

ICS 11.020
C 01

团体标准

T/SRMA X—2025

女性盆底功能障碍康复治疗

Rehabilitation Treatment of Female Pelvic Floor Dysfunction

(征求意见稿)

2025-xx-xx 发布

2025-xx-xx 实施

上海市康复医学会 发布

上海市康复医学会

目 录

前 言	4
1 范围	5
2 规范性引用文件	5
3 术语和定义	5
3.1 盆底功能障碍 (Pelvic Floor Dysfunction, PFD)	5
3.2 盆腔器官脱垂 (Pelvic Organ Prolapse, POP)	5
3.3 尿失禁 (Urinary Incontinence, UI)	5
3.4 粪失禁 (Fecal Incontinence, FI)	5
3.5 慢性盆腔疼痛 (Chronic Pelvic Pain, CPP)	5
4 治疗前评估	6
4.1 病史及症状	6
4.2 问卷	6
4.3 体格检查	6
4.4 辅助检查	7
5 康复治疗	8
5.1 健康宣教	8
5.2 阴道哑铃 (Vaginal dumbbells therapy)	8
5.3 子宫托治疗 (Pessary Therapy)	10
5.4 生物反馈电刺激治疗 (Biofeedback electrical stimulation therapy)	11
5.5 盆底磁治疗 (Pelvic floor magnetic stimulation)	13
5.6 射频治疗 (Radiofrequency Therapy)	15
5.7 二氧化碳点阵激光治疗 (Carbon Dioxide Fractional Laser, CO ₂ Fractional Laser)	17
5.8 运动疗法	19
5.9 手法治疗	21
6 场景运用	24

附录 A.....25

盆底肌训练、核心稳定性训练、功能性整合训练具体训练流程..... 25

（规范性/资料性附录）..... 25

参 考 文 献..... 32

上海市康复医学会

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》给出的规则起草。

本文件由上海市康复医学会提出并归口。

本文件主要起草单位：

本文件主要起草人：

本文件首批承诺执行单位：

上海市康复医学会

女性盆底功能障碍康复治疗

1 范围

本文件规定了女性盆底功能障碍康复治疗技术规范，包括健康宣教、盆底肌肉锻炼、阴道哑铃、子宫托治疗、盆底生物反馈电刺激治疗、磁刺激治疗、射频、激光治疗、筋膜手法治疗、运动疗法。

本文件适用于医疗机构经培训合格的康复医师、妇产科医师、泌尿外科医师、全科医师、康复治疗师制定女性盆底功能障碍康复治疗方案以及规范化实施康复治疗技术。

2 规范性引用文件

本文件无规范化应用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

盆底功能障碍（Pelvic Floor Dysfunction, PFD）

指由于盆底肌肉、筋膜、神经等结构功能异常，导致的排尿、排便、性生活和盆腔脏器支持障碍等临床症状的总称。

3.2

盆腔器官脱垂（Pelvic Organ Prolapse, POP）

由于盆底支持结构减弱，子宫、阴道、膀胱、直肠等盆腔器官从其正常解剖位置向下移位，甚至脱出阴道口的一种临床表现。可涉及前阴道壁（膀胱膨出）、后阴道壁（直肠膨出）或子宫脱垂等。

3.3

尿失禁（Urinary Incontinence, UI）

在无自主排尿意识的情况下，尿液不自主漏出的现象。

3.4

粪失禁（Fecal Incontinence, FI）

排便控制功能受损，出现固体或液体粪便的不自主排出。

3.5

慢性盆腔疼痛（Chronic Pelvic Pain, CPP）

在女性下腹部或盆腔区域持续存在的疼痛。

4 治疗前评估

4.1 病史及症状

详细询问患者的一般情况，包括年龄、身高、生育史（分娩次数、分娩方式、有无难产史等）、月经史、绝经情况（绝经年龄、绝经后症状等）、腹痛（无/轻度/中度/重度、排便情况（大便失禁、排便费力、排便困难、便秘等）、现病史（首次发病时间、加重及缓解因素）、既往病史（如糖尿病、高血压、神经系统疾病、盆腔手术史等）以及工作性质、营养状况、用药史、物理锻炼、肥胖、心理健康状况（焦虑、抑郁情况等）、性功能症状（性交困难、性交痛）、阴道松弛分度等。

了解患者盆底功能障碍相关症状的发生时间、严重程度、进展情况及对日常生活的影响。如对于压力性尿失禁患者，询问漏尿发生的诱因（如咳嗽、打喷嚏、大笑、运动等）、漏尿量、漏尿频率等；对于盆腔脏器脱垂患者，了解脱垂的程度（患者主观感觉、是否脱出阴道口外等）、有无下坠感、腰骶部疼痛等症状；对于粪失禁患者，询问失禁的频率、程度、能否控制排便等。

4.2 问卷

4.2.1 尿失禁问卷量表

常用尿失禁相关问卷包括尿失禁结合问卷简表（IIQ-7，经中文验证）、盆腔脏器脱垂-尿失禁性生活问卷简表（PISQ-12）、国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷简表（ICI-Q-SF）、尿失禁生活质量量表（I-QoL）、视觉模拟量表（VAS）。

4.2.2 盆腔脏器脱垂问卷

盆底功能障碍影响问卷（PFDI-20）评估患者近3个月盆腔、肠道和膀胱症状。盆腔器官脱垂、尿失禁性功能问卷（PISQ-12）评估患者盆底功能障碍症状；盆底障碍影像问卷简易问卷7（PFIQ-7）评估症状对日常生活、情绪的影响。

4.2.3 粪失禁（FI）

采用粪失禁严重程度评分（Fecal Incontinence Severity Index, FISI）等方法评估患者粪失禁的严重程度，了解患者对固体粪便、液体粪便及气体的控制能力，以及粪失禁发作的频率等情况。

4.3 体格检查

4.3.1 一般体格检查

进行常规的生命体征检查，包括体温、血压、心率、呼吸等。检查患者的体型、营养状况等，注意有无肥胖、消瘦等可能影响盆底功能的因素。

4.3.2 盆底专科检查

通常结合妇科检查。包括外阴部检查，观察外阴形态、有无外阴松弛、陈旧性会阴裂伤等；阴道检查，评估阴道壁的松弛程度、有无膨出及膨出的程度；双合诊评估子宫颈的位置、子宫的大小及活动度等；直肠指诊，检查肛门括约肌的张力、有无直肠前突、直肠黏膜内脱垂等情况；腹部检查，有无腹部肿块；检查盆底肌肉的收缩能力；神经系统检查，检查会阴的敏感性、球海绵体肌反射等。

4.3.3 POP-Q

评估前、中、后盆腔脱垂的器官及严重程度。POP 分度描述：0 度、I 度、II 度、III 度、IV 度。

4.4 辅助检查

4.4.1 尿垫试验

尿失禁辅助诊断及分型的重要工具。尿垫试验可有 20min、1h、2h、24h 和 48h 尿垫试验。其中 1h 尿垫试验准确性最高，科学研究大多采用 1h 尿垫试验。24h 尿垫试验灵敏性和特异性相对较高。

4.4.2 盆底超声

盆底超声内容观察膀胱充盈、尿道长度、膀胱颈位置（静息、Valsalva 状态下）、尿道移动度、漏斗现象、膀胱壁厚度、泌尿道生殖道瘘或输尿管异位等。具有实时动态程序、直观、多平面显示肛提肌损伤位置特点，是盆底功能障碍诊断、严重程度评估、疗效评价的重要手段。

4.4.3 盆底表面肌电评估

采用盆底表面肌电仪，按照标准化的 Glazer 评估方案进行检测。记录盆底肌肉在静息状态、快速收缩、持续收缩及疲劳状态下的肌电信号参数，如肌电幅值、收缩持续时间、肌肉疲劳度等，评估盆底肌肉的功能状态，为制定个性化治疗方案提供依据。

4.4.4 排尿日记

在不改变生活状态和排尿习惯基础上，连续记录每 24 小时摄入液体量、漏尿量、漏尿次数及相应时间、漏尿活动记录、自主排尿量等，常作为疗效观察指标。一般推荐 3 天或 7 天排尿日记。

4.4.5 尿流率检查

通过尿流率仪检测患者的最大尿流率、平均尿流率、排尿时间、尿量等指标，评估患者的排尿功能，有助于判断是否存在下尿路梗阻等异常情况。检查前患者需适当憋尿，使膀胱充盈至 300~500mL。

4.4.6 残余尿测定

可采用超声检查或导尿法测定患者排尿后的残余尿量。正常情况下残余尿量应小于 50mL，若残余尿量增多，提示可能存在膀胱排空障碍等问题，需进一步分析原因并在治疗中加以关注。

4.4.7 其他检查

根据患者的具体情况，必要时可进行盆底三维超声检查、盆底磁共振成像、阴道压力触觉成像（vaginal tactile imaging, VTI）、尿动力检查、膀胱尿道造影等检查，以更详细地了解盆底器官的结构和功能状态，明确盆底功能障碍的病因及严重程度。慢性便秘的诊断可根据患者的病史和临床症状。胃肠传输试验可辅助诊断慢传输便秘，肛门直肠压力及排粪造影也可根据患者情况用于慢性便秘的诊断。

5 康复治疗

5.1 健康宣教

在治疗开展前，医务人员应充分了解患者的基本情况、所致疾病可能的影响因素、目前采用的治疗方法和疗效评价、心理健康水平等，针对患者的生活环境合理安排治疗时间，提高患者治疗的规律性，鼓励患者，树立治疗信心。此外治疗全程应强调患者教育，如详细讲解疾病的病因和症状，影响因素及治疗的必要性，提高患者诊治的积极性，进一步增加康复治疗的粘性。针对患者致病的影响因素，如吸烟、超重或肥胖、长期便秘、慢性咳嗽、经常负重受压等，增加生活干预、减少不良致病风险。治疗中应进行重视康复评估的必要性，根据评估结果动态调整治疗方案。患者居家康复部分应加强监督，鼓励家属参与，共同制定康复治疗计划，加强家庭支持。

5.2 阴道哑铃（Vaginal dumbbells therapy）

阴道哑铃（Vaginal dumbbells）是目前妇科临床上用于辅助盆底肌锻炼的一种外用器械，通过使用阴道哑铃控制盆底肌肉收缩放松，进而提高盆底血液循环、增强盆底肌力、提高盆底支持力，促进盆底功能障碍性疾病的康复。阴道哑铃最早用于压力性尿失禁（Stress urinary incontinence, SUI）患者的康复训练，由于效果明确、显著、持久，成为 SUI 患者保守治疗的一线治疗方案，因简单安全、不受时间和场地限制等优点，阴道哑铃在临床上被广泛应用于 PFD 患者的康复治疗。

5.2.1 适应证

- 无使用禁忌证、需要预防盆底功能障碍性疾病的妇女；
- 易发生盆底损伤或异常的特殊时期女性：计划妊娠、产后、围绝经期等；
- 轻中度盆底功能障碍性疾病患者：尿失禁、尿潴留、轻中度盆腔脏器脱垂、排便障碍、盆腔痛、阴道松弛或痉挛、性功能障碍、阴道排气感等盆底障碍相关疾病；
- 长期腹压增加者：长期高强度体力劳动者、肥胖、长期便秘、慢性咳嗽等；
- 子宫切除术后。

5.2.2 禁忌证

- 月经期；
- 神经源性尿失禁；
- 下尿路梗阻；
- 急性泌尿生殖道感染及盆腔炎急性期；
- 会阴及阴道伤口未愈合；
- 产后恶露未干净；
- 痴呆等神经系统疾病；
- 恶性肿瘤；
- 妊娠；
- 对阴道哑铃材料过敏者；
- 有出血倾向的内科有关疾病。

5.2.3 使用方法

5.2.3.1 使用前准备：使用者排空膀胱，确保阴道哑铃干净，没有裂缝或其他损坏。

5.2.3.2 使用时体位：采取仰卧位。

5.2.3.3 哑铃选择：选择重量或尺寸适合的阴道哑铃。初始哑铃的选择可以从最小重量或最大体积开始，使阴道哑铃保持在阴道内不滑出的最小重量或最大体积就是适合初始训练的哑铃重量或体积。

5.2.3.4 放置方法：涂抹专用润滑液后从阴道口慢慢放入阴道，至末端到达阴道口内一指（约2cm）的位置。

5.2.3.5 哑铃锻炼方法

5.2.3.5.1 初始治疗：通过轮流、重复做盆底肌的快收快放、持续收缩、放松动作并且保持阴道哑铃不掉出，从而锻炼盆底肌。收缩时应感到球体上升。

5.2.3.5.2 进阶治疗：熟练掌握盆底肌的收缩放松运动后，依次在站立、行走、上下楼梯、小跳、深蹲场景下重复上述动作使阴道哑铃不掉出。

5.2.3.5.3 治疗频次：每次训练时间大约 15 分钟，每天训练 1~2 次。每一场景中所有动作都能完成并持续 1 周后更换哑铃。

5.2.4 疗效观察与不良反应

5.2.4.1 疗效评估：可结合主观评分（如阴道紧实度、VAS 评分、性生活满意度）、客观检查（如 POP-Q、盆底肌电或压力测定）等指标进行综合评估。

5.2.4.2 常见不良反应：生殖道感染，尿路感染等。

5.2.5 安全与质量控制

5.2.5.1 阴道哑铃需专人专用，避免交叉感染。

5.2.5.2 每次使用后均需清洗，清洗液选用温和的洗手液或沐浴液等，不能用碘伏、酒精或其他化学试剂，以免导致阴道哑铃表面橡胶老化受损。

5.2.5.3 清洗后用清水冲洗、晾干放回专用包装盒备用。

5.3 子宫托治疗（Pessary Therapy）

子宫托是一种置于阴道内用于支撑子宫和阴道壁，缓解脱垂、尿失禁症状的支撑装置。子宫托治疗是盆腔器官脱垂的一线治疗方法，对所有脱垂患者都应首先推荐。子宫托分为支撑型、填充型和失禁型子宫托。

5.3.1 适应证

- 不愿意手术治疗或者全身状况不能耐受手术治疗者；
- 妊娠期及未完成生育者；
- 手术后复发或者症状缓解不满意者；
- 盆腔器官脱垂及尿失禁手术术前准备或试验性治疗。

5.3.2 禁忌证

- 内、外生殖器炎症者；
- 严重的下生殖道溃疡；
- 子宫颈过长或疑有癌变者；
- 尿瘘、粪瘘者；
- 盆腔肿瘤或合并腹水，使腹压增加者；
- 对子宫托材料过敏者；
- 不能确保定期取放、随访的患者。

5.3.3 操作规范

5.3.3.1 设备要求：应使用通过医疗器械注册的子宫托治疗设备。

5.3.3.2 子宫托选择：应当根据患者个体情况选择2~3种子宫托进行试戴，试戴合适的标准为：1)放置后脱垂部位复位；2)子宫托与阴道壁之间能容一指；3)佩戴舒适，站立做Valsalva动作或咳嗽时不脱落；4)不影响行动；5)不影响大小便。

5.3.3.3 子宫托放置：以放置圆盘形子宫托为例。患者取平卧位，双腿屈曲，将脱垂器官复位后清洁双手或带一次性干燥手套，润滑子宫托前端，将子宫托沿凹槽处对折，半弧部分向上，将子宫托沿阴道后壁一直置入阴道内，让它自动张开，渐将子宫托放平，并将环托后端慢慢推至阴道后穹窿，最后将前端向上推使子宫托的前端卡在耻骨弓内侧；子宫托上好后，患者应站起或蹲下，并用力增加腹压，以试验子宫托是否会脱出。

5.3.3.4 子宫托取出：取子宫托时，用食指和中指伸入阴道，然后用食指勾住托的前端，将其平稳取出。

5.3.3.5 子宫托清洁：子宫托通常佩戴2~3天后取出清洁，不同的产品可根据产品说明书提示或个体佩戴情况适当延长佩戴时间，一次连续佩戴不宜超过30天。子宫托取出后应先用清水和肥皂洗净擦干，放入阴道前可用酒精或温开水再次擦洗。居家使用建议每次使用前经1:5000高锰酸钾溶液浸泡15分钟或75%乙醇浸泡30分钟消毒。

5.3.4 随访观察与不良反应

5.3.4.1 随访时间：子宫托安装后的初步随访时间为1~2周内，随后的随访时间可在3~6个月之间。对于能够自我管理的使用者，随访时间可以延长到每年一次。

5.3.4.2 随访内容：评估阴道组织健康、擦伤和糜烂情况；记录是否有副反应及其严重程度，评估是否可以继续子宫托治疗；如有子宫托破损需及时更换。

5.3.4.3 不良反应：阴道分泌物增多、阴道出血或轻度溃疡，多数症状轻微可以耐受，部分症状严重者取出子宫托即可好转。放置子宫托后可出现新发压力性尿失禁或原有尿失禁症状加重。子宫托嵌顿、膀胱阴道瘘或直肠阴道瘘等少见的严重并发症多与不合理使用有关。为了预防并发症的发生,对于绝经后阴道黏膜萎缩的患者，建议配合局部雌激素治疗。

5.4 生物反馈电刺激治疗 (Biofeedback electrical stimulation therapy)

盆底生物反馈电刺激治疗是通过盆底生物反馈电刺激治疗仪采集盆底肌群的肌电信号（反映肌肉收缩强度、协调性）或阴道压力信号，将其转化为直观的视觉（如波形、数字、动画）或听觉（如声音、节奏）反馈信号，让患者清晰感知自身盆底肌的活动状态，引导患者主动学习并掌握正确的盆底肌收缩方法；同时，结合温和的低频电流刺激盆底神经或肌肉，

引起肌肉收缩，辅助唤醒盆底神经和激活薄弱或休眠的盆底肌，最终实现增强盆底肌力量、改善盆底功能、缓解相关症状的康复治疗目的。

5.4.1 适应证

- 轻中度压力性尿失禁（SUI）；
- 膀胱过度活动症、急迫性尿失禁、混合性尿失禁等；
- 轻中度阴道松弛、盆底肌无力；
- 阴道前后壁膨出、子宫脱垂等轻度盆腔器官脱垂；
- 便秘（功能性便秘）；
- 大便失禁；
- 会阴伤口疼痛或愈合不良；
- 慢性盆腔疼痛（盆底肌高张性疼痛）；
- 神经源性膀胱、肠道功能障碍。

5.4.2 禁忌证

- 患有严重的心脏疾病（如：心律失常、心力衰竭等）；
- 癫痫等可能因电刺激诱发病情发作的疾病患者；
- 月经期、妊娠期及产后恶露未净的女性；
- 阴道或肛门存在急性炎症、出血、破损的患者；
- 盆腔急性炎症期，如急性盆腔炎、阴道炎、宫颈炎的患者；
- 装有心脏起搏器、膀胱起搏器、脑起搏器等植入性电子设备的患者，电刺激可能会干扰植入设备的正常工作，甚至引发危险；
- 未控制的高血压患者；
- 盆腹腔恶性肿瘤患者；
- 精神疾病患者或认知功能障碍无法配合治疗的患者；
- 对电极材料过敏的患者；
- 体内金属植入物为相当禁忌，需视植入物的位置、材质、愈合状态后，才能决定是否开展。

5.4.3 操作规范

5.4.3.1 设备要求：应选用符合国家相关标准，通过医疗器械注册的盆底生物反馈电刺激治疗仪，输出功率、频率、治疗探头均需符合产品技术要求。

5.4.3.2 治疗参数：电刺激方案的参数设置在初始治疗时，电刺激频率一般选择较低频率（如5~10Hz），脉宽为100~200 μ s，强度以患者能感觉到轻微肌肉收缩但无明显疼痛为宜，从较低强度（如5~10mA）开始逐渐增加。随着治疗的进行，根据患者的耐受情况和治疗反应，可适当调整频率、脉宽和强度，但一般不超过30mA。每次电刺激治疗时间一般为10~15分钟。

5.4.3.3 治疗程序

5.4.3.3.1 治疗部位：有阴道电极和肛门电极，女性患者一般选择阴道电极治疗。

5.4.3.3.2 治疗频次：每周2~3次，每次约20~30分钟（单次治疗时长含“生物反馈训练”、“电刺激辅助”、“放松训练”）。初始治疗也可增加治疗频率至每天或隔天一次。

5.4.3.3.3 维持治疗：每周1次或每2周1次治疗，每次15~30分钟（以“生物反馈训练”为主，电刺激仅作为“辅助矫正”）。可逐步过渡到“居家训练+定期复诊评估”。

5.4.3.4 治疗后指导：治疗后可能会出现轻微不适（如阴道或肛门局部的酸胀感等），一般在短时间内可自行缓解。应适当休息，避免立即进行剧烈运动或增加腹压的活动。可按照医嘱进行居家盆底肌肉锻炼等自我康复训练。

5.4.4 疗效观察与不良反应

5.4.4.1 疗效评估：可结合主观评分（如症状改善、VAS评分、性生活满意度）、客观检查（如POP-Q评分、盆底肌电或压力检测）等指标进行综合评估。

5.4.4.2 常见不良反应与处理：在治疗过程中，若患者出现疼痛等不适，可适当调整电刺激强度和治理时间。如患者出现面色苍白、出汗、心慌、疼痛难忍等异常情况，应立即停止治疗，并进行相应的处理。

5.4.5 安全与质量控制

5.4.5.1 操作者应接受盆底康复专业培训，掌握盆底生物反馈电刺激治疗设备的操作流程及异常处理。

5.4.5.2 治疗室应配备应急处理设施，做好设备定期校准和使用记录。

5.4.5.3 每次治疗前需检查设备运行状态，如有异常应及时维修，严禁使用故障设备进行治理。

5.4.5.4 严格执行消毒流程，阴道电极专人专用，防止交叉感染。

5.5 盆底磁治疗（Pelvic floor magnetic stimulation）

盆底磁刺激（Pelvic floor magnetic stimulation, PFMS）在部分针对盆底功能障碍疾病研究中也称为体外磁刺激（Extracorporeal Magnetic Innervation, ExMI）。PFMS是磁刺激的一

种发展中的新方法，已被美国食品和药物管理局批准成为盆底功能障碍的新的保守治疗方法，并在全球范围内广泛应用。盆底磁刺激是基于法拉第电磁感应定律，通过密闭线圈产生磁场并作用于盆底部外周神经，通过即时变磁场产生感应电流，使神经去极化，导致盆底肌肉收缩。盆底磁刺激刺激范围及深度较广，可以刺激控制膀胱、尿道、阴道壁、直肠及盆底肌肉等的主要自主神经和躯体神经。目前主要应用于盆底功能障碍并被广泛研究证实有效。

5.5.1 适应证

- 排尿障碍（膀胱过度活动征、压力性尿失禁、急迫性尿失禁，前列腺术后排尿障碍等）；
- 盆腔脏器脱垂；
- 慢性盆腔疼痛综合征（前列腺痛、性交痛、间质性膀胱炎）；
- 排便障碍（便秘、粪失禁、前列腺术后排便障碍）；
- 性功能障碍（男性勃起障碍，女性性快感缺失）；
- III型慢性前列腺炎；
- 神经源性膀胱、小儿漏尿等。

5.5.2 禁忌证

- 妊娠期、月经期；
- 盆底及周围有植入性金属或电子仪器（如金属节育环、心脏起搏器等）；
- 肿瘤；
- 处于癫痫发作期；
- 治疗区存在伤口区（术后<3周）；
- 严重心律失常；
- 急性泌尿道感染或盆腔感染；
- 痔疮。

5.5.3 操作规范

5.5.3.1 设备要求：应使用通过医疗器械注册的盆底磁治疗设备，输出功率、频率、磁场强度均需符合产品技术要求。

5.5.3.2 治疗参数：1) 刺激频率 $\geq 30\text{Hz}$ 的方案以患者耐受为宜，在此强度下，患者的会阴或肛门区域有非常强烈的收缩，若再加大刺激强度会引起疼痛或不适；2) 刺激频率 $< 30\text{Hz}$ 的方案需调节强度至患者会阴或肛门区域有明显的收缩感，以患者感觉舒适为宜。根据患者症状、诊断和医嘱选择合适的治疗方案，逐步增加治疗输出强度。

5.5.4 治疗模式

5.5.4.1 盆底磁刺激模式：治疗设备的座椅下方就是磁场线圈，患者着坐于治疗椅上，调整坐姿将盆底（阴道口/肛门/刺激部位）置于线圈上方，并紧贴座椅平面，脚踩于脚踏示意位置，上身直立，根据患者症状、诊断及医嘱，选择合适治疗方案，逐渐增加治疗强度，找到会阴区收缩最强点（肛门处也可感到明显收缩），刺激强度以患者出现明显收缩感且感觉舒适为宜。

5.5.4.2 骶神经磁刺激模式：磁治疗的拍头内是磁场线圈，拍头定位骶3神经：髂后上棘连线中点下1~2cm，大约臀裂上方1~2横指。逐渐增加磁场强度判断定位准确的症状反应：感觉反应：会阴部有明显收缩，肛门有向前延伸至阴囊或阴唇的牵拉感；运动反应：跖屈反应说明定位准确。根据患者症状、诊断及医嘱，选择合适治疗方案，逐渐增加治疗强度，刺激强度以患者出现明显收缩感且感觉舒适为宜。

5.5.5 治疗频次

5.5.5.1 盆底磁刺激：每次20分钟，可隔天一次进行或每周2~3次，10次一个疗程。

5.5.5.2 骶神经磁刺激：每次20分钟，可每天一次，10次一个疗程。

5.5.6 疗效观察与注意事项

5.5.6.1 疗效评估：可结合主观评分（疼痛评估VAS评分、性生活满意度）、客观检查（如POP-Q、盆底肌电评估、尿垫试验、盆底超声、尿流动力学、压力试验、指压试验）等指标进行综合评估。

5.5.6.2 注意事项：1）治疗时禁止金属、电子设备、手表、磁卡、手机等接触刺激线圈（不要使用手机）；2）治疗时或治疗后存在腹泻、肌肉疼痛时，观察是否可自行缓解，若不能缓解，应停止治疗，及时就医；3）治疗时出现头晕呕吐等晕磁现象、血压剧烈波动、失眠时应及时停止治疗。

5.5.7 安全与质量控制

5.5.7.1 磁治疗非侵入式，无需电极，安全性和舒适度高。

5.5.7.2 磁治疗仪操作便捷，操作者应接受盆底康复专业培训，掌握设备操作流程并具备异常情况处理能力。

5.5.7.3 治疗室应做好环境保护，配备应急处理设施，做好设备定期清理和使用记录。

5.6 射频治疗（Radiofrequency Therapy）

射频治疗是通过不断变化的正负极形成高频振荡的电磁场，引起皮肤组织内带电粒子或极性分子对抗组织阻抗而定向移动，相邻粒子间摩擦碰撞，产生热量，通过热效应发挥作用，

以促进胶原蛋白重塑、改善血液循环及增强盆底组织弹性，从而达到治疗盆底功能障碍目的的一种物理治疗方法。

5.6.1 适应证

- 轻中度压力性尿失禁（SUI）；
- 阴道松弛、阴道壁膨出等轻度盆腔器官脱垂；
- 性功能障碍（如阴道干涩、性交疼痛等）；
- 产后盆底松弛、阴道弹性下降；
- 外阴白斑、外阴硬化性苔藓；
- 绝经生殖泌尿综合征。

5.6.2 禁忌证

- 妊娠期、经期；
- 生殖泌尿系统急性感染期或有出血症状；
- 治疗部位有金属植入装置；
- 3个月内或治疗前治疗部位接受过任何手术或尚未完全愈合；
- 治疗区域皮肤粘膜破损、出血；
- 盆腹腔恶性肿瘤患者。

5.6.3 操作规范

5.6.3.1 设备要求：应使用通过医疗器械注册的射频治疗设备，输出功率、频率、治疗探头均需符合产品技术要求。

5.6.3.2 治疗参数：建议使用频率在1MHz，能量输出依据患者耐受度调节，表面温度控制在38℃~45℃。

5.6.3.3 治疗程序

- 治疗部位：阴道内壁（顺时针分区照射）、会阴部、尿道口周围。
- 治疗频次：每次约15~30分钟，建议间隔1~2周进行1次，初始疗程为3~5次。
- 维持治疗：可根据症状改善程度每3~6个月重复1次。

5.6.3.4 治疗后指导：治疗期间严格避孕；注意休息，补充水分；治疗后3天内避免剧烈运动和负重；治疗后7天内不能盆浴、泡澡、泡温泉、蒸桑拿，可以淋浴、清洁外阴；治疗后7天内不建议使用妇科冲洗液清洗阴道或阴道放药。

5.6.4 疗效观察与不良反应

5.6.4.1 疗效评估：可结合主观评分（如阴道紧实度 VAS 评分、性生活满意度）、客观检查（如 POP-Q、盆底肌电）等指标进行综合评估。

5.6.4.2 常见不良反应：轻度灼热感、短暂分泌物增多、阴道干涩，经期提前或推迟、经期出血量增加极个别患者会有下腹部或会阴酸胀感，适当卧床休息，一般可自愈。

5.6.5 安全与质量控制

5.6.5.1 操作者应接受盆底康复专业培训，掌握设备操作流程并具备异常情况处理能力。

5.6.5.2 治疗室应配备应急处理设施，做好设备定期校准和使用记录。

5.6.5.3 严格执行电极消毒流程，防止交叉感染。

5.7 二氧化碳点阵激光治疗（Carbon Dioxide Fractional Laser, CO₂ Fractional Laser）

二氧化碳点阵激光治疗是指以点阵的方式、输出波长为 10600nm 的超脉冲激光，通过产生阵列样的微光束作用于组织，瞬间汽化组织，形成微小热损伤区，启动组织自我修复机制。二氧化碳（CO₂）点阵激光通过促进胶原蛋白、弹性纤维合成与重塑，增加阴道黏膜的弹性和紧致度，提高尿道关闭压；改善局部血液循环，促进组织新陈代谢；调节阴道内环境，增强局部免疫力，从而达到治疗盆底功能障碍的目的。

5.7.1 适应证

- 轻中度压力性尿失禁（SUI）；
- 轻中度阴道松弛；
- 阴道前后壁膨出、子宫脱垂等轻度盆腔器官脱垂；
- 性功能障碍（如阴道干涩、性交疼痛等）；
- 绝经生殖泌尿综合征。

5.7.2 禁忌证

5.7.2.1 绝对禁忌症

- 急性泌尿生殖道炎症，如尿路感染、阴道炎、宫颈炎、急性盆腔炎、性病；
- 妊娠期妇女；
- 月经期和异常子宫阴道流血患者；
- 盆腹腔恶性肿瘤患者；
- 严重心脑血管疾病如：心律失常、急性心肌梗死、高血压危象、急性脑梗等患者；
- 严重糖尿病、肝肾功能衰竭、凝血功能障碍患者；
- 对激光过敏者。

5.7.2.2 相对禁忌症

- 近3个月内接受过阴道或盆底手术者；
- 严重盆腔器官脱垂患者；
- 安装心脏起搏器或金属植入物（部分设备限制）者。

5.7.3 操作规范

5.7.3.1 设备要求：应选用符合国家相关标准，经食品药品监督管理部门批准的二氧化碳点阵激光治疗仪。设备需具备稳定的激光输出功率、精确的能量调节系统和安全防护装置。

5.7.3.2 治疗参数：不同厂家的CO₂点阵激光治疗设备激光波长均为10600nm，其他参数略有不同，包括光斑直径、能量密度、脉冲宽度、作用时间等参数。

5.7.3.3 治疗程序

- 治疗部位：阴道内壁、外阴。
- 治疗频次：一个疗程进行3次治疗，每次治疗间隔时间为4~6周。具体治疗次数及间隔时间应根据患者病情严重程度、治疗反应及治疗效果进行个体化调整。
- 维持治疗：可根据症状改善程度每3~6个月重复1次。

5.7.3.4 治疗后指导：治疗结束后，患者需在治疗室观察15~30分钟，观察有无阴道出血、疼痛加剧、排尿困难等异常情况。治疗后可阴道内即刻涂抹含冰片或生长因子的凝胶。告知患者治疗后可能出现阴道分泌物增多、轻微阴道出血、外阴及阴道局部灼热感等，一般为正常现象，会在数天内逐渐缓解。嘱患者保持外阴清洁，治疗后1~2周内避免性生活、盆浴、阴道冲洗及剧烈运动。

5.7.4 疗效观察与不良反应

5.7.4.1 疗效评估：可结合主观评估和客观检查进行综合评估。主观评估包括：盆底功能障碍症状的改善情况，如压力性尿失禁患者漏尿次数是否减少、程度是否减轻；盆腔脏器脱垂患者肿物脱出的感觉是否减轻；性生活满意度；相关的主观评价量表，如盆底功能障碍问卷简表（PFDI-20）、女性性功能指数问卷（FSFI）、阴道松弛问卷（VLQ）、国际尿失禁咨询问卷简表（ICIQ-SF）及尿失禁影响问卷7（IIQ-7）等；客观检查包括：1小时尿垫试验、POP-Q评分、盆底肌电或压力检测、超声测量阴道壁厚度和阴道容积、VTI检测阴道各部位压力等。

5.7.4.2 常见不良反应与处理

5.7.4.2.1 局部疼痛：轻度疼痛可通过心理安慰、放松训练等方法缓解，一般在数小时至1天内可自行缓解。若疼痛较明显，可给予口服止痛药物（如布洛芬等），必要时可局部冷敷减轻疼痛。

5.7.4.2.2 阴道出血：若治疗后出现少量阴道出血，一般无需特殊处理，嘱患者注意休息，保持外阴清洁，出血多可自行停止。如出血较多，应及时就医，进行阴道填塞等止血处理。

5.7.4.2.3 感染：及时进行阴道分泌物检查，明确感染病原体。根据病原体类型选择相应的治疗。若患者出现阴道分泌物异味、发热、局部红肿疼痛加剧等感染症状，应及时给予抗生素治疗，同时，加强阴道局部护理，保持阴道清洁。预防感染的关键在于严格遵守治疗操作规范，做好治疗前后的消毒工作。

5.7.4.2.4 皮肤、阴道黏膜损伤：轻度损伤一般可自行恢复，可嘱咐患者保持阴道清洁，使用抗生素软膏涂抹创面，预防感染。若损伤较严重，出现较大水疱或溃疡，可在局部麻醉下抽吸水疱，涂抹促进黏膜修复的药物（如重组人表皮生长因子凝胶等），必要时可口服抗生素预防感染。

5.7.4.2.5 尿道狭窄：极少数患者可能出现尿道狭窄等并发症，如出现排尿困难进行性加重等情况，需进一步检查和处理。

5.7.5 安全与质量控制

5.7.5.1 操作者应接受盆底康复专业培训，掌握 CO₂ 点阵激光治疗设备的操作流程及具备异常情况处理能力。

5.7.5.2 治疗室应配备应急处理设施，做好设备定期校准和使用记录。

5.7.5.3 每次治疗前需检查设备运行状态，如有异常应及时维修，严禁使用故障设备进行治疗。

5.7.5.4 治疗现场人员必须配备防护眼镜，不可直视治疗头，不可携带反射激光物体。

5.7.5.5 严格无菌操作，治疗前后双重消毒，按规定对激光探头进行消毒，禁止未消毒的激光探头重复使用，治疗后使用抗菌凝胶预防感染。

5.8 运动疗法

盆底运动疗法通过针对性训练增强盆底肌力量、耐力和协调性，改善血液循环，缓解肌筋膜粘连，同时激活核心肌群以减轻盆底负荷。研究表明，规范的运动治疗可使轻中度压力性尿失禁有效率提升至 70~80%，并显著降低盆腔器官脱垂进展风险。

5.8.1 适应症

- 轻中度压力性尿失禁（SUI）；
- 产后盆底肌力下降或松弛；
- 轻度盆腔器官脱垂:POP-Q 分期 I 度或 II 度早期；
- 产后盆底肌高张性疼痛；

- 产后性功能障碍，排便功能障碍；
- 产后盆底肌协调性障碍、核心稳定性不足。

5.8.2 绝对禁忌症

- 急性泌尿生殖系统感染(如急性膀胱炎、尿道炎、阴道炎、盆腔炎)；
- 产后伤口未愈合或感染(如严重的会阴裂伤、会阴侧切伤口、剖宫产伤口感染)；
- 严重的、未控制的盆腔器官脱垂（POP-Q III 度及以上）；
- 近期盆底区域手术（如瘻修补术）；
- 产后出血未控制、不明原因的阴道出血；
- 深静脉血栓形成期；
- 严重的心肺功能不全，无法耐受任何形式的运动。

5.8.3 相对禁忌症

- 盆底肌严重高张力状态伴显著疼痛：肌张力下降后再开始肌力训练；
- 严重的神经源性膀胱、肠道功能障碍；
- 严重的认知障碍，无法理解或配合训练。

5.8.4 操作规范

5.8.4.1 运动原则

- 个体化原则：基于评估结果制定个体化方案；
- 循序渐进原则：训练强度、频率、组数、时间、动作难度逐步增加；
- 精准性原则：掌握正确的盆底肌收缩方法，避免屏气、代偿；
- 全面性原则：多种训练方式相结合；
- 持续性原则：长期坚持训练才有效果；
- 无痛原则：训练过程中不应引起或加重疼痛。

5.8.4.2 运动种类

- 盆底肌训练（Pelvic Floor Muscle Training, PFMT）：凯格尔运动 (Kegels)；
- 核心稳定性训练：腹式呼吸训练、腹横肌激活训练、核心整合训练；
- 功能性整合训练：动态稳定性训练、水中运动疗法、功能性训练、姿势调整训练；
- 放松训练：手法筋膜松解、生物反馈放松训练、反向训练；

注：盆底肌训练、核心稳定性训练、功能性整合训练具体训练流程见附录 A。

5.8.4.3 运动处方参数

- 频率：每天进行盆底肌训练和核心训练；

- 强度：PFM 收缩强度应达到主观最大用力的 70-80%；
- 时间：每次 15~20 分钟，慢肌收缩保持 10 秒，快肌收缩保持 1~2 秒；
- 组数与重复次数：每组 10 次，重复 2~3 组；
- 进度：逐步增加保持时间、重复次数或收缩强度；
- 持续时间：至少坚持 3 个月。

5.8.4.4 注意事项

- 避免过度疲劳：盆底区域酸痛疲劳感 24 小时消失；
- 关注身体反应：如漏尿增多、疼痛加剧、脱垂感加重等，立即停止训练并咨询医生；
- 正确呼吸：保持自然呼吸或腹式呼吸，避免屏气；
- 排空膀胱：训练前排空膀胱；
- 定期复诊评估：定期复诊（产后 6 周、3 个月、6 个月），调整训练方案。

5.8.5 疗效观察与不良反应

5.8.5.1 疗效评估：主观指标（症状改善程度如漏尿次数减少、脱垂感减轻等）；客观指标（盆底肌电评估肌力提升 ≥ 1 级）。

5.8.5.2 不良反应：症状加重、血压升高、头晕、加重腹直肌分离、诱发盆底肌痉挛等。

5.8.6 安全与质量控制

5.8.6.1 训练指导者接受盆底康复专业系统培训，掌握盆底运动疗法治疗流程。

5.8.6.2 训练室环境需清洁、安静、私密，符合卫生标准。

5.9 手法治疗

5.9.1 意大利筋膜手法（Fascial Manipulation[®], FM）

意大利筋膜手法是由 Luigi Stecco 提出的基于人体生物力学模型的筋膜导向治疗技术。从问诊、精确触诊评估开始，寻找疼痛或功能障碍代偿的根源，通过手法干预筋膜系统中的协调中心（CC 点）、融合中心（CF 点）、筋膜序列，改善筋膜粘弹性，平衡筋膜张力分布，恢复盆底动力链力学平衡，重建盆腔器官支持系统的三维张力网络，从而达到治疗女性盆底功能障碍的目的。

5.9.1.1 适应症

- 压力性尿失禁 I - II 度；
- 盆腔器官脱垂 I - II 期保守治疗；
- 盆底肌高张性障碍伴慢性盆腔疼痛；

——产后盆底肌功能恢复延迟（产后6周以上）；

——性交痛/性功能障碍（非器质性病因）；

——盆底手术围手术期支持治疗。

5.9.1.2 禁忌症

——绝对禁忌：发烧和/或败血症、静脉炎、使用抗凝药物者、严重的免疫系统功能低下；

——相对禁忌：恶性肿瘤、怀孕、炎症、III级淋巴水肿、疑似骨折、烧伤/溃疡的急性期和/或愈合期。

5.9.1.3 操作规范

5.9.1.3.1 标准筋膜手法治疗评估流程

——问诊（包括姓名、诊断、生日、职业、运动、主诉症状、伴随症状、肢端症状、疼痛史、手术史、创伤骨折史等）；

——设（根据问诊罗列出症状的时间轴，作出主诉症状代偿来源的假设，并初步判断疼痛/功能失调来源于肌骨系统或内脏系统）；

——动作检查（根据假设选择性进行动作检查，验证假设的合理性）；

——触诊检查（通过横向触诊、纵向触诊CC点、CF点，判断筋膜点的致密化程度）；

——治疗（如果是肌骨系统代偿引起的功能障碍，利用筋膜序列链模型选择触诊检查致密化程度严重的筋膜点治疗；如果是内部功能失调引起的功能障碍，利用张拉结构、锚索模型选择触诊检查致密化程度严重的筋膜点治疗）。

5.9.1.3.2 治疗工具

——肌间隔上的点用鹰嘴、指间关节；

——肌腹上的点用尺骨平坦的部位、指骨中部。

5.9.1.3.3 治疗程序

——治疗师选择正确的治疗姿势；

——依据触诊检查选择出的5~6个致密化程度严重的筋膜点（CC、CF点）进行压力和摩擦相结合的手法治疗；

——每个治疗点治疗2~3分钟，每次治疗20分钟左右，5~7天治疗一次。

5.9.1.3.4 治疗后指导：治疗点可能会酸痛2~3天，48~72小时内避免劳力、挤压、比赛等，5~7天后复诊。

5.9.1.4 疗效观察与不良反应

5.9.1.4.1 疗效评估：可结合主观评分（如国际尿失禁问卷简表（ICIQ-SF）评分、视觉模拟疼痛评分（VAS）、国际盆底障碍问卷简表（PFDI-20））、客观检查（如超声评估、盆底表面肌电）等指标进行综合评估。

5.9.1.4.2 常见不良反应：治疗后 15 分钟炎症反应开始，偶偶会有发烧，48~72 小时炎症反应结束，2~3 天治疗点会有酸痛，通常会自行缓解。

5.9.1.5 安全与质量控制

5.9.1.5.1 人员资质：需持有国际筋膜手法协会（IAFM）认证，熟练掌握筋膜手法治疗的评估和治疗流程。

5.9.1.5.2 首次治疗后 72 小时保证随访，治疗记录要完整，建立患者筋膜手法治疗档案。

5.9.2 肌筋膜触发点（Myofascial trigger points, MTrPs）手法

肌筋膜触发点（也称为扳机点或激痛点）是骨骼肌上可触及的直径为 3~6mm 的结节，对其进行针刺或快速按压会产生局部肌肉跳动，相关症状包括局部疼痛或牵涉痛、肌张力升高、局部敏感性增加等。常见的触发点治疗方式包括针刺、手法、理疗、拉伸等，其中，手法治疗——缺血性按压方法简便、安全易操作，在临床上应用广泛，是指用手指或借助器械对触发点处垂直施压，指端感受到肌紧张带后保持压力，待肌肉张力下降后治疗师在原有压力基础上进一步加压直至感受到新的张力，整个过程重复 3~5 次。缺血性按压可有效缓解触发点处肌肉张力并增加该处的血液供应，扩张痉挛肌肉紧张带，减轻疼痛的敏感性，唤醒盆底肌的本体感觉，诱导盆底肌自主收缩与放松，达到缓解疼痛、改善功能的目的。

5.9.2.1 适应证：各种盆腹肌肉筋膜源性疼痛及功能障碍，如盆底肌筋膜源性盆腔痛、OAB、便秘、性交痛、功能性肛门直肠痛等。

5.9.2.2 禁忌证：生殖泌尿系统急性感染期或有出血症状；治疗区域皮肤粘膜破损、出血。

5.9.2.3 操作规范

5.9.2.3.1 定位：由受过专业培训的康复治疗师根据触发点牵涉痛思路、神经力学思路、筋膜力学思路、血管思路寻找患者相关肌肉（腹部肌群、股内收肌群、腰臀部肌群、盆底肌群）活化的触发点并进行标记定位。寻找可触及的结节点或条索状紧张带；记录不同压痛点是否伴有受试者牵涉痛，按压可引发周围局部肌肉牵涉痛，深压可引发局部肌肉的抽搐反应，根据受试者的主观反应疼痛部位以及牵涉痛规律，寻找可触及的条索结节点具体位置，然后采用医用记号笔将压痛点标记出来。

5.9.2.3.2 缺血性按压：对标记点利用手法按压标记的结节部位，可用指压或筋膜仗施压，由浅入深，同时观察受试者的主观感受，有抽搐反应即说明已经按压到触发点；若抽搐反应

不明显，则需持续施加力度直至出现抽搐反应，或当痛觉明显减弱后继续加压。每次治疗 6~8 个点，每个点治疗 1~2 分钟。

5.9.2.4 疗效观察与不良反应

5.9.2.4.1 疗效评估：可结合主观评分（如 VAS 评分、性生活满意度）、客观检查（如 POP-Q、盆底肌电）等指标进行综合评估。

5.9.2.4.2 常见不良反应：局部酸痛、淤青。无需特别处理。

5.9.2.5 安全与质量控制

5.9.2.5.1 操作者应接受肌筋膜触发点理论专业培训与操作，掌握肌筋膜触发点的诊断、定位与缺血性按压操作。

5.9.2.5.2 严格执行手消毒流程，防止交叉感染。

6 场景运用，见附录 B。

附录 A

盆底肌训练、核心稳定性训练、功能性整合训练流程 (资料性附录)

A.1 盆底肌训练 (Pelvic Floor Muscle Training, PFMT)

凯格尔运动 (Kegels) (盆底肌收缩训练、本体感觉训练、耐力训练、力量与反应性训练、叠加收缩训练、分级收缩训练)。

适应症：轻中度尿失禁、产后盆底肌力下降、盆腔器官脱垂早期。

A.1.1 定位盆底肌

1) 排尿中断法：排尿时尝试突然中断尿流 (仅用于学习, 勿频繁操作), 感受收缩的肌肉即为盆底肌;

2) 想象法：想象同时收紧肛门 (如憋住排气) 和阴道 (如夹住棉条), 同时避免腹部、臀部和大腿发力。

A.1.2 基础凯格尔训练 (Kegel Exercise)

1) 姿势：仰卧位, 双膝弯曲, 全身放松。

2) 步骤:

收缩：缓慢收缩盆底肌 (约 3 秒达到最大力度), 保持收缩 5 秒;

放松：彻底放松 5 秒, 确保肌肉完全松弛;

重复：10 次/组, 每日 3 组 (可逐渐延长收缩时间至 10 秒)。

3) 关键提示:

全程保持自然呼吸, 避免屏气或腹部鼓起;

若腰部酸痛, 说明腹肌代偿, 需减少收缩力度或调整姿势。

A.1.3 进阶训练方案

A.1.3.1 快速收缩训练 (改善反应速度)

1) 适用场景：预防咳嗽、打喷嚏时的漏尿。

2) 方法：快速收缩盆底肌至最大力度 (1 秒内完成), 立即放松; 重复 15-20 次/组, 每日 2 组。

A.1.3.2 耐力训练 (增强肌肉持久力)

收缩盆底肌至最大力度的 50%, 维持 30 秒后放松; 重复 5 次/组, 每日 2 组。

A.1.3.3 叠加收缩:

在慢收缩保持过程中加入几次快收缩。

A.1.3.4 分级收缩：

练习不同力度的收缩（如 50%力、75%力、100%力）。

A.1.3.5 不同体位训练（适应日常生活）

1) 坐姿训练：

端坐于椅子前 1/3 处，双足平放地面，执行凯格尔收缩；

重点：保持脊柱直立，避免臀部离开椅面。

2) 站姿训练：

双脚分开与肩同宽，微屈膝，收缩盆底肌时想象“提升会阴”；

可结合日常活动（如洗碗、排队时）练习。

A.2 核心稳定性训练

腹式呼吸训练、腹横肌激活训练、核心整合训练（仰卧位：骨盆后倾/中立位控制训练、桥式运动、单腿滑行训练、死虫式训练；四点跪位：平板支撑、猫驼式、鸟狗式；侧卧位：侧平板训练；站立位：靠墙静蹲、单腿站立）。

A.2.1 腹式呼吸训练

1) 作用：协调膈肌与盆底肌运动，减少腹压对盆底的冲击。

2) 方法：仰卧位，双手置于腹部。

吸气：腹部缓慢鼓起，盆底肌放松；

呼气：腹部内收，同时收缩盆底肌；

每日 2 组，每组 10 次。

A.2.2 腹横肌（TrA）激活与核心稳定性训练

1) 目的：增强深层核心力量，减少对盆底的向下压力，与 PFM 协同工作。

2) 动作：仰卧/坐姿/四足跪姿：正常呼吸；呼气时，轻柔地将下腹部（肚脐下方）向脊柱方向内收（想象穿紧身牛仔裤拉上拉链的感觉），同时保持盆底肌轻微上提感；保持收缩时持续平缓呼吸，避免屏气；保持 5-10 秒，放松；重复 10-15 次/组，每天 2-3 组。

3) 进阶：在激活 TrA 和 PFM 的基础上，进行四肢的轻柔活动（如四足跪姿交替抬手/脚，仰卧交替抬腿等），保持核心和盆底稳定。

4) 重点: 强调 TrA 收缩与 PFM 收缩的协调性, 避免腹直肌过度参与 (避免“鼓肚子”或“塌腰”)。

A.2.3 桥式运动 (Glute Bridge)

- 1) 目标: 激活盆底肌与核心肌群, 改善骨盆稳定性。
- 2) 步骤: 仰卧位屈膝, 收缩盆底肌, 将臀部抬离地面至肩-膝成直线, 保持 5 秒后缓慢放下;
- 3) 进阶: 单腿桥式 (抬臀后伸直一侧腿) 或抗阻桥式 (膝盖间夹瑜伽球);
10 次/组, 每日 3 组。

A.2.4 四足位盆底激活

猫牛式变体: 双手双膝着地, 脊柱保持中立位;
吸气: 放松盆底肌, 腰部下沉 (牛式);
呼气: 收缩盆底肌, 拱背低头 (猫式);
10 次/组, 每日 2 组。

A.2.5 死虫式 (Dead Bug)

- 1) 目标: 增强核心-盆底协同控制能力, 减少腹压波动。
- 2) 步骤: 仰卧位, 双腿屈膝 90° , 双臂伸直指向天花板;
呼气: 收缩盆底肌, 缓慢伸展对侧手臂和腿 (如右臂+左腿), 保持 3 秒;
吸气: 回到起始位, 换另一侧;
8-10 次/侧, 每日 2 组。

A.3 功能性整合训练

动态稳定性训练、水中运动疗法、姿势调整训练、运动整合训练。

A.3.1 动态稳定性训练

悬吊训练 (Sling Exercise): 利用悬吊带进行侧卧髋外展或仰卧抬腿, 强化盆底与深层核心的联动; 适用于产后 6 个月以上或肌力 ≥ 3 级者。

A.3.2 水中运动疗法

水温 $32-34^\circ\text{C}$ 可缓解肌肉痉挛, 适合慢性盆腔疼痛患者。

方法: 水中行走、踢腿训练, 利用浮力减轻盆底压力;

A.3.3 功能性训练

在模拟或实际增加腹压的动作时收缩盆底肌:

- 1) 咳嗽/打喷嚏前及过程中主动收缩 PFM;
- 2) 跳跃前及过程中主动收缩 PFM;
- 3) 提举重物前及过程中主动收缩 PFM;
- 4) 从坐位/蹲位站起前及过程中主动收缩 PFM。

A.3.4 姿势调整训练

- 1) 指导患者避免长时间站立、负重、便秘等增加腹压的行为;
- 2) 教授正确的坐姿（避免“陷”在沙发里）、站姿（避免骨盆过度前倾）、如厕姿势（使用脚凳使膝盖高于髋部，模拟蹲姿，放松盆底利于排便）;
- 3) 指导正确的抱娃、哺乳姿势，减少腰背和盆底压力。

上海市康复医学学会

附录 B
女性盆底功能障碍康复治疗技术应用场景
(资料性附录)

B.1 康复治疗技术应用场景见表 1

表 1 康复治疗技术应用场景

康复技术	核心原理	主要优势	典型适用场景	注意事项
阴道哑铃	利用重量提供生物反馈，通过主动收缩盆底肌来维持其不掉落，从而锻炼肌力。	使用方便、提供直观反馈、可居家训练、成本相对较低。	1. 轻度压力性尿失禁； 2. 产后轻度阴道松弛； 3. 辅助凯格尔运动，帮助找准肌肉。	1. 需在专业人员指导下选择合适重量； 2. 注意清洁消毒，防止感染； 3. 阴道有急性炎症、出血时禁用。
子宫托治疗	子宫托治疗是一种硅胶制成的医疗器械，置入阴道内，对下垂的盆腔器官（如子宫、膀胱）提供物理支撑。	非手术治疗中重度脱垂的有效方法、立即见效、可逆（取出后效果消失）。	1. 中重度盆腔器官脱垂（POP-Q II 度及以上）； 2. 因身体原因无法耐受手术的患者； 3. 希望保留生育功能或推迟手术的患者。	1. 需由医生配置合适型号和类型； 2. 需定期取出清洗并随访，预防并发症（如溃疡、嵌顿）； 3. 部分患者可能有异物感或不适。
生物反馈电刺激治疗	生物反馈：将肌肉收缩的信号转化为视觉/听觉信号，让患者直观感知。 电刺激：用电流被动刺激肌肉，唤醒休眠肌纤维。	精准、高效、趣味性强；能将抽象训练具体化，电刺激适用于肌力极弱的初期阶段。	1. 无法正确感知和收缩盆底肌的患者； 2. 轻中度尿失禁、盆腔器官脱垂； 3. 产后盆底肌力恢复； 4. 慢性盆腔痛（放松性训练）。	1. 需到医院在治疗师指导下进行； 2. 电刺激禁忌症：体内有心脏起搏器等金属植入物、妊娠期、月经期、恶性肿瘤、急性炎症。

盆底磁治疗	利用高强度脉冲磁场，无创地穿透衣物和组织，在盆底深部诱发感应电流，刺激神经肌肉，引起肌肉被动收缩。	完全无创（不需脱衣）、穿透深、刺激范围广、标准化操作、舒适度高。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 压力性/急迫性尿失禁； 2. 产后康复（尤其适合伤口未愈合者）； 3. 慢性盆腔痛、便秘； 4. 对侵入性治疗依从性差或恐惧的患者。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 禁忌症同电刺激（心脏起搏器、金属植入物等）； 2. 治疗费用相对较高； 3. 癫痫患者慎用。
射频治疗	通过发射可控的射频能量，产生热效应，刺激阴道粘膜下胶原蛋白收缩、再生重组，并激活成纤维细胞，实现紧致和改善功能。	微创、治疗时间短、见效相对较快、恢复期短。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 轻中度阴道松弛； 2. 轻中度压力性尿失禁； 3. 绝经生殖泌尿综合征（GSM），如阴道干涩、性交痛。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 属于医疗行为，必须由专业医生操作； 2. 有阴道炎症、月经期、妊娠期等禁用； 3. 需多次治疗维持效果，费用较高。
二氧化碳点阵激光治疗	利用激光产生微小的热损伤治疗区，刺激组织启动修复机制，大量新生胶原蛋白和弹性蛋白，实现阴道内膜增厚、紧致。	效果显著、对于松弛和干涩的改善非常直观。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 中重度阴道松弛； 2. 重度外阴硬化性苔藓； 3. 严重绝经后阴道萎缩干涩。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 属于微创医疗操作，对医生技术要求高； 2. 有创面恢复期，需注意术后护理； 3. 费用高昂，需多次治疗； 4. 禁忌症同射频。
运动疗法	主动地、有意识地对盆底肌群进行自主性的收缩和放松训练（如凯格尔运动）。	免费、方便、随时随地可做、无创、安全，是所有康复的基础。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 所有女性的盆底保健和预防； 2. 产后康复（预防和改善漏尿、松弛）； 3. 孕期的准备训练； 4. 轻中度盆底功能障碍的首要 and 基础治疗。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 核心是找准肌肉并用对力（避免腹肌、臀肌代偿）； 2. 需要长期坚持才能见效； 3. 最好先在治疗师指导下学习正确方法。

手法治疗	治疗师通过手法进行盆底肌、腹部等肌群的筋膜松解和触发点灭活，并指导患者感知和收缩。	精准放松高张力筋膜和肌肉、缓解疼痛、帮助患者找到正确的收缩感觉。	1.盆底肌高张力状态（肌肉过度紧张）； 2.慢性盆腔痛、性交痛； 3.产后瘢痕粘连松解（如剖腹产、会阴侧切瘢痕） 4.无法自主收缩盆底肌的辅助激活。	1. 必须由专业的物理治疗师操作； 2. 需要充分的沟通和放松； 3. 治疗后需结合主动训练巩固效果。
------	---	----------------------------------	---	---

上海市康复医学学会

注：组合疗法：临床实践中，这些技术常常被组合使用，以达到最佳效果。例如：

- 1) 电刺激+生物反馈+运动疗法：对肌力极弱的患者，先用电刺激唤醒，再用生物反馈学习，最后通过自主运动巩固；
- 2) 手法治疗+运动疗法：对高张力性疼痛的患者，先用手法放松，再训练其正确的收缩与放松控制。

上海市康复医学学会

参 考 文 献

术语及定义

- [1] Haylen BT, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):4-20.
- [2] Hallock JL, Handa VL. Epidemiology of pelvic floor dysfunction. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 2016, 43(1): 1-13.
- [3] Swift S, et al. Pelvic Organ Support Study (POSSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(3):795-806.
- [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). *中华妇产科杂志*, 2020, 55(05):300-306
- [5] 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). *中华妇产科杂志*, 2020, 55(05):300-306
- [6] 罗德毅, 沈宏. 女性尿失禁的诊断与鉴别诊断. *中国实用妇科与产科杂志*, 2017, 33(5): 487-490.
- [7] Nallely Saldana Ruiz, Andreas M Kaiser, Fecal incontinence - Challenges and solutions. *World J Gastroenterol*. 2017,23(1):11-24.
- [8] 中国医师协会肛肠医师分会,中国医师协会肛肠医师分会肛肠疾病专家委员会, 中国医师协会肛肠医师分会临床指南工作委员会. 排便失禁临床诊治中国专家共识(2022版). *中华胃肠外科杂志*, 2022, 25(12): 1065-1072.
- [9] American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG Practice Bulletin No. 218: Chronic Pelvic Pain. *Obstetrics & Gynecology*. 2020;135(3):e98-e109. [9] 山东省疼痛医学会. 女性慢性盆腔疼痛临床管理的专家共识(2021版). *北京医学*, 2021,43(7):750-759.
- [10] McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, et al. Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med*. 2016;13(2):135-143.

子宫托治疗

- [1] 盆腔器官脱垂的中国诊治指南(2020版)
- [2] Harvey MA, Lemieux MC, Robert M, Schulz JA. Guideline No. 411: Vaginal Pessary Use. *J Obstet Gynaecol Can*. 2021 Feb;43(2):255-266.e1.
- [3] Rantell A, Abdool Z, Fullerton ME, Gedefaw A, Lough K, Miotla P, Mukhtarova N, Neumann P, Spencer J, Warner KJ, Brown HW. International Urogynecology Consultation Chapter 3 Committee 1 - Pessary Management. *Int Urogynecol J*. 2025 Mar;36(3):533-550.

磁刺激治疗

- [1] 牛晓宇,王倩,华克勤,等.老年女性盆底功能障碍性疾病个体化诊疗技术体系的专家共识[J].*实用妇产科杂志*,2024,40(06):447-452.
- [2] 江苏省中西医结合学会盆底疾病专业委员会,上海市医师协会肛肠专业委员会,北京整合医学学会盆底疾病专业委员会,等.盆底功能障碍性疾病诊断及康复治疗专家共识[J].*中华临床医师杂志(电子版)*,2024,18(2):113-121.

- [3] 白雅洁.脉冲磁刺激技术在治疗盆底功能障碍性疾病中的应用进展[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,7(18):5-7.
- [4] Lim R, Lee SW, Tan PY, Liong ML, Yuen KH. Efficacy of electromagnetic therapy for urinary incontinence: A systematic review. *Neurourol Urodyn*. 2015;34(8):713-722.
- [5] VODUSEK D B. Anatomy and neurocontrol of the pelvic floor[J]. *Digestion*, 2004, 69 (2): 87-92
- [6] Pan H, Bao Y, Cao H, Jin R, Wang P, Zhang J. The effectiveness of magnetic stimulation for patients with pelvic floor dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *Neurourol Urodyn*. 2018;37(8):2368-2381.
- [7] Dudonienė V, Kirklytė I, Žlibinaitė L, Jerez-Roig J, Rutkauskaitė R. Pelvic Floor Muscle Training versus Functional Magnetic Stimulation for Stress Urinary Incontinence in Women: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Med*. 2023;12(9):3157. Published 2023 Apr 27.
- [8] Yang Z, Liao J, Zhang S, Zhang M, Qiao L. Effectiveness of Extracorporeal Magnetic Stimulation in the Treatment of Pelvic Floor Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neurourol Urodyn*. Published online May 22, 2025. doi:10.1002/nau.70082

射频

- [1] Benjamin Dillon ,Roger Dmochowski. Radiofrequency for the treatment of stress urinary incontinence in women. *Curr Urol Rep*. 2009;10(5):369-374.
- [2] Nicoli Serquiz,Ayane Cristine Alves Sarmiento,Natalie Rios Almeida,etal. Laser and radiofrequency for treating genitourinary syndrome of menopause in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis protocol. *BMJ Open*. 2023 Nov 10;13(11):e075841
- [3] Alshiek J, Garcia B, Minassian V et al. Clinical Consensus Statement: Vaginal Energy-Based Devices. *Urogynecology (Phila)*. 2022 Oct 1;28(10):633-648.
- [4] Romero-Otero J, Lauterbach R, Aversa A, et al. Radiofrequency-Based Devices for Female Genito-Urinary Indications: Position Statements From the European Society of Sexual Medicine. *J Sex Med*. 2020 Mar;17(3):393-399.
- [5] 段华, 陈蓉, 汪沙, 罗新. 绝经生殖泌尿综合征临床诊疗专家共识. *中华妇产科杂志*, 2020, 55(10): 659-666.
- [6] 中国整形美容协会女性生殖整复分会. 阴道松弛症诊断与治疗专家共识. *中国实用妇科与产科杂志*, 2020, 36(10), 965-968.
- [7] 中国整形美容协会科技创新与器官整复分会. 女性性功能障碍诊治中国专家共识(2023年版). *中华妇产科杂志*, 2023, 58(9):641-649

二氧化碳点阵激光治疗

- [1] 邓露, 李佳怡. 点阵 CO2 激光治疗女性压力性尿失禁的研究进展. *上海交通大学学报 (医学版)*, 2022, 42 (5) : 685-689

运动疗法

- [1] 杨新.核心肌群运动疗法对产后压力性尿失禁患者的康复效果研究[J].*运动与健康*,2024,3(11):13-16.
- [2] 颜惠芳.生物反馈电刺激联合运动疗法对产后不同时期女性盆腔器官脱垂恢复的影响[J].*实用妇科内分泌电子杂志*,2024,11(14):59-61.

- [3] 朱惠娟,卓丽英.产程中分阶段运动疗法对初产妇分娩的影响[J].中国医学创新,2019,16(08):88-92.
- [4] 孙绍骞,苗议丹,王亚春,等. 运动疗法在产后康复中的应用[J]. 中国妇幼保健,2018,33(13):3118-3120.
- [5] 胡君,袁晓晴,曹歆妮,等. 产褥期盆底肌肉训练对盆底肌力的影响[J]. 中华围产医学杂志,2015(4):263-267.
- [6] 王静,李一南. 核心肌群运动疗法辅助生物反馈训练对产后压力性尿失禁合并阴道前壁膨出病人不同状态下腹横肌厚度的影响[J]. 全科护理,2023,21(21):2971-2973.
- [7] 王雪妍,张鹏燕,廖烜东,等. 悬吊推拿运动技术对产后骨盆带疼痛的效果[J]. 中国康复理论与实践,2024,30(6):719-725.
- [8] 刘迎,张晔,张欣,等. 盆底肌生物反馈电刺激联合盆底肌训练治疗产后轻中度压力性尿失禁的效果[J]. 中华围产医学杂志,2023,26(3):230-235.
- [9] 田晓. 普拉提斯运动疗法在剖宫产产妇术后康复治疗中的应用[J]. 妇儿健康导刊,2024,3(10):67-70.
- [10] 岑婉仪,龚宇萱,黄镇东,等. 高频超声观察不同训练动作对产后腹直肌分离间距的即时影响[J]. 中国组织工程研究,2023,27(32):5091-5096.

意大利筋膜手法

- [1] 中华医学会妇产科学分会. (2023). 女性盆底功能障碍性疾病康复治疗专家共识. 中国实用妇科与产科杂志, 39(2), 145-150.
- [2] 彭宇, 李环. (2021). 筋膜手法治疗产后压力性尿失禁的临床研究. 中国康复医学杂志, 36(7), 801-805.
- [3] Stecco L. (2015). Fascial Manipulation for Internal Dysfunctions. Piccin.
- [4] Haylen BT et al. (2018). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourol Urodyn, 37(2), 655-665.
- [5] Pignotti S et al. (2022). Fascial dysfunction in pelvic floor disorders: A multicenter observational study. Int Urogynecol J, 33(5), 1241-1248.
- [6] Lima M et al. (2021). Randomized trial of fascial manipulation vs traditional physiotherapy for chronic pelvic pain. Am J Obstet Gynecol, 225(3), 291.e1-291.e9.

肌筋膜触发点手法

- [1] Simons DG, Travell JG, Simons LS. 赵冲, 田阳春, 译. 肌 筋膜疼痛与功能障碍——激痛点手册. 第 1 卷.上半身[M]. 第 2 版, 北京: 人民军医出版社, 2014: 25—26.
- [2] Bialosky JE, Bishop MD, Price DD, et al. The mechanisms of manual therapy in the treatment of musculoskeletal pain: a comprehensive model[J]. Man Ther, 2009, 14 (5) : 531—538.
- [3] 刘琳, 黄强民, 刘庆广, 等.肌筋膜触发点理论及其在运动康复临床实践中应用的研究进展[J].中国康复理论与实践, 2016, 22 (10) : 1167—1170.
- [4] 黄强民, 庄小强, 谭树生. 肌筋膜疼痛触发点的诊断与治疗[M]. 南宁: 广西科学技术出版社, 2010.
- [5] 牛晓宇,王倩,华克勤,等.老年女性盆底功能障碍性疾病个体化诊疗技术体系的专家共识[J].实用妇产科杂志,2024,40(06):447-452.