针后施灸。（证据级别：C，强推荐；专家共识度：92.31%）

**推荐意见2：肾虚证：**主穴取关元、子宫、大赫、照海穴；配穴取肾俞、曲泉、中极穴。施用补法，也可针后施灸。（证据级别：C，强推荐；专家共识度：92.31%）

**证据概要：**参考2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中西医结合妇产科学》、2021年国家卫生健康委员会“十四·五”规划教材《中医妇科学》、2012年中华中医药学会《中医妇科常见病诊疗指南·子宫脱垂》。

根据GRADE证据等级分级：2篇RCT研究表明针灸治疗盆底功能障碍性患者有效[MD=6.90，95% CI（2.27,20.98）](C)。1篇RCT研究表明针灸可以改善盆底功能障碍患者患者盆底表面肌电压[MD=17.72，95%CI(15.02,20.42)](C)。1篇RCT研究表明针灸可以改善盆底功能障碍患者患者临床疗效[MD=8.83，95%CI(1.91, 40.81)](C)。

**6.4.2中药煎水熏洗**

**推荐意见1：**枳壳60-100g，煎水熏洗。用于子宫脱垂无破溃者。（专家共识度：82.42%）

**推荐意见2：**丹参、五倍子、诃子，煎水熏洗。用于子宫脱垂无破溃者。（专家共识度：90.11%）

**推荐意见3：**忍冬藤、蒲公英、紫花地丁、土茯苓、黄柏、白矾，煎水熏洗，然后上穿心莲粉。用于子宫脱垂破溃者。（专家共识度：92.31%）

**推荐意见4**：苦参、蛇床子、生黄柏、白花蛇舌草、白矾，煎水熏洗。用于子宫脱垂破溃者。（专家共识度：92.31%）

**证据概要：**参考2021年国家卫生健康委员会“十四·五”规划教材《中医妇科学》、2012年中华中医药学会《中医妇科常见病诊疗指南·子宫脱垂》。

根据理论传承证据分类、分级：3篇晋到清代医家相关的论述认为枳壳煎水熏洗可用于治疗子宫脱垂(II)。（清·《彤园医书（妇人科）》载：“敷阴痔方：鲜枳壳（切薄片，四两）煎浓汁，先乘热熏洗，稍冷时用绢包渣，安阴户上，轻轻将痔揉入，令夹腿仰卧，气透自消。”清·《妇科秘方》“产后生肠不收，枳壳煎汤即收。”明·《救急疗贫易简奇方》“产后生肠不收，用枳壳二两去穰，煎汤温浸肠。”）1篇指南认为枳壳60-100g，煎水熏洗，用于子宫脱垂无破溃者(IVa)。1篇教材认为枳壳50g，煎水熏洗，日1次，用于治疗子宫脱垂(IVa)。1篇指南认为丹参、五倍子、诃子，煎水熏洗，用于子宫脱垂无破溃者(IVa)。1篇指南认为忍冬藤、蒲公英、紫花地丁、土茯苓、黄柏、白矾，煎水熏洗，然后上穿心莲粉，用于子宫脱垂破溃者(IVa)。1篇指南认为苦参、蛇床子、生黄柏、白花蛇舌草、白矾，煎水熏洗。用于子宫脱垂破溃者(IVa)。

根据中医药临床研究证据等级分级：2篇经验总结认为枳壳100g煎水熏洗可用于治疗子宫脱垂无溃损者(Ⅳ)。1篇前瞻性病例系列研究认为椿根白皮15g、石榴皮20g、五倍子15g、升麻30g、柴胡15g、枯矾20g，黄柏10g、苦参20g、蛇床子15g，水煎汤先熏后洗可用于治疗子宫脱垂(Ⅲ)。1篇病例对照研究认为升麻30g、枯矾20g、石榴皮20g、苦参20g、椿根白皮15g、五倍子15g、蛇床子15g、黄檗10g，水煎汤先熏后洗可用于治疗子宫脱垂(Ⅲ)。1篇经验总结认为麻黄、小茴香各6g，炒枳壳12g，透骨草、五倍子各9g可用于治疗子宫脱垂(Ⅳ)。1篇经验总结认为鲜马齿苋100g、蒲公英50g、枯矾10g，水煎，温洗，适用于子宫脱垂黄水淋沥者(Ⅳ)。1篇经验总结认为金银花、紫花地丁、苦参、蛇床子各30g，蒲公英50g，黄连、黄柏、枯矾各10g，水煎汤先熏后洗可用于治疗子宫脱垂(Ⅳ)。

**6.4.3穴位贴敷**

**推荐意见1：**蓖麻仁捣烂贴敷，选用关元、子宫、百会、神阙等穴。作为治疗子宫脱垂的穴位贴敷法。（证据级别：C，强推荐；专家共识度：89.13%）

**证据概要：**参考2012年中华中医药学会《中医妇科常见病诊疗指南·子宫脱垂》。

根据GRADE证据等级分级：4篇RCT研究表明穴位贴敷可降低子宫脱垂患者盆底肌收缩持续时间[MD=3.88，95%CI(0.86,6.91)](B)。3篇RCT研究表明穴位贴敷增加子宫脱垂患者最大阴道内压[MD=21.77，95%CI(17.87,25.67)](C)。2篇RCT研究表明穴位贴敷可改善子宫脱垂患者中医症候积分[MD=-1.61，95%CI(-2.22,-0.99)](C)。2篇RCT研究表明穴位贴敷可改善子宫脱垂患者盆底表面肌电压[MD=0.64，95%CI(0.50,0.78)](C)。1篇RCT研究表明穴位贴敷可改善子宫脱垂患者POP-Q分度[MD=3.15，95%CI(1.07,9.26)](C)。

**6.4.4盆底肌训练**

**推荐意见：**盆底肌肉锻炼（包括凯格尔训练）和物理疗法（电刺激、生物反馈）作为子宫脱垂的治疗方法。（证据级别：C，强推荐；专家共识度：100%）

**证据概要：**4篇RCT研究表明盆底肌肉锻炼可降低盆腔脱垂患者POP-Q分度[MD=2.94，95% CI（1.62,5.32）](C)。3篇RCT研究表明盆底肌肉锻炼可降低盆腔脱垂患者POP-SS评分[MD=-2.01，95% CI（-2.81,-1.20）](B)。2篇RCT研究表明盆底肌肉锻炼可恢复盆腔脱垂患者盆底肌张力[MD=1.05，95% CI（-0.22,2.32）](C)。1篇RCT研究表明盆底肌肉锻炼可增加盆腔脱垂患者盆底肌电压[MD=6.00，95% CI（3.29,8.71）](C)。1篇RCT研究表明盆底肌肉锻炼可减少盆腔脱垂患者复发情况[MD=1.83，95% CI（-9.92,13.58）](C)。2篇RCT研究表明盆底肌肉锻炼可减少盆底功能障碍性患者盆底障碍影响简易问卷（PFIQ-7）评分[MD=-5.29，95% CI（-15.86,5.28）](C)。1篇RCT研究表明盆底肌肉锻炼可增加盆底功能障碍性患者盆底肌电压[MD=6.23，95% CI（5.20,7.26）](C)。1篇RCT研究表明凯格尔训练可减少盆底功能障碍性患者漏尿量[MD=-1.11，95% CI（-1.27,-0.95）](C)。

7篇RCT研究表明电刺激可降低盆底功能障碍性患者盆底障碍生活质量简表（PFDI-20评分）[MD=-5.11,95%CI(-7.15,-3.06)](B)。5篇RCT研究表明电刺激可降低盆底功能障碍性患者盆底障碍影响简易问卷（PFIQ-7）评分[MD=-5.68，95% CI（-7.28,4.08）](B)。1篇RCT研究表明电刺激可降低盆底功能障碍性患者POP-Q分度[MD=3.62，95% CI（1.26,10.42）](C)。3篇RCT研究表明生物反馈可降低盆底功能障碍性患者盆底障碍生活质量简表（PFDI-20）评分[MD= -5.11 ,95%CI(-6.30,-3.92)](C)。2篇RCT研究表明生物反馈可改善盆底功能障碍性患者盆底肌张力恢复效果[MD=4.37，95% CI（2.63,7.26)](C)。12篇RCT研究表明电刺激生物反馈可改善盆底功能障碍性患者盆底肌电压[MD=2.91，95% CI（1.76,4.07）](B)。8篇RCT研究表明电刺激生物反馈可降低盆底功能障碍性患者盆底障碍影响简易问卷（PFIQ-7）评分[MD=-13.28，95%CI(-17.38, -9.18)](B)。6篇RCT研究表明电刺激生物反馈可降低盆底功能障碍性患者盆底障碍生活质量简表（PFDI-20）评分[MD=-3.52，95% CI（-3.85,-3.18）](B)。6篇RCT研究表明电刺激生物反馈可增加盆底功能障碍性患者盆底肌力分级[MD=3.04，95%CI(1.97,4.67)](B)。4篇RCT研究表明电刺激生物反馈可降低盆底功能障碍性患者POP-Q分度[MD=0.49，95% CI（0.32,0.74）](B)。

**7 中医诊疗流程图**



图1 子宫脱垂中医诊疗流程图

**附录A**

**（规范性）**

**编制方法**

**A1.指南制定方法**

**1 指南制定项目组成员及职责**

本指南由天津中医药大学第一附属医院发起，并全程负责指南制定的所有相关工作，在指南制定初期分别建立了指南指导组、专家组与工作组。同时，联合河北中医药大学、北京中医药大学东直门医院、黑龙江中医药大学附属第一医院，江苏省中医院、成都中医药大学附属医院、广州中医药大学第一附属医院、天津市第一中心医院、天津市中心妇产科医院、天津医科大学总医院、天津市中医药研究院附属医院、天津中医药大学第二附属医院、天津市中西医结合南开医院、武警特色医学中心、上海中医药大学附属龙华医院、天津中医药大学、广东省中医院、辽宁中医药大学附属医院、贵州中医药大学、北京中医药大学第三附属医院共19家单位参与，参与成员均为从事中医、中西医结合、西医妇科领域的专家。天津中医药大学循证医学中心为本指南提供方法学指导。

**2 利益冲突声明**

指南起草组成员均不存在本指南相关的利益冲突。所有参与共识的专家均已签订《指南利益冲突声明表》，声明其本人没有和本指南主题相关的任何商业的、专业的或其他方面的利益，以及所有可能被本部指南成果影响的利益。

**3 证据的检索、筛选、提取与综合**

**3.1 证据检索**

检索范围：计算机检索中国知网、万方、维普、中国生物医学文献、Pubmed、Cochrane Library、Web of science 及Embase数据库，检索时限均从建库至2023年12月31日。检索采用主题词与自由词相结合的方式进行，并根据各数据库特点进行调整。同时手工检索教科书、重要的过期期刊、学术会议论文、标准化文件和出版的相关专著，以补充获取相关资料。

检索策略：（以 CNKI、Pubmed 为例）

①CNKI 数据库检索式：SU%=(子宫脱垂+盆底器官脱垂 +盆底功能障碍+产肠不收+阴挺+盆腔功能障碍性疾病+盆腔脏器脱垂+子宫脱出+阴道脱垂+阴挺)

②Pubmed数据库检索式：("Uterine Prolapse"[Mesh]) OR (((((("uterine prolapse\*"[Title/Abstract]) OR ("vaginal prolapse\*"[Title/Abstract])) OR ("uterovaginal prolapse"[Title/Abstract])) OR (UVP[Title/Abstract])) OR ("prolapse of uterus"[Title/Abstract])) OR (hysteroptosis[Title/Abstract]))

**3.2 证据筛选**

纳入标准：①研究对象（P）：明确诊断为子宫脱垂/盆腔器官脱垂的患者，年龄及辨证分型不做限制。②干预措施（I）：中医疗法、中医疗法联合西医疗法；③对照措施（C）：单纯西医治疗、安慰剂、无治疗。④结局指标（O）：疗效结局指标：POP-Q分度、中医证候积分、盆底障碍生活质量简表（PFDI-20评分）、盆底障碍影响简易问卷（PFIQ-7评分）、监测不良反应、阴道收缩持续时间、盆底肌力分级、盆底肌电压、临床疗效有效率、盆腔脏器脱垂症状评分表（POP-SS）、漏尿量等。安全性结局指标：不良事件；⑤研究设计类型（S）：以系统评价/Meta分析、RCT试验为主，若无则扩展至非随机对照研究、观察性研究。

排除标准：①不含有中医疗法、中西医联合疗法治疗子宫脱垂/盆腔器官脱垂的文献，治疗措施或结局指标描述不明的文献；②样本量每组未达到30例；③重复发表的文献；④统计学方法或数据有误的文献；⑤大会论文、个案报道、非临床试验、药理研究的文献；⑥无法下载全文或无法提取数据，联系作者后仍无法提取数据的文献；⑦未公开发表的文献；⑧由专家组确认的低质量文献。

筛选流程及结果：



图2：筛选流程图

**3.3 证据综合**

两位项目组成员对纳入的RCT通过Cochrane风险偏倚评估（随机序列的生成、分配隐藏结局评价者盲法、不完整数据、选择性报告结局以及其他偏倚）进行质量评价，如有分歧则通过协商或请第三方进行裁决。对系统评价及Meta分析采用AMSTAR工具进行质量评价。纳入的数据导入Review Manager5.4.1软件。二分类变量用风险比（Risk ratio，RR）的95%置信区间（confidence intervals，CI）表示，连续变量则用均值差（mean difference，MD）的95% CI表示。

**3.4 证据评价**

本诊疗方案采用GRADE证据等级系统进行证据质量评价。根据不同结局按照升降级因素对证据进行质量分级，然后对证据体进行评级，将证据体质量分为高、中、低、极低四级。

在证据质量等级的基础上，综合证据质量级别、利弊平衡、成本、患者价值观及意愿后，形成推荐意见。通过GRADEpro GuidelineDevelopment Tool（GDT）对评价结果形成证据概要表。

**4 形成推荐意见**

采用德尔菲法形成专家意见共识，对专家共识度≥70% 的条目予以采纳，形成共识推荐意见或共识建议。

采用GRADE网格计票规则：除了“利弊相当或不确定”格以外的任何1格票数超过50%，则达成共识，可直接确定推荐方向及强度；若“利弊相当或不确定”格某一侧两格总票数超过70%，则达成共识，可确定推荐方向，推荐强度为“弱”；其余情况视为未达成共识，共识推荐进入下一轮投票，投票不超过3轮。推荐意见分级包括：强推荐（或强不推荐）、弱推荐（或弱不推荐）、无明确推荐。

**表3 证据质量与推荐强度分级**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 证据分级 | 代码 | 说明 |
| 高质量 | A | 未来研究几乎不可能改变现有疗效评价结果的可信度 |
| 中等质量 | B | 未来研究可能对现有疗效评估有重要影响，可能改变评价结果的可信度 |
| 低质量 | C | 未来研究很有可能对现有疗效评估有重要影响，改变评价结果可信度的可能性大 |
| 极低质量 | D | 任何的疗效评估都很不确定 |

**表4 GRADE推荐强度分级与定义**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 推荐分级 | 本指南推荐用语 | 代码 |
| 支持使用某种疗法的强推荐 | 强推荐 | 1 |
| 支持使用某种疗法的弱推荐 | 弱推荐 | 2 |
| 不能确定 | 不推荐 | 0 |
| 反对使用某种疗法的弱推荐 | 弱反对 | -2 |
| 反对使用某种疗法的强推荐 | 强反对 | -1 |

**表5 在制定指南时记录评审人员意见的GRADE网络**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 等级分数 |
| 1 | 2 | 0 | 2 | 1 |
| 干预措施的利弊权衡 | 明显利大于弊 | 可能利大于弊 | 利弊相当或不确定 | 可能弊大于利 | 明显弊大于利 |
| 推荐意见 | 强：“一定做” | 弱：“可能做” | 无明确推荐意见 | 弱：“可能不做” | 强：“一定不做” |
|  |  |  |  |  |  |

**表6 理论传承证据分类、分级与评价**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 类别 | 诊断措施 | 干预措施 |
| Ia | 《黄帝内经》《伤寒杂病论》《黄帝八十一难经》等东汉及之前的著述支持 | 《黄帝内经》《伤寒杂病论》《黄帝八十一难经》等东汉及之前的著述支持 |
| Ib | 晋到清代医家相关的论述，具有较好的传承 | 晋到清代医家相关的论述，具有较好的传承 |
| II | 晋到清代医家相关的论述，传承存在不一致 | 晋到清代医家相关的论述，传承存在不一致 |
| IIIa | 近现代（民国-当代）名中医的论著中明确描述 | 近现代（民国-当代）名中医的论著中明确描述 |
| IIIb | 近现代（民国-当代）名中医的论著中能体现 | 近现代（民国-当代）名中医的论著中能体现 |
| IVa | 教材，行业规范性文件 | 教材，行业规范性文件 |
| IVb | 专著 | 一定数量的单个病例报道 |

**A2.缩略词对照表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ACOG | American College of Obstetricians and Gynecologists | 美国妇产科学院 |
| CI | Confidence Interval | 置信区间 |
| CNKI | China National Knowledge Infrastructure | 中国知网 |
| GRADE | Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation | 评估、发展和评价建议的分级 |
| MD | Mean Deviation | 平均差 |
| MRI | Magnetic Resonance Imaging | 磁共振成像 |
| PFDI-20 | Pelvic floor distress inventory-shortform 20 | 盆底障碍生活质量简表 |
| PFIQ-7 | Pelvic Floor Impact Questionnaire 7 | 盆底障碍影响量化表 |
| POP | Pelvic Organ Prolapse | 盆腔脏器脱垂 |
| POP-Q | pelvic organ prolapse quantitation | 盆腔器官脱垂定量分期法 |
| POP-SS | Pelvic Organ Prolapse Symptom Score | 盆腔脏器脱垂症状评分表 |
| PREPARE | Practice guideline REgistration for transPAREncy | 国际实践指南注册与透明化平台 |
| RCT | randomized controlled trial | 随机对照试验 |
| TVL | total vaginal length | 阴道全长 |

**附录B**

**（资料性）**

**证据概要表**

**基础问题证据概要表**

|  |  |
| --- | --- |
| **基础问题1** | 子宫脱垂的概念是什么？ |
| **研究类型及数量** | 书籍类文献4部。 |
| **统计分析结果** | 依据2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中医妇科学》（第十一版）、2021年国家卫生健康委员会“十四·五”规划教材《中医妇科学》、2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中西医结合妇产科学》、2018年国家卫生健康委员会“十三·五”规划教材《妇产科学》、GB/T 16751.1-2023《中医临床诊疗术语 第1部分：疾病》。 |
| **结论** | 子宫从正常位置沿阴道下降，宫颈外口达坐骨棘水平以下，甚至子宫全部脱出阴道口以外。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **基础问题2** | 子宫脱垂的危险因素有哪些？ |
| **研究类型及数量** | 指南2部、书籍类文献2部 |
| **统计分析结果** | 依据2020年《盆腔器官脱垂的中医诊疗指南》、2019《ACOG PRACTICE BULLETIN:Pelvic Organ Prolapse》、2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中西医结合妇产科学》、2018年国家卫生健康委员会“十三·五”规划教材《妇产科学》。 |
| **结论** | 子宫脱垂的危险因素包括产次、阴道分娩、衰老、肥胖、结缔组织异常疾病、绝经状态、慢性便秘等。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **基础问题3** | 子宫脱垂的中医病因病机有哪些？ |
| **研究类型及数量** | 书籍类文献3部 |
| **统计分析结果** | 依据2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中医妇科学》（第十一版）、2021年国家卫生健康委员会“十四·五”规划教材《中医妇科学》、2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中西医结合妇产科学》。 |
| **结论** | 子宫脱垂主要病机为气虚下陷与肾虚不固致胞络受损，带脉提摄无力，而子宫脱出。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **基础问题4** | 子宫脱垂的诊断标准是什么，鉴别诊断有哪些？ |
| **研究类型及数量** | 书籍类文献4部 |
| **统计分析结果** | 依据2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中西医结合妇产科学》、2018年国家卫生健康委员会“十三·五”规划教材《妇产科学》、2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中医妇科学》（第十一版）、2021年国家卫生健康委员会“十四·五”规划教材《中医妇科学》。 |
| **结论** | 子宫脱垂的诊断应依据病史、症状、体征，必要时结合辅助检查进行判断。与宫颈延长、宫颈肌瘤、子宫黏膜下肌瘤、阴道壁肿物、慢性子宫内翻的鉴别诊断。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **基础问题5** | 子宫脱垂的辅助检查有哪些？ |
| **研究类型及数量** | 指南2部 |
| **统计分析结果** | 依据2020年《盆腔器官脱垂的中医诊疗指南》、2019《ACOG PRACTICE BULLETIN:Pelvic Organ Prolapse》。 |
| **结论** | 结合患者的症状选择适宜的检查。对于顶端和(或)阴道前壁膨出且无压力性尿失禁症状者，建议行脱垂复位后的隐匿性尿失禁试验。POP手术前建议行尿流率检查和残余尿量测定，建议行尿动力学检查。对于合并尿失禁的POP患者，建议术前行尿动力学检查或尿失禁的临床检查，如排尿日记、尿垫试验等。术前盆底超声检查和盆底MRI检查有助于诊断和治疗方式的选择。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **基础问题6** | 子宫脱垂临床分度的评估方法是什么？ |
| **研究类型及数量** | 指南3部、书籍类文献2部 |
| **统计分析结果** | 依据2020年《盆腔器官脱垂的中医诊疗指南》、2021年《Management of female pelvic organ prolapse》、2019年《ACOG PRACTICE BULLETIN:Pelvic Organ Prolapse》、2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中西医结合妇产科学》、2018年国家卫生健康委员会“十三·五”规划教材《妇产科学》。 |
| **结论** | POP-Q分度是目前国内外最推荐使用的客观评价方法。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **基础问题7** | 子宫脱垂的中医治疗原则是什么？ |
| **研究类型及数量** | 指南3部、书籍类文献1部 |
| **统计分析结果** | 依据中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组《盆腔器官脱垂的中国诊治指南（2020年版）》、2012年中华中医药学会行业标准《中医妇科常见病诊疗指南·子宫脱垂》（ZYYXH/T235-2012）、2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中西医结合妇产科学》、2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中医妇科学》（第十一版）、2021年国家卫生健康委员会“十四·五”规划教材《中医妇科学》、2016年全国中医药行业高等教育“十三·五”规划教材《中医妇科学》（第十版）。 |
| **结论** | 子宫脱垂的中医治疗以“虚者补之，陷者举之，脱者固之”为原则。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **基础问题8** | 中医药治疗子宫脱垂的适宜人群？ |
| **研究类型及数量** | 书籍类文献3部 |
| **统计分析结果** | 依据2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中西医结合妇产科学》、2021年国家卫生健康委员会“十四·五”规划教材《中医妇科学》、2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中医妇科学》（第十一版）。 |
| **结论** | 对于轻度子宫脱垂（POP-Q Ⅰ～Ⅱ度）且有自觉症状的患者，建议应用中医药治疗；对于重度子宫脱垂（POP-Q Ⅲ～Ⅳ度）不能耐受手术、或不愿意手术治疗的患者，可以采用中医药治疗。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **基础问题9** | 对子宫脱垂手术患者，选择中医药治疗的时机是什么？ |
| **研究类型及数量** | 报道类文献23篇 |
| **统计分析结果** | 经查阅PubMed、Embase、Scopus、Cochrane、知网、万方、维普、中国生物医学文献等数据库中建库至2023年12月31日的报道类文献62691篇，并手工检索涉及相关内容的书籍类文献5部，包括最新版中医妇科学教材、最新版中西医结合妇产科学教材及国内相关标准与指南。对论述子宫脱垂手术患者予中医药治疗时机的23篇报道类文献进行分析总结，并对其进行两轮德尔菲专家问卷调查得出，所有进行手术的子宫脱垂患者，均选择围手术期使用中医药辅助治疗。 |
| **结论** | 对于接受子宫脱垂手术的患者，推荐全程使用中医药治疗作为整体治疗计划的一部分，包括手术前的准备阶段和手术后的恢复阶段。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **基础问题10** | 子宫脱垂的中医治疗优势？ |
| **研究类型及数量** | 报道类文献117篇、书籍类文献3部 |
| **统计分析结果** | 经查阅PubMed、Embase、Scopus、Cochrane、知网、万方、维普、中国生物医学文献等数据库中建库至2023年12月31日的报道类文献62691篇，并手工检索涉及相关内容的书籍类文献5部，包括最新版中医妇科学教材、最新版中西医结合妇产科学教材及国内相关标准与指南。对论述中医治疗子宫脱垂的117篇报道类文献和3部书籍类文献进行分析总结，并对其进行两轮德尔菲专家问卷调查得出，中医药治疗子宫脱垂具有简、效、验、廉的优势。 |
| **结论** | （1）对于Ⅰ度、Ⅱ度轻者（POP-Q分度），临床较多见，且中医药及特色疗法有着独特的优势；单纯中医药治疗对于Ⅱ度脱垂（POP-Q分度）以下的患者效果显著。当患者子宫脱垂达到Ⅲ度（POP-Q分度）或以上时，则建议采取西医的手术治疗手段以恢复正常解剖结构。当然同时仍建议辅以中医药治疗，以明显减少手术的副作用。（2）中医外治法能有效恢复Ⅰ、Ⅱ度轻型（POP-Q分度）子宫脱垂患者的盆底肌肉功能，并且操作简便安全，常用的中医外治法包括中药外用法、针灸结合、针药结合、穴位注射、穴位埋线、中药熏洗、耳穴加电针、头皮针等诸多疗法。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **基础问题11** | 子宫脱垂的中医治疗方法有哪些？ |
| **研究类型及数量** | 指南1部、书籍类文献3部 |
| **统计分析结果** | 依据2012年中华中医药学会行业标准《中医妇科常见病诊疗指南·子宫脱垂》（ZYYXH/T235-2012）、2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中医妇科学》（第十一版）、2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中西医结合妇产科学》、2021年国家卫生健康委员会“十四·五”规划教材《中医妇科学》。 |
| **结论** | 子宫脱垂可采用口服中药汤剂、中成药、中药煎水熏洗或坐浴、针灸、穴位贴敷等中医治疗方法。 |

**临床问题证据概要表**

**一、中药**

**1与盆底康复训练相比，补中益气汤联合盆底康复训练是否可以改善盆底功能障碍性患者盆底障碍生活质量简表？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与盆底康复训练相比，补中益气汤联合盆底康复训练是否可以改善盆**底功能障碍性患者盆底障碍生活质量简表？** | 盆底功能障碍性患者 | 补中益气汤+盆底康复训练 | 盆底康复训练 | 盆底障碍生活质量简表（PFDI-20评分） |
| **研究类型及数量** | 2个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=-7.38，95% CI（-12.97,-1.80） |
| **证据等级** | C级证据 |
| **是否升级或降级** | 降2级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确分配隐藏与盲法）、不精确性（样本量小） |
| **结局指标重要性** | 关键（8分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 此为中药汤剂，成本较低，无不良反应的报道，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与盆底康复训练相比，补中益气汤联合盆底康复训练治疗盆底功能障碍性患者，治疗组盆底障碍生活质量简表（PFDI-20）评分低于对照组（*P*=0.001）。 |

**2与盆底康复训练相比，补中益气汤联合盆底康复训练是否可以减少盆底功能障碍性患者不良反应？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与盆底康复训练相比，补中益气汤联合盆底康复训练是否可以减少盆底功能障碍性患**者不良反应？** | 盆底功能障碍性患者 | 补中益气汤+盆底康复训练 | 盆底康复训练 | 需要监测不良反应 |
| **研究类型及数量** | 1个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=0.28，95% CI（0.13,0.63） |
| **证据等级** | C级证据 |
| **是否升级或降级** | 降2级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确分配隐藏与盲法）、不精确性（样本量小） |
| **结局指标重要性** | 关键（7分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 此为中药汤剂，成本较低，无不良反应的报道，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与盆底康复训练相比，补中益气汤联合盆底康复训练治疗盆底功能障碍性患者，治疗组不良反应少于对照组（*P*=0.002）。 |

**3与盆底康复训练相比，补中益气汤联合盆底康复训练是否可以改善盆底功能障碍性患者POP-Q分度？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与盆底康复训练相比，补中益气汤联合**盆底康复训练是否可以改善盆底功能障碍性患者POP-Q分度？** | 盆底功能障碍性患者 | 补中益气汤+盆底康复训练 | 盆底康复训练 | POP-Q分度 |
| **研究类型及数量** | 4个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=0.36，95% CI（0.23,0.59） |
| **证据等级** | C级证据 |
| **是否升级或降级** | 降2级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确分配隐藏，未施行盲法）、不精确性（样本量小） |
| **结局指标重要性** | 关键（8分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 此为中药汤剂，成本较低，无不良反应的报道，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与盆底康复训练相比，补中益气汤联合盆底康复训练治疗盆底功能障碍性患者，治疗组POP-Q分度低于对照组（*P*＜0.0001）。 |

###

**4与盆底康复训练相比，补中益气汤联合盆底康复训练是否可以改善盆底功能障碍性患者两组纤维收缩时间？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与盆底康复训练相比，补中益气汤联合盆底**康复训练是否可以改善盆底功能障碍性患者两组纤维收缩时间？** | 盆底功能障碍性患者 | 补中益气汤+盆底康复训练 | 盆底康复训练 | 阴道收缩持续时间 |
| **研究类型及数量** | 4个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=2.22，95% CI（1.95,2.50） |
| **证据等级** | C级证据 |
| **是否升级或降级** | 降2级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确分配隐藏，未施行盲法）、不精确性（样本量小） |
| **结局指标重要性** | 关键（7分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 此为中药汤剂，成本较低，无不良反应的报道，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与盆底康复训练相比，补中益气汤联合盆底康复训练治疗盆底功能障碍性患者，治疗组纤维收缩时间短于对照组（*P*＜0.00001）。 |

**二、电刺激生物反馈**

##### **1电刺激**

**1.1与盆底康复锻炼相比，电刺激联合盆底康复锻炼是否可以改善盆底功能障碍性患者POP-Q分度？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与盆底康复锻炼相比，电刺激联合盆底康复锻炼是否可以改善盆底功能障碍性患者**POP-Q分度？** | 盆底功能障碍性患者 | 电刺激+盆底康复锻炼 | 盆底康复锻炼 | POP-Q分度 |
| **研究类型及数量** | 1个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=3.62，95% CI（1.26,10.42） |
| **证据等级** | C级 |
| **是否升级或降级** | 降2级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确分配隐藏，未施行盲法）、不精确性（样本量小） |
| **结局指标重要性** | 关键（8分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 此为常用外治法，其成本较低，不良反应无统计学差异，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 弱推荐 |
| **结论** | 与盆底康复锻炼相比，电刺激联合盆底康复锻炼显著改善盆底功能障碍性患者POP-Q分度（*P*=0.02）。 |

###

**1.2与盆底康复锻炼相比，电刺激联合盆底康复锻炼是否可以改善盆底功能障碍性患者盆底障碍影响简易问卷？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与盆底康复锻炼相比，电刺激联合盆底康复锻炼是否可以改善盆底功能障碍性患者**盆底障碍影响简易问卷？** | 盆底功能障碍性患者 | 电刺激+盆底康复锻炼 | 盆底康复锻炼 | 盆底障碍影响简易问卷（PFIQ-7）评分 |
| **研究类型及数量** | 5个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=-5.68，95% CI（-7.28,4.08） |
| **证据等级** | B级 |
| **是否升级或降级** | 降1级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确随机方法、分配隐藏与盲法） |
| **结局指标重要性** | 关键（7分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 此为常用外治法，其成本较低，不良反应无统计学差异，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与盆底康复锻炼相比，电刺激联合盆底康复锻炼可以显著改善盆底功能障碍性患者盆底障碍影响简易问卷评分（*P*<0.00001）。 |

###

**1.3与盆底康复锻炼相比，电刺激联合盆底康复锻炼是否可以改善盆底功能障碍性患者盆底障碍生活质量简表？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与盆底康复锻炼相比，电刺激联合盆底康复锻炼是否可以改善盆底功能障碍性患者**盆底障碍生活质量简表？** | 盆底功能障碍性患者 | 电刺激+盆地康复锻炼 | 盆底康复锻炼 | 盆底障碍生活质量简表（PFDI-20评分） |
| **研究类型及数量** | 7个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=-5.11，95% CI（-7.15,-3.06） |
| **证据等级** | B级 |
| **是否升级或降级** | 降1级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确随机方法、分配隐藏与盲法） |
| **结局指标重要性** | 关键（8分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 此为常用外治法，其成本较低，不良反应无统计学差异，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与盆底康复锻炼相比，电刺激联合盆底康复锻炼可以显著改善盆底功能障碍性患者盆底障碍生活质量简表评分（*P*<0.00001）。 |

##

##### **2生物反馈**

**2.1与单用盆底康复锻炼相比，生物反馈联合盆底康复锻炼是否可以改善盆底功能障碍性患者盆底障碍生活质量简表？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与单用盆底康复锻炼相比，生物反馈联合盆底康复锻炼是否可以改善盆底功能障碍性患者**盆底障碍生活质量简表**？ | 盆底功能障碍性患者 | 生物反馈+盆底康复锻炼 | 盆底康复锻炼 | 盆底障碍生活质量简表（PFDI-20）评分 |
| **研究类型及数量** | 3个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=-5.11，95% CI（-6.30,-3.92） |
| **证据等级** | C级 |
| **是否升级或降级** | 降2级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确随机方法、分配隐藏与盲法）、不精确性（样本量小） |
| **结局指标重要性** | 关键（8分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 此为常用外治法，其成本较低，不良反应无统计学差异，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与单用盆底康复锻炼相比，生物反馈联合盆底康复锻炼可以显著改善盆底功能障碍性患者盆底障碍生活质量简表评分（*P*<0.00001）。 |

###

**2.2与单用盆底康复锻炼相比，生物反馈联合盆底康复锻炼是否可以改善盆底功能障碍性患者盆底肌张力恢复效果？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与单用盆底康复锻炼相比，生物反馈联合盆底康复锻炼是否可以改善盆底功能障碍性患者**盆底肌张力恢复效果**？ | 盆底功能障碍性患者 | 生物反馈+盆底康复锻炼 | 盆底康复锻炼 | 盆底肌张力恢复效果 |
| **研究类型及数量** | 2个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=4.37，95% CI（2.63,7.26） |
| **证据等级** | C级 |
| **是否升级或降级** | 降2级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确随机方法、分配隐藏与盲法）、不精确性（样本量小） |
| **结局指标重要性** | 关键（7分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 此为常用外治法，其成本较低，不良反应无统计学差异，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与单用盆底康复锻炼相比，生物反馈联合盆底康复锻炼可以显著改善盆底功能障碍性患者盆底肌张力恢复效果（*P*<0.00001）。 |

##### **3电刺激+生物反馈**

**3.1与单用盆底康复锻炼相比，电刺激生物反馈联合盆底康复锻炼是否可以改善盆底功能障碍性患者POP-Q分度？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与单用盆底康复锻炼相比，电刺激生物反馈联合盆底康复锻炼是否可以改善盆底功能障碍性患者**POP-Q分度**？ | 盆底功能障碍性患者 | 电刺激+生物反馈+盆底康复锻炼 | 盆底康复锻炼 | POP-Q分度 |
| **研究类型及数量** | 4个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=0.49，95% CI（0.32,0.74） |
| **证据等级** | B级 |
| **是否升级或降级** | 降1级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确随机方法、分配隐藏与盲法） |
| **结局指标重要性** | 关键（8分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 此为常用外治法，其成本较低，不良反应无统计学差异，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与单用盆底康复锻炼相比，电刺激生物反馈联合盆底康复锻炼可以显著改善盆底功能障碍性患者POP-Q分度（*P*=0.0008）。 |

###

**3.2与单用盆底康复锻炼相比，电刺激生物反馈联合盆底康复锻炼是否可以改善盆底功能障碍性患者盆底障碍生活质量简表？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与单用盆底康复锻炼相比，电刺激生物反馈联合盆底康复锻炼是否可以改善盆底功能障碍性患者**盆底障碍生活质量简表？** | 盆底功能障碍性患者 | 电刺激+生物反馈+盆底康复锻炼 | 盆底康复锻炼 | 盆底障碍生活质量简表（PFDI-20）评分 |
| **研究类型及数量** | 6个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=-3.52，95% CI（-3.85,-3.18） |
| **证据等级** | B级 |
| **是否升级或降级** | 降1级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确随机方法、分配隐藏与盲法） |
| **结局指标重要性** | 关键（8分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 此为常用外治法，其成本较低，不良反应无统计学差异，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与单用盆底康复锻炼相比，电刺激生物反馈联合盆底康复锻炼可以显著改善盆底功能障碍性患者盆底障碍生活质量简表评分（*P*＜0.00001）。 |

###

**3.3与单用盆底康复锻炼相比，电刺激生物反馈联合盆底康复锻炼是否可以改善盆底功能障碍性患者盆底障碍影响简易问卷？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与单用盆底康复锻炼相比，电刺激生物反馈联合盆底康复锻炼是否可以改善盆底功能障碍性患者**盆底障碍影响简易问卷？** | 盆底功能障碍性患者 | 电刺激+生物反馈+盆底康复锻炼 | 盆底康复锻炼 | 盆底障碍影响简易问卷（PFIQ-7）评分 |
| **研究类型及数量** | 8个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=-13.28，95% CI（-17.38,-9.18） |
| **证据等级** | B级证据 |
| **是否升级或降级** | 降1级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险(未明确分配隐藏与盲法) |
| **结局指标重要性** | 关键（7分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 有利于患者健康，且为非手术物理治疗方式，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与单用盆底康复锻炼相比，电刺激生物反馈联合盆底康复锻炼可以改善盆底功能障碍性患者盆底障碍影响简易问卷评分（*P*<0.00001）。 |

###

**3.4与单用盆底康复锻炼相比，电刺激生物反馈联合盆底康复锻炼是否可以改善盆底功能障碍性患者盆底肌力分级？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与单用盆底康复锻炼相比，电刺激生物反馈联合盆底康复锻炼是否可以改善盆底功能障碍性患者**盆底肌力分级**？ | 盆底功能障碍性患者 | 电刺激+生物反馈+盆底康复锻炼 | 盆底康复锻炼 | 盆底肌力分级 |
| **研究类型及数量** | 6个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=3.04，95% CI（1.97,4.67） |
| **证据等级** | B级证据 |
| **是否升级或降级** | 降1级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险(未明确分配隐藏与盲法) |
| **结局指标重要性** | 关键（7分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 有利于患者健康，且为非手术物理治疗方式，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与单用盆底康复锻炼相比，电刺激生物反馈联合盆底康复锻炼可以改善盆底功能障碍性患者盆底肌力分级（*P*<0.00001）。 |

###

**3.5与单用盆底康复锻炼相比，电刺激生物反馈联合盆底康复锻炼是否可以改善盆底功能障碍性患者盆底肌电压？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与单用盆底康复锻炼相比，电刺激生物反馈联合盆底康复锻炼是否可以改善盆底功能障碍性患者**盆底肌电压**？ | 盆底功能障碍性患者 | 电刺激+生物反馈+盆底康复锻炼 | 盆底康复锻炼 | 盆底肌电压（盆底电压、I 类肌纤维最大肌电值、60 s 慢肌测定） |
| **研究类型及数量** | 12个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=2.91，95% CI（1.76,4.07） |
| **证据等级** | B级证据 |
| **是否升级或降级** | 降1级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险(未明确分配隐藏与盲法) |
| **结局指标重要性** | 关键（7分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 有利于患者健康，且为非手术物理治疗方式，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与单用盆底康复锻炼相比，电刺激生物反馈联合盆底康复锻炼可以改善盆底功能障碍性患者盆底肌电压（*P*<0.00001）。 |

**三、针灸**

**1****与单用电刺激相比，针灸联合电刺激是否可以改善盆底功能障碍性患者有效率？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与单用电刺激相比，针灸联合电刺激是否可以改善盆底功能障碍性患者有效率？ | 盆底功能障碍性患者 | 针灸+电刺激 | 电刺激 | 有效率 |
| **研究类型及数量** | 2个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=6.90，95% CI（2.27,20.98） |
| **证据等级** | C级证据 |
| **是否升级或降级** | 降2级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确分配隐藏与盲法）、不精确性（样本量小） |
| **结局指标重要性** | 关键（8分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 针刺成本较低，无不良反应的报道，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与单用电刺激相比，针灸联合电刺激可以改善盆底功能障碍性患者有效率（*P*=0.0007）。 |

**2与常规护理相比，针灸是否可以改善盆底功能障碍患者患者盆底表面肌电压？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| **与常规护理相比，穴位贴敷是否可以增加盆底功能障碍患者盆底肌电压？** | 盆底功能障碍患者 | 针灸+常规护理 | 常规护理 | 盆底表面肌电压 |
| **研究类型及数量** | 1个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=17.72，95% CI（15.02,20.42） |
| **证据等级** | C级证据 |
| **是否升级或降级** | 降2级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确分配隐藏与盲法）、不精确性（样本量小） |
| **结局指标重要性** | 关键（7分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 针刺成本较低，无不良反应的报道，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与单用常规护理相比，针灸联合常规护理可以改善盆底功能障碍性患者盆底表面肌电压（*P*<0.00001）。 |

**3与常规护理相比，针灸是否可以改善盆底功能障碍患者临床疗效？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| **与常规护理相比，穴位贴敷是否可以改善盆底功能障碍患者的临床疗效？** | 盆底功能障碍患者 | 针灸+常规护理 | 常规护理 | 临床疗效 |
| **研究类型及数量** | 1个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=8.83，95% CI（1.91,40.81） |
| **证据等级** | C级证据 |
| **是否升级或降级** | 降2级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确分配隐藏与盲法）、不精确性（样本量小） |
| **结局指标重要性** | 关键（8分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 针刺成本较低，无不良反应的报道，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与单用常规护理相比，针灸联合常规护理可以改善盆底功能障碍性患者临床疗效（*P*<0.00001）。 |

**四、锻炼**

##### **1盆腔脱垂患者的盆底肌肉锻炼**

**1.1与单用脱垂治疗相比，盆底肌肉锻炼联合脱垂治疗是否可以减少盆腔脱垂患者复发情况？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与单用脱垂治疗相比，盆底肌肉锻炼联合脱垂治疗是否可以减少盆腔脱垂患者**复发情况**？ | 盆腔脱垂患者 | 盆底肌肉锻炼 | 脱垂治疗 | 复发情况 |
| **研究类型及数量** | 1个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=1.83，95% CI（-9.92,13.58） |
| **证据等级** | C级证据 |
| **是否升级或降级** | 降2级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确分配隐藏与盲法），精确性（样本量小） |
| **结局指标重要性** | 关键（7分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 成本低廉，无不良反应的报道，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 弱推荐 |
| **结论** | 与单用脱垂治疗相比，盆底肌肉锻炼联合脱垂治疗盆腔脱垂患者，治疗组复发情况优于对照组（*P*=0.76）。 |

**1.2与单用脱垂治疗相比，盆底肌肉锻炼联合脱垂治疗是否可以改善盆腔脱垂患者POP-Q分度？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与单用脱垂治疗相比，盆底肌肉锻炼联合脱垂治疗是否可以改善盆腔脱垂患者**POP-Q分度**？ | 盆腔脱垂患者 | 盆底肌肉锻炼 | 脱垂治疗 | POP-Q分度 |
| **研究类型及数量** | 4个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=2.94，95% CI（1.62,5.32） |
| **证据等级** | C级证据 |
| **是否升级或降级** | 降2级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确分配隐藏与盲法），精确性（样本量小） |
| **结局指标重要性** | 关键（8分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 成本低廉，无不良反应的报道，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与单用脱垂治疗相比，盆底肌肉锻炼联合脱垂治疗盆底功能障碍性患者，治疗组POP-Q分度优于对照组（*P*=0.0004）。 |

###

**1.3与单用脱垂治疗相比，盆底肌肉锻炼联合脱垂治疗是否可以改善盆腔脱垂患者盆底肌电压？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与单用脱垂治疗相比，盆底肌肉锻炼联合脱垂治疗是否可以改善盆腔脱垂患者**盆底肌电压**？ | 盆腔脱垂患者 | 盆底肌肉锻炼 | 脱垂治疗 | 盆底肌电压 |
| **研究类型及数量** | 1个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=6.00，95% CI（3.29,8.71） |
| **证据等级** | C级证据 |
| **是否升级或降级** | 降2级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确分配隐藏），精确性（样本量小） |
| **结局指标重要性** | 关键（7分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 成本低廉，无不良反应的报道，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 弱推荐 |
| **结论** | 与单用脱垂治疗相比，盆底肌肉锻炼联合脱垂治疗盆底功能障碍性患者，治疗组盆底肌电压大于对照组（*P*<0.0001）。 |

**1.4与单用脱垂治疗相比，盆底肌肉锻炼联合脱垂治疗是否可以改善盆腔脱垂患者盆腔脏器脱垂症状评分表？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与单用脱垂治疗相比，盆底肌肉锻炼联合脱垂治疗是否可以改善盆腔脱垂患者**盆腔脏器脱垂症状评分表**？ | 盆腔脱垂患者 | 盆底肌肉锻炼 | 脱垂治疗 | 盆腔脏器脱垂症状评分表(POP-SS)  |
| **研究类型及数量** | 3个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=-2.01，95% CI（-2.81,-1.20） |
| **证据等级** | B级证据 |
| **是否升级或降级** | 降1级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确分配隐藏与盲法，失访过多） |
| **结局指标重要性** | 关键（8分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 成本低廉，无不良反应的报道，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与单用脱垂治疗相比，盆底肌肉锻炼联合脱垂治疗盆底功能障碍性患者，治疗组POP-SS评分低于对照组（*P*<0.0001）。 |

**1.5与单用脱垂治疗相比，盆底肌肉锻炼联合脱垂治疗是否可以改善盆腔脱垂患者盆底肌张力恢复效果？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与单用脱垂治疗相比，盆底肌肉锻炼联合脱垂治疗是否可以改善盆腔脱垂患者**盆底肌张力恢复效果？** | 盆腔脱垂患者 | 盆底肌肉锻炼 | 脱垂治疗 | 盆底肌张力恢复效果 |
| **研究类型及数量** | 2个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=1.05，95% CI（-0.22,2.32） |
| **证据等级** | C级证据 |
| **是否升级或降级** | 降2级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确分配隐藏），精确性（样本量小） |
| **结局指标重要性** | 关键（7分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 成本低廉，无不良反应的报道，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与单用脱垂治疗相比，盆底肌肉锻炼联合脱垂治疗盆底功能障碍性患者，治疗组盆底肌张力恢复效果优于对照组（*P*=0.11）。 |

##### **2盆底功能障碍的盆底肉肌锻炼**

**2.1与单用康复管理相比，盆底肌肉锻炼联合康复管理是否可以改善盆底功能障碍性患者PFIQ-7评分？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与单用康复管理相比，盆底肌肉锻炼联合康复管理是否可以改善盆底功能障碍性患者**PFIQ-7评分**？ | 盆底功能障碍性患者 | 盆底肌肉锻炼+康复管理 | 康复管理 | 盆底障碍影响简易问卷（PFIQ-7）评分 |
| **研究类型及数量** | 2个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=-5.29，95% CI（-15.86,5.28） |
| **证据等级** | C级证据 |
| **是否升级或降级** | 降2级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确分配隐藏与盲法），精确性（样本量小） |
| **结局指标重要性** | 关键（7分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 成本低廉，无不良反应的报道，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与单用康复管理相比，盆底肌肉锻炼联合康复管理治疗盆底功能障碍性患者，治疗组PFIQ-7评分低于对照组（*P*=0.33）。 |

**2.2与单用康复管理相比，盆底肌肉锻炼联合康复管理是否可以改善盆底功能障碍性患者盆底肌电压？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与单用康复管理相比，盆底肌肉锻炼联合康复管理是否可以改善盆底功能障碍性患者**盆底肌电压？** | 盆底功能障碍性患者 | 盆底肌肉锻炼+康复管理 | 康复管理 | 盆底肌电压 |
| **研究类型及数量** | 1个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=6.23，95% CI（5.20,7.26） |
| **证据等级** | C级证据 |
| **是否升级或降级** | 降2级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确分配隐藏与盲法），精确性（样本量小） |
| **结局指标重要性** | 关键（7分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 成本低廉，无不良反应的报道，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与单用康复管理相比，盆底肌肉锻炼联合康复管理治疗盆底功能障碍性患者，治疗组盆底肌电压大于对照组（*P*<0.00001）。 |

#####

##### **3凯格尔训练**

**3.1与单用康复管理相比，凯格尔训练联合康复管理是否可以改善盆底功能障碍性患者漏尿量？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| 与单用康复管理相比，凯格尔训练联合康复管理是否可以改善盆底功能障碍性患者**漏尿量**？ | 盆底功能障碍性患者 | 凯格尔+康复管理 | 康复管理 | 漏尿量 |
| **研究类型及数量** | 1个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=-1.11，95% CI（-1.27,-0.95） |
| **证据等级** | C级证据 |
| **是否升级或降级** | 降2级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确分配隐藏与盲法），精确性（样本量小） |
| **结局指标重要性** | 关键（7分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 成本低廉，无不良反应的报道，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与单用康复管理相比，盆底肌肉锻炼联合康复管理治疗盆底功能障碍性患者，治疗组漏尿量少于对照组（*P*<0.00001）。 |

**五、穴位贴敷治疗**

**1与常规护理相比，穴位贴敷是否可以增加子宫脱垂患者盆底肌收缩持续时间？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| **与常规护理相比，穴位贴敷是否可以增加子宫脱垂患者盆底肌收缩持续时间？** | 子宫脱垂 | 穴位贴敷+常规护理 | 常规护理 | 盆底肌收缩持续时间 |
| **研究类型及数量** | 4个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=3.88，95% CI（0.86,6.91） |
| **证据等级** | B级证据 |
| **是否升级或降级** | 降1级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确分配隐藏与盲法） |
| **结局指标重要性** | 关键（7分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 成本低廉，无不良反应的报道，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与单用常规护理相比，穴位贴敷联合常规护理治疗盆底功能障碍性患者，治疗组盆底肌收缩持续时间多于对照组（*P<*0.00001）。 |

**2与常规护理相比，穴位贴敷是否可以增加子宫脱垂患者最大阴道内压？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| **与常规护理相比，穴位贴敷是否可以增加子宫脱垂患者最大阴道内压？** | 子宫脱垂 | 穴位贴敷+常规护理 | 常规护理 | 最大阴道内压 |
| **研究类型及数量** | 3个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=21.77，95% CI（17.87,25.67） |
| **证据等级** | C级证据 |
| **是否升级或降级** | 降2级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确分配隐藏），精确性（样本量小） |
| **结局指标重要性** | 关键（7分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 成本低廉，无不良反应的报道，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与单用常规护理相比，穴位贴敷联合常规护理治疗盆底功能障碍性患者，治疗组最大阴道内压大于对照组（*P*<0.00001）。 |

**3与常规护理相比，穴位贴敷是否可以改善子宫脱垂患者POP-Q分度？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **与常规护理相比，穴位贴敷是否可以改善子宫脱垂患者POP-Q分度？** | 子宫脱垂 | 穴位贴敷+常规护理 | 常规护理 | POP-Q分度 |
| **研究类型及数量** | 1个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=3.15，95% CI（1.07,9.26） |
| **证据等级** | C级证据 |
| **是否升级或降级** | 降2级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确分配隐藏），精确性（样本量小） |
| **结局指标重要性** | 关键（8分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 成本低廉，无不良反应的报道，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与单用常规护理相比，穴位贴敷联合常规护理治疗盆底功能障碍性患者，治疗组POP-Q分度优于对照组（*P*=0.04）。 |

**4与常规护理相比，穴位贴敷是否可以改善子宫脱垂患者中医症候积分？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **与常规护理相比，穴位贴敷是否可以改善子宫脱垂患者中医症候积分？** | 子宫脱垂 | 穴位贴敷+常规护理 | 常规护理 | 中医症候积分 |
| **研究类型及数量** | 2个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=-1.61，95% CI（-2.22,-0.99） |
| **证据等级** | C级证据 |
| **是否升级或降级** | 降2级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确分配隐藏），精确性（样本量小） |
| **结局指标重要性** | 关键（8分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 成本低廉，无不良反应的报道，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与单用常规护理相比，穴位贴敷联合常规护理治疗盆底功能障碍性患者，治疗组中医症候积分优于对照组（*P*<0.00001）。 |

**5与常规护理相比，穴位贴敷是否可以改善子宫脱垂患者盆底表面肌电？**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P**（研究对象） | **I**（干预措施） | **C**（对照措施） | **O**（结局指标） |
| **与常规护理相比，穴位贴敷是否可以增加子宫脱垂患者盆底表面肌电？** | 子宫脱垂 | 穴位贴敷+常规护理 | 常规护理 | 盆底表面肌电压 |
| **研究类型及数量** | 2个RCT |
| **效应值及可信区间** | MD=0.64，95% CI（0.50,0.78） |
| **证据等级** | C级证据 |
| **是否升级或降级** | 降2级 |
| **升级或降级因素** | 偏倚风险（未明确分配隐藏），精确性（样本量小） |
| **结局指标重要性** | 关键（7分） |
| **经济性、利弊关系及患者价值观与意愿** | 成本低廉，无不良反应的报道，患者接受度高。 |
| **推荐强度** | 强推荐 |
| **结论** | 与单用常规护理相比，穴位贴敷联合常规护理治疗盆底功能障碍性患者，治疗组盆底表面肌电压高于对照组（*P*<0.00001）。 |

**参 考 文 献**

1. 冯晓玲,张婷婷.《中医妇科学》（第十一版）[M].北京:中国中医药出版社,2021.6.
2. 刘雁峰,梁雪芳,徐莲薇.《中医妇科学》[M].北京:人民卫生出版社,2021.12.
3. 杜惠兰.《中西医结合妇产科学》[M].北京:中国中医药出版社,2021.6.
4. 中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组.盆腔器官脱垂的中国诊治指南（2020年版）[J].中华妇产科杂志,2020,55(5):300-306.
5. Pelvic Organ Prolapse: ACOG Practice Bulletin, Number 214[J].Obstet Gynecol. 2019;134(5):e126-e142.
6. 谢幸,孔北华,段涛.《妇产科学》[M].北京:人民卫生出版社,2018.7.
7. 中华中医药学会.中医妇科常见病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2012:89-91.

[8]周依歌.补中益气汤联合生物反馈电刺激治疗盆底功能障碍性疾病临床研究[J].河北中医,2021,43(03):455-458+473.

[9]陈观木生.补中益气汤联合盆底康复治疗脾气虚证POP的临床观察及对血清MMP-9的影响[D].福建中医药大学,2022.

[10]罗晓丹,林少梅,邵晓红.补中益气汤联合神经肌肉刺激治疗仪治疗产后盆底功能障碍性疾病随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2017,31(10):50-52.

[11]刘茂芳,曾俞霖,陈少丽.补中益气汤联合电刺激与生物反馈治疗盆底功能障碍性疾病的临床疗效[J].新疆医科大学学报,2019,42(10):1336-1339+1343.

[12]刘蔚,贺小林,张状金.补中益气汤对盆底功能障碍患者盆底肌力及疾病相关因子水平的影响[J].光明中医,2022,37(04):637-639.

[13]王建中,覃瑞国.补中益气汤联合磁刺激对轻度子宫脱垂患者中医证候积分、POP-Q分度及盆底肌电值影响[J].中国计划生育学杂志,2023,31(08):1858-1862.

[14]罗军,欧阳紫婷,吴菲,等.盆底肌肉训练联合中药治疗轻-中度盆腔器官脱垂的疗效观察[J].中国医师杂志,2015,17(6):868-871,875.

[15]浦婧婧,吴叶丹.补中益气汤对盆底功能障碍性疾病患者盆底肌力与血清学指标的影响[J].现代医学与健康研究电子杂志,2023,7(09):16-18.

[16]陈舟,黄和,陈其余.补中益气汤加味联合盆底肌肉锻炼-生物反馈-电刺激治疗产后早期盆底功能障碍性疾病的疗效研究[J].中国中药杂志,2018,43(11):2391-2395.

[17]代希娥,刘树妍.凯格尔运动联合盆底肌电刺激对产后盆底功能障碍性疾病患者盆腔脏器脱垂程度及性功能的影响[J].反射疗法与康复医学,2021,2(12):120-122.

[18]王秀凤,尚陈,尹晓辉,等.盆底肌功能锻炼联合肌电刺激对盆底功能障碍患者功能恢复及生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2016,25(17):1907-1909.

[19]万海英.盆底肌功能锻炼合并肌电刺激应用于盆底功能障碍患者的临床效果及价值[J].系统医学,2018,3(11):126-128.

[20]许兴艳,覃芹,张小丽.盆底肌功能锻炼联合肌电刺激对初产妇产后早期盆底功能障碍的影响[J].当代医学,2022,28(27):32-36.

[21]高丽丽,王招娟.盆底肌电刺激联合盆底肌肉锻炼治疗产后女性盆底器官功能障碍的临床价值研究[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(89):271+278.

[22]贾文颖,刘东伟,逄淑秀,等.盆底肌功能锻炼与肌电刺激联合治疗盆底功能障碍对功能恢复的影响[J].健康女性,2022,(39):13-15.

[23]程新花.盆底电刺激联合康复护理在产后盆底功能障碍性疾病患者中的应用效果[J].妇儿健康导刊,2023,2(14):153-155.

[24]石莹.盆底肌训练联合生物反馈电刺激治疗盆底功能障碍性疾病临床疗效观察[J].中国妇幼保健,2018,33(20):3.

[25]项春丽.盆底康复治疗仪对促进产后盆底功能障碍性疾病患者康复效果的影响[J].医疗装备,2022(018):035.

[26]叶华阳.生物刺激反馈仪在产后盆底功能障碍患者中的应用效果[J].医疗装备,2022(010):035.

[27]杨心源.生物刺激反馈仪联合盆底肌功能锻炼对盆底功能障碍产妇产后盆底肌力及生活质量的影响[J].临床医学研究与实践,2020,5(18):2.

[28]阳慧,李昌叶,张惠娟.盆底肌功能锻炼联合盆底生物反馈电刺激对绝经后盆底功能障碍性疾病临床疗效分析[J].中国医学前沿杂志:电子版,2018,10(3):4.

[29]李亚,白文佩,张瑾,等.生物反馈电刺激疗法对经阴道分娩后盆底功能康复效果的临床随机对照研究[J].中国全科医学,2024,27(5):547-551.

[30]刘欢,李开红,支美芳.生物反馈联合电刺激和Kegel训练治疗经产妇产后盆腔脏器脱垂的疗效[J].现代电生理学杂志,2022,29(2):94-97.

[31]骆爱萍,黄华仪,邹文花,等.生物反馈联合阴道哑铃训练治疗产后盆底功能障碍的临床效果[J].中外医学研究,2022,20(12):30-34.

[32]王娜,许光旭,卢丹,等.髋部肌锻炼联合盆底电刺激生物反馈对盆底功能障碍性疾病患者盆底功能及应激反应的影响[J].现代生物医学进展,2023,23(17):3336-3339.

[33]张枫.生物反馈电刺激联合盆底肌训练对初产妇产后子宫脱垂患者盆底功能的影响[J].实用中西医结合临床,2022,22(20):102-105.

[34]刘华,胡方慧,刘敏燕,等.产后盆底神经肌肉电刺激生物反馈联合Kegel运动对PFD病情转归的影响[J].海南医学,2022,33(16):4.

[35]韩俊,石丽萍,任玉红.生物反馈电刺激治疗对产后盆底功能障碍患者盆底肌力,生活质量的改善作用[J].医学临床研究,2021,38(6):3.

[36]李琼.生物反馈电刺激联合盆底康复训练对产后盆底功能障碍患者盆底肌力和生活质量的影响[J].临床医药实践,2022,31(3):3.

[37]邢伟萍,莫平,仵妍,等.盆底肌电生物反馈疗法治疗围绝经期女性盆底功能障碍及对膀胱功能和尿流动力学影响[J].中国计划生育学杂志,2023,31(7):1567-1570.

[38]徐佳佳,司亚丽,王旖迪,等.女性盆底功能障碍性疾病检查和治疗的方法探析[J].中外女性健康研究,2021,(23):49-50.

[39]丁聪,王超,郝会莲.凯格尔运动训练联合生物反馈电刺激对顺产妇产后盆底功能恢复的影响[J].反射疗法与康复医学,2022,3(14):77-80.

[40]韩俊,石丽萍,任玉红.生物反馈电刺激治疗对产后盆底功能障碍患者盆底肌力、生活质量的改善作用[J].医学临床研究,2021,38(06):929-931.

[41]谭新凤.生物反馈电刺激联合盆底肌锻炼对产后盆底功能障碍患者的影响[J].医疗装备,2023,36(06):91-94.

[42]方巧婵,姜艳艳,李桂红.生物反馈电刺激联合盆底肌锻炼治疗产后盆底功能障碍性疾病的效果[J].中外医学研究,2021,19(13):176-178.

[43]史玥,刘艳敏.生物反馈电刺激联合盆底康复训练对产后盆底功能障碍产妇康复效果的影响[J].反射疗法与康复医学,2021,2(08):124-126+136.

[44]卢燕,张晶.电刺激生物反馈疗法联合盆底肌肉锻炼治疗女性盆底功能障碍性疾病的效果观察[J].中国民康医学,2019,31(09):73-75.

[45]颜红.生物反馈电刺激结合盆底训练在产后盆底康复中的临床意义[J].婚育与健康,2023,29(15):7-9.

[46]孟林娜.电刺激生物反馈疗法联合个性化盆底康复训练对老年女性子宫脱垂患者盆底肌电值及尿动力学的影响[J].反射疗法与康复医学,2022,3(09):42-44+48.

[47]许凤华.产后盆底康复治疗在盆底功能障碍性疾病患者中的应用效果分析[J].反射疗法与康复医学,2020,1(22):54-56+66.

[48]李玲玉.产后女性盆底功能障碍康复治疗的临床效果探讨[J].临床医学工程,2016,23(06):737-738.

[49]赵瑞玲,朱艳梅.kegel训练联合生物反馈电刺激疗法治疗高龄产妇产后盆底功能障碍的临床研究[J].反射疗法与康复医学,2022,3(11):56-59.

[50]王雅娟,张晋,白枫,等.Kegel运动联合康复治疗对产后盆底功能障碍患者盆底肌力的影响[J].中国民康医学,2020,32(15):77-78+83.

[51]杜洋.生物反馈电刺激联合阴道哑铃训练对产后盆底肌康复研究[J].中国医疗器械信息,2020,26(18):47-48.

[52]何曦,杨方,姚剑,等.电刺激、生物反馈以及配合阴道哑铃联合疗法对产后盆底肌力和疲劳度的影响[J].中国现代医生,2021,59(31):63-66.

[53]谭桢.盆底康复治疗仪联合针灸会阴穴治疗女性盆底功能障碍临床研究[J].中国农村卫生,2020,12(05):51-51+53.

[54]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.

[55]Hagen S,Stark D,Maher C,et al.Conservative management of pelvic organ prolapse in women[J].Cochrane Database Syst Rev,2006(4):Cd003882.

[56]Hagen S,Stark D,Glazener C,et al.A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse[J].Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.2009;20(1):45-51.

[57]Schierlitz LHE,Dwyer Pl,Rosamilia A,et al.A randomised controlled studyto compare tension free vaginal tape (TVT) and Monarc transobturator tapein the treatment of women with urodynamic stress incontinence (USl) andintrinsic sphincter defciency[J].Int Urogynecol J,2007;18:(19).

[58]Hagen S,Stark D,Glazener C,et al.Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY):a multicentre randomised controlled trial[J].Lancet.2014;383(9919):796-806.

[59]Stüpp L,Resende APM,Oliveira E,et al.Pelvic floor muscle training for treatment of pelvic organ prolapse:an assessor-blinded randomized controlled trial[J].Int Urogynecol J.2011;22:1233–1239.

[60]宋晶晶,王园园,邓莉.生物反馈电刺激治疗联合盆底康复护理对妇科盆底功能障碍患者盆底肌力、漏尿及生活质量的影响[J].实用妇科内分泌电子杂志,2022,9(7):68-70.

[61]杨红玉.产后盆底康复护理对女性盆底功能障碍的改善效果分析[J].基层医学论坛,2021,25(18):2604-2605.

[62]柯丽媛.盆底肌康复训练配合护理干预治疗产后盆底肌功能障碍的效果分析[J].每周文摘·养老周刊,2023(15):213-215.

[63]廖丽.生物反馈电刺激+盆底肌康复训练治疗产后盆底功能障碍的效果[J].中国当代医药,2021,28(33):132-135.

[64]秦伟,高玲,吕桂芹.康复体操结合消胀贴穴位贴敷对子宫脱垂手术患者术后康复、心理状况及生活质量的影响[J].四川中医,2022,40(1):171-173.

[65]蒋萍.康复体操联合消胀贴穴位贴敷对子宫脱垂术后胃肠功能恢复及康复疗效的影响[J].护理实践与研究,2019,16(21):101-103.

[66]吕霄.中西医结合治疗产后盆底器官脱垂的临床研究[D].广州中医药大学,2013.

[67]杨松淞,林向荣,杨再松.穴位贴敷结合盆底肌训练治疗产后轻度子宫脱垂的疗效观察[J].中医外治杂志,2023,32(1):6-8.

[68]杨林.益气补肾法对子宫脱垂腹腔镜阴道骶骨固定术后的疗效观察[D].福建中医药大学,2019.