

温针灸联合 Kegel 盆底康复训练 对产后压力性尿失禁的临床研究

曹 静,李燕霞,王 琳,姚弘毅

(华中科技大学同济医学院附属梨园医院,湖北 武汉 430070)

[摘要]目的 观察温针灸联合 Kegel 盆底康复训练对产后压力性尿失禁的疗效。方法 将 66 例产后压力性尿失禁患者按随机数字表法分为治疗组与对照组,每组 33 例。对照组予以 Kegel 盆底康复训练,观察组予以温针灸联合 Kegel 盆底康复训练,观察两组患者治疗前后的漏尿量、尿失禁程度评分、盆底肌力、生活质量评分及临床疗效。结果 两组患者治疗后漏尿量、尿失禁程度评分、盆底肌力、生活质量评分与治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组漏尿量、尿失禁程度评分降低程度大于对照组($P < 0.05$),生活质量评分增加程度大于对照组($P < 0.05$)。观察组临床疗效优于对照组($P < 0.05$)。结论 温针灸联合 Kegel 盆底康复训练治疗压力性尿失禁比单一 Kegel 盆底康复训练的疗效更好。

[关键词]温针灸;Kegel 盆底康复训练;压力性尿失禁

[中图分类号]R694⁺.54 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2021.03.016

产后压力性尿失禁(postpartum stress urinary incontinence,PSUI)是产后常见的盆底功能障碍并发症,其产生的原因是分娩过程中盆底组织受损、盆底肌肉松弛,患者腹压增大,尿液经尿道不自主溢出,PSUI 发病率为 30%~65%^[1],给患者日常生活带来严重的困扰^[2]。因此,对 PSUI 和产后盆底康复的研究也成为了近年来医学界的热门课题。目前,PSUI 多通过手术治疗或康复治疗,对于轻中度 PSUI 患者,临床多采用非手术方法治疗,包括盆底肌功能锻炼、电刺激疗法、行为控制等康复治疗^[3]。Kegel 盆底康复训练是临床常用的产后康复训练方法,通过指导患者训练从而将盆底肌恢复到产前状态,对 PSUI 具有较好的疗效^[4-6]。但是受患者理解力和依从性的影响,该方法在实际应用中疗效并不理想。近年来,针灸在盆底功能恢复的治疗中显现出重要作用。产妇产后以虚为病机,在治疗上应温阳补肾、益气固摄,温针灸具有良好的温补作用,与 Kegel 盆底康复训练联合能提升疗效,但目前国内关于这方面的报道较少。本研究采用温针灸联合 Kegel 盆底康复训练治疗 PSUI,取得满意效果,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《泌尿外科学》^[7]制定如下:①尿液不由主观意识控制经尿道溢出或流出,有随意排尿活动的意识;②排尿抑制功能丧失或减弱;③伴

或不伴尿急、尿频等表现。

1.2 纳入标准 ①分娩足月儿的产妇;②产妇均于产后 4 周复诊经临床症状、膀胱颈抬举试验等确诊为 PSUI;③既往无尿道及盆腔手术史;④患者及家属均知情同意。

1.3 排除标准 ①先天性输尿管异位者;②既往有恶性肿瘤病史、盆腔手术史者;③合并泌尿系统感染、尿路梗阻等其他泌尿系统疾病;④有泌尿系统器质性病变者;⑤合并高血压病、糖尿病及其他重大心脑血管管疾患者;⑥既往存在盆底功能障碍者;⑦不能主动配合盆底训练者。

1.4 研究对象 将 2017 年 9 月至 2020 年 9 月就诊于华中科技大学同济医学院附属梨园医院康复科、符合诊断与纳入标准的 66 例 PSUI 患者按照随机数字表法随机分为观察组 33 例、对照组 33 例。观察组平均年龄(27.32 ± 3.41)岁,平均产次(1.21 ± 1.03)次;对照组平均年龄(28.16 ± 3.20)岁,平均产次(1.34 ± 1.22)次。两组患者年龄、产次比较,差异均无统计学意义(年龄: $t = -1.032, P = 0.306$;产次: $Z = -0.500, P = 0.617$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组 使用 Kegel 盆底康复训练法。由康复治疗师对患者进行锻炼方法指导,患者处于站、坐、卧姿均可,降低呼吸频率,保持平静呼吸,在吸气时做缩紧肛门、会阴以及尿道的动作,注意避免腿部与臀部肌肉参与,每次吸气时间控制在 5 s 左右,在呼气时放松盆底部肌肉,每次连续做 15 min,每日练习 5 次,月经期暂停训练。4 周为 1 个疗程,共治

作者简介:曹静(1994-),女,硕士研究生,住院医师

通信作者:姚弘毅(1980-),男,硕士,副主任医师, Yao-hongyi168@163.com

疗2个疗程。

2.1.2 观察组 在对照组康复治疗基础上加以温针灸。取穴:气海、关元、中极、肾俞、膀胱俞。具体针刺方法:每次治疗均先取腹部穴位进行温针灸,再取背部穴位进行温针灸。腹部气海、关元、中极穴采用一次性针灸针(0.35 mm×75 mm,苏州针灸用品有限公司)直刺1.5~2.0寸,背部肾俞、膀胱俞采用一次性针灸针(0.35 mm×45 mm,苏州针灸用品有限公司)直刺1.0~1.5寸,针刺得气后,将用硬纸片剪成的中心有一小缺口的圆形纸片置于针下穴位区域上,于针柄上裹以纯艾绒的艾团,距皮肤2~3 cm,从其下端点燃艾团,以患者局部有温热感为宜,留针30 min,待艾团燃烧完后取针。嘱患者留针期间不要随意移动肢体,以防艾灰掉落灼伤皮肤。每穴灸1壮,星期一至星期五治疗,每日1次,每周共治疗5次,星期六和星期日休息,4周为1个疗程,连续治疗2个疗程。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 漏尿量 参照尿垫试验^[8]的方法记录60 min内患者的漏尿情况。让患者在试验前15 min排空膀胱后垫置尿垫,然后饮用500 mL水。让患者先行走、爬楼梯30 min,再重复站立、坐下、咳嗽15 min,再原地跑动1 min,弯腰5次,最后冲洗手1 min结束试验。取出尿垫,由3名医师分别称质量,减去尿垫的原来质量,并记录差值,取3名医师所称得质量的平均值即为患者漏尿量。

2.2.2 尿失禁程度评分 尿失禁程度评分参考文献^[9]进行。按照每周漏尿次数评定,每周漏尿次数≤1次,计1分;每周漏尿2~3次,计2分;每周漏尿4~7次,计3分;每日均有漏尿情况出现,计4分;持续出现漏尿情况,计5分。

2.2.3 盆底肌力 采用会阴肌力测定法^[10]。让患者放松腹肌,医师将食指和中指合拢轻柔放入阴道,让患者收缩和放松阴道,根据其收缩时间、完成次数分级。0级:未感知阴道肌肉收缩;Ⅰ级:轻微收缩,但未持续收缩;Ⅱ级:存在明显收缩,可持续2 s,完成2次;Ⅲ级:肌肉收缩可使手指前后活动,持续3 s,完成3次;Ⅳ级:肌肉收缩有力,可抵抗手指压力,持续4 s,完成4次;Ⅴ级:对抗手指压力持续5 s,完

成5次。

2.2.4 生活质量评分 依据生活质量综合评定问卷(generic quality of life inventory-74, GQOLI-74)^[11]对患者生活质量进行评定,包括患者生活状态、躯体功能、心理功能及社会功能,分值越高表明患者生活质量越高。

2.2.5 疗效评定 疗效标准参照《女性压力性尿失禁诊断和治疗指南(2017)》^[12]制定。①痊愈:尿失禁症状彻底消失,尿垫试验阴性。②有效:尿失禁症状改善,漏尿次数减少率≥50%。③无效:漏尿次数未减少,尿失禁症状无改变,甚至加重。

2.3 统计学方法 使用SPSS 22.0软件建立数据库并进行数据分析。计量资料以“均数±标准差($\bar{x} \pm s$)”表示。若数据呈正态分布且方差齐,组间均数比较采用两个独立样本 t 检验,组内均数比较采用配对 t 检验;若数据不呈正态分布,则采用秩和检验。计数资料采用 χ^2 检验,其中等级资料采用秩和检验。显著性水准为 $\alpha=0.05$ 。

3 结果

3.1 病例完成情况 观察组1例因搬家至外地脱落,1例因资料不全被剔除,最终完成31例;对照组1例因自觉效果不佳拒绝继续治疗,致资料不全,予以剔除,1例因自行服用药物干扰研究,予以剔除,1例因资料不全被剔除,最终完成30例。

3.2 两组患者漏尿量与尿失禁程度评分比较 两组患者治疗后漏尿量与尿失禁程度评分均较治疗前明显降低($P<0.05$),且观察组降低程度大于对照组($P<0.05$)。见表1。

3.3 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等级均较治疗前明显上升($P<0.05$),见表2。观察组盆底肌力等级提高程度优于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$)。见表3。

3.4 两组患者治疗前后生活质量评分比较 两组患者治疗后GQOLI-74评分显示,生活状态评分、躯体功能评分、社会功能评分、心理功能评分、生活质量评分均较治疗前明显增加($P<0.05$),且观察组增加程度大于对照组($P<0.05$)。见表4。

表1 两组患者治疗前后漏尿量与尿失禁程度评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	漏尿量/g			尿失禁程度评分		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
对照	30	6.53±1.25	2.67±1.59*	3.86±1.45	4.20±0.81	2.43±1.30*	1.77±1.14
观察	31	6.62±1.15	1.61±1.23*	5.01±1.19 [#]	4.03±0.75	1.61±0.88*	2.42±0.82 [#]

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,[#] $P<0.05$

表2 两组患者治疗前后盆底肌力等级比较

组别	时点	n	0级/例	I级/例	II级/例	III级/例	IV级/例	V级/例	Z值	P值
对照	治疗前	30	4	8	10	2	3	3	-4.594	0.000
	治疗后	30	1	4	6	5	6	8		
观察	治疗前	31	5	2	6	9	5	4	-4.691	0.000
	治疗后	31	0	1	2	3	8	17		

表3 两组患者盆底肌力等级变化比较

组别	n	提高3级/例	提高2级/例	提高1级/例	分级不变/例	平均秩次	Z值	P值
对照	30	1	10	15	4	34.52	-1.712	0.087
观察	31	1	19	7	4	27.37		

表4 两组患者治疗前后 GQOLI-74 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	生活状态评分			躯体功能评分			社会功能评分		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
对照	30	41.57±4.05	48.36±5.03*	6.79±4.51	41.04±4.83	47.74±5.41*	6.70±5.14	50.39±5.66	55.98±6.36*	5.59±6.04
观察	31	43.27±5.93	57.10±5.23*	13.83±5.61#	40.65±3.98	60.46±5.82*	19.81±5.14#	51.03±5.24	65.42±5.83*	14.39±5.56#

组别	n	心理功能评分			生活质量评分		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
对照	30	51.68±3.74	58.93±6.05*	7.25±5.29	54.63±5.33	64.82±6.75*	10.19±6.16
观察	31	51.65±3.68	74.53±6.77*	22.88±5.87#	54.03±5.60	74.55±6.90*	20.52±3.65#

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,# $P<0.05$

3.5 两组患者临床疗效比较 两组患者临床疗效分布比较,差异有统计学意义($P<0.05$),观察组疗效优于对照组。见表5。

表5 两组患者临床疗效比较

组别	n	治愈/例	有效/例	无效/例	平均秩次	Z值	P值
对照	30	6	18	6	35.80	-2.316	0.021
观察	31	14	15	2	26.35		

4 讨论

国际控尿学会将尿失禁定义为构成社会和卫生问题,且客观上能被证实的不自主的尿液流^[13]。妊娠和分娩导致女性产道肌肉、肛提肌受损,引起盆底功能障碍。尿失禁是最常见的盆底功能障碍,目前有33.3%的产妇存在不同程度的PSUI^[14-15],对女性患者造成极大的身心伤害^[16-17]。Kegel盆底康复训练具有简、便、廉的特点,研究表明Kegel盆底康复训练能够有效促进会阴部血液循环,提高局部神经灵敏度,增加盆底肌肉收缩,对于改善尿失禁具有明确效果,早期PSUI症状较轻,可通过Kegel盆底康复训练治疗来缓解。但Kegel盆底康复训练要求患者精确地掌握锻炼的要点,并能坚持完成每日的锻炼任务,疗效受患者依从性影响大^[18-19]。因此,单纯的Kegel盆底康复训练往往不能满足临床治疗的需要,联合其他有效方法对于治疗PSUI具有重要意义。

PSUI属于中医学“遗尿”“遗溺”“小便失禁”“尿不禁”等范畴。产后多瘀多虚,妇女生产时一方

面损伤阴道,瘀阻下焦;另一方面脏腑受损、气血亏虚,耗气伤阴损肾,致使肾气不固。肾乃先天之本,若肾阳不足,则膀胱气化失司,失于制约,则小便自出^[20]。本研究结果显示,观察组治疗效果优于对照组,提示温针灸联合Kegel盆底康复训练治疗比单一Kegel盆底康复训练效果要好。这是因为温针灸同时发挥了针的刺激作用和艾灸的温补作用^[21]。取穴气海、关元、中极、肾俞、膀胱俞。气海属任脉,可益气助阳、通调水道。《针灸资生经》:“气海者,盖人之元气所生也。”关元是足三阴和任脉交会穴,是补肾要穴,可培补元气、导赤通淋;中极属任脉,是膀胱募穴,可调节膀胱功能,助膀胱气化;肾俞穴可补肾纳气,改善膀胱气化功能,膀胱俞可调理气机、宣通下焦、固摄小便,是治疗小便不利的重要穴位^[22]。现代医学研究^[23]表明,针刺这些穴位可有效增强尿道周围组织的紧张度,提高尿道括约肌的张力,增强盆底肌肌力,从而有效改善膀胱功能。取这些穴位予以温针灸可调理气机、培补下元、温阳化气,标本兼治,从而起到固摄膀胱的作用,再与Kegel盆底康复训练联合,能有效治疗PSUI^[24]。本研究中,虽观察组盆底肌力等级提高例数多于对照组,但差异并无统计学意义,这可能与本研究的样本量较小有关,后续将会增加样本量进行进一步研究。

综上所述,温针灸联合Kegel盆底康复训练同时发挥了针刺、艾灸、功能锻炼的作用,对于PSUI具有明显的疗效,且安全性好。

参考文献:

- [1] LI Y T, LEE W L. Is it really risky for postpartum stress urinary incontinence in the first year postpartum [J]. J Chin Med Assoc, 2018, 81(6):582.
- [2] 李志毅, 朱兰. 女性压力性尿失禁流行病学现状[J]. 实用妇产科杂志, 2018, 34(3):161-162.
- [3] 丁林娟, 冯丽萍, 褚小梅, 等. 产后妇女盆底肌锻炼持续干预对轻中度盆底功能障碍性疾病的效果评价[J]. 现代医学, 2018, 46(2):187-189.
- [4] DIEZITZA I, ARRUE M, IBÁÑEZ L, et al. Postpartum impairment of pelvic floor muscle function; factors involved and association with prolapsed [J]. Int Urogynecol J, 2011, 22(12):1505-1511.
- [5] HILDE G, STER-JENSEN J, SIAFARIKAS F, et al. Postpartum pelvic floor muscle training and urinary incontinence; a randomized controlled trial [J]. Obstet Gynecol, 2013, 122(6):1231-1238.
- [6] DIXIT P, SHEK K L, DIETZ H P. How common is pelvic floor muscle atrophy after vaginal childbirth [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2014, 43(1):83-88.
- [7] 吴阶平. 泌尿外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2009:897-898.
- [8] 李腾, 周小兰, 褚静, 等. 电刺激结合盆底肌训练对多发性硬化症女性下尿路功能障碍的临床疗效分析[J]. 安徽医学, 2019, 40(5):496-500.
- [9] 国际尿控学会. 国际尿控学标准化指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011:158.
- [10] 刘开宏, 郝洁倩. 生物反馈电刺激联合盆底肌训练治疗女性盆底器官脱垂的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2017, 39(9):694-697.
- [11] 汪向东, 王希林, 马弘, 等. 心理卫生评定量表手册(增订版)[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999:88-100.
- [12] 中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组. 女性压力性尿失禁诊断和治疗指南(2017)[J]. 中华妇产科杂志, 2017, 52(2):289-293.
- [13] 姜卫国, 洪淑惠. 女性盆底功能障碍性疾病的诊治进展[J]. 山东医药, 2015, 55(45):26-29.
- [14] FRITEL X, FAUCONNIER A, LEVET C, et al. Stress urinary incontinence 4 years after the first delivery; a retrospective cohort survey [J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2015, 83(10):941-945.
- [15] RAMALINGAM K, MONGA A. Obesity and pelvic floor dysfunction [J]. Best Prac Res Clin Obstet Gynaecol, 2015, 29(4):541-547.
- [16] 张珂, 王澜静, 焦玲洁, 等. 产后盆底功能障碍性疾病与盆底肌收缩力及其相关因素分析[J]. 实用妇产科杂志, 2014, 30:757-759.
- [17] 王建六, 张晓红. 女性盆底功能障碍性疾病的诊疗进展[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2008, 24(1):30-33.
- [18] 朱兰. 中国女性盆底肌肉锻炼的状况与未来[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2017, 33(1):19-20.
- [19] 刘景超, 朱兰. 盆底肌肉锻炼(PFMT)在女性压力性尿失禁中的应用进展[J]. 现代妇产科进展, 2018, 27(1):68-71.
- [20] 刘样, 胡蓉, 袁光辉, 等. 艾灸配合盆底肌训练治疗产后压力性尿失禁临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2018, 37(2):192-195.
- [21] 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, 17(6):1478-1479.
- [22] 杨艺, 刘丹丹. 温针灸治疗产后功能性尿潴留的临床分析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(13):72-73.
- [23] 陈生梅, 艾春启. 中极穴温针灸治疗产后尿潴留的疗效观察及护理[J]. 中医药导报, 2015, 21(12):103-104.
- [24] 李莉, 高慧娟, 张庆蔚, 等. 针刺干预辅助盆底肌训练治疗产后压力性尿失禁临床观察[J]. 云南中医学院学报, 2018, 41(4):73-75.

(收稿日期:2020-11-11)

Clinical Effect of Warming Acupuncture-Moxibustion Combined with of Kegel Pelvic Floor Rehabilitation Training in Treatment of Postpartum Stress Urinary Incontinence

CAO Jing, LI Yan-xia, WANG Lin, YAO Hong-yi

(Liyuan Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Hubei Wuhan 430070, China)

[Abstract] Objective To investigate the clinical effect of warming acupuncture-moxibustion combined with Kegel pelvic floor rehabilitation training in the treatment of postpartum stress urinary incontinence (PSUI). **Methods** A total of 66 patients with PSUI were divided into treatment group and control group using a random number table, with 33 patients in each group. The patients in the control group were given Kegel pelvic floor rehabilitation training, and those in the observation group were given warming acupuncture-moxibustion combined with Kegel pelvic floor rehabilitation training. The two groups were compared

· 实验研究 ·

芪红通络颗粒对大鼠脑缺血再灌注损伤保护作用及其机制研究

高玉菊¹, 杨满琴¹, 王丽¹, 罗胜勇²

(1. 安徽中医药大学第二附属医院, 安徽 合肥 230061; 2. 安徽省医学科学研究所, 安徽 合肥 230061)

[摘要]目的 观察芪红通络颗粒对大鼠脑缺血再灌注损伤的保护作用,并初步探讨其作用机制。方法 将SD大鼠随机分为假手术组,模型组,尼莫地平组,芪红通络颗粒高、中、低剂量(10.8、5.4、2.7 g/kg)组,采用线栓法建立大鼠局灶性脑缺血再灌注损伤模型。各组大鼠术前连续3 d、术后连续2 d灌胃给药,每日1次。术后72 h采用Longa法进行神经功能缺损评分,TTC染色法测定脑梗死体积,HE染色观察脑组织病理学改变,比色法测定脑组织丙二醛(malondialdehyde, MDA)含量和超氧化物歧化酶(superoxide dismutase, SOD)、谷胱甘肽过氧化物酶(glutathion peroxidase, GSH-Px)活力,Western blot法测定脑组织核因子E2相关因子2(nuclear factor erythroid-2 related factor 2, Nrf2)和血红素氧合酶-1(heme oxygenase 1, HO-1)蛋白表达水平。结果 与模型组比较,芪红通络颗粒高、中、低剂量组脑梗死体积显著缩小($P < 0.05$);高、中剂量组神经行为学障碍症状明显减轻($P < 0.05$),脑组织病理改变明显减轻;高、中、低剂量组脑组织中MDA含量明显降低,SOD和GSH-Px活力明显增加($P < 0.05$);高、中剂量组脑组织中Nrf2和HO-1蛋白表达水平明显升高($P < 0.05$)。结论 芪红通络颗粒对大鼠脑缺血再灌注损伤具有较好的保护作用,其机制可能与其激活Nrf2/HO-1信号通路,抑制氧化应激反应,从而产生抗氧化作用有关。

[关键词]芪红通络颗粒;缺血再灌注;氧化应激;核因子E2相关因子2;血红素氧合酶-1

[中图分类号]R285.5 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2021.03.017

缺血性脑卒中是临床常见疾病,重度致残者约占40%,是目前威胁人类健康的三大疾病之一^[1]。静脉性药物溶栓治疗是目前缺血性脑血管病治疗的有效措施,但是治疗时间窗狭窄(发病4.5 h以内),还可能增加脑内出血转化风险,因而限制了其使用^[2]。更为关键的是,缺血区血液恢复灌通后又可

能进一步加重脑功能障碍,产生脑缺血再灌注损伤(cerebral ischemia reperfusion injury, CIRI)。目前,针对CIRI尚无理想的干预措施,因此,充分研究其发生机制,寻求有效的治疗药物对于改善缺血性脑卒中预后具有重要意义。研究^[3]表明,氧化应激中产生的活性氧在CIRI的发病过程中起着至关重要的作用。芪红通络颗粒是以活血化瘀、益气化痰为基本治疗大法严谨选药的临床经验方,由红花、黄芪、全蝎、蜈蚣、当归、菊花、鸡血藤、水蛭、僵蚕、白附子共10味中药组成。现代药理学研究提示,红花有保护神经细胞的作用^[4],黄芪能够有效改善抗氧

基金项目:安徽省高等学校自然科学研究项目(KJ2019A0446);
安徽省自然科学基金(1608085MH161)

作者简介:高玉菊(1967-),女,主管中药师

通信作者:杨满琴(1979-),女,硕士,主任中药师,282059179@qq.com

in terms of incontinence capacity, urinary incontinence score, pelvic floor muscle strength, quality-of-life score, and clinical outcome before and after treatment. **Results** Both groups had significant changes in incontinence capacity, urinary incontinence score, pelvic floor muscle strength, and quality-of-life score after treatment ($P < 0.05$), and compared with the control group, the observation group had significantly greater reductions in incontinence capacity and urinary incontinence score ($P < 0.05$) and a significantly greater increase in life-of-quality score ($P < 0.05$). The observation group had a significantly better clinical outcome than the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Warming acupuncture-moxibustion combined with Kegel pelvic floor rehabilitation training has a better clinical effect than Kegel pelvic floor rehabilitation training alone in the treatment of PSUI.

[Key words] Warming acupuncture-moxibustion; Kegel pelvic floor rehabilitation training; Postpartum stress urinary incontinence