



产后盆底康复，唤醒女性青春的力量与平衡

▲ 上海交通大学附属第六人民医院妇产科副主任医师 张睿

怀孕和分娩是大多数女性需要经历的重要时刻，随着女性对自己身体健康要求的提高，盆底康复的理念越来越深入人心。在我的门诊，经常会有年轻的女性朋友会问：我为什么会尿频？为什么会憋不住小便？经常会感觉盆腔部位疼痛？甚至会有排便控制不住的问题，这些都是盆底功能异常的表现。

女性的盆底功能有多重要？

女性的盆底结构包括肛提肌群、阴道周围的筋膜、子宫韧带以及相关的盆底神经丛，这些结构组成了类似吊床的结构，向上托起女性的子宫、膀胱及直肠这些盆底器官。肛提肌群通过相互连接的韧带筋膜发挥肌力，在女性妊娠、分娩或增加腹压活动的时候发挥支撑作用，犹如一个吊床，既需要弹性，又需要保持一定的张力，当女性盆底处于平衡状态时，排尿、排便和性生活才能保持最佳的状态。

妊娠和分娩对女性盆底功能的影响

盆底的肛提肌群肌力可能会下降 妊娠期间身体会产生大量的孕激素和松弛素，从而引起盆底肛提肌群的松弛，孕育宝宝的子宫也会增加约 5~7kg，孕妇体重增加，这些因素均导致盆底肌群支撑力下降 38%，约有 20% 的女性在怀孕中晚期出现咳嗽后漏尿或者尿频。

阴道分娩时，巨大的腹压作用在盆底肌群，其中的耻骨尾骨肌和耻骨直肠肌可能因拉伸或撕裂发生损伤，尤其是初产妇的肛提肌会出现从骨盆的骨性附着点撕裂（完全性肛提肌撕脱），增加盆底功能障碍的风险。

盆底的韧带筋膜可能会松弛 女性盆底

筋膜包括耻骨膀胱宫颈筋膜和直肠阴道筋膜，前者支撑膀胱，后者支撑直肠，防止膀胱脱垂和直肠膨出，妊娠和阴道分娩均会引起它们的拉伸导致筋膜松弛。子宫的韧带包括子宫骶骨韧带、子宫主韧带和圆韧带，妊娠本身和遗传因素会导致其中的胶原蛋白退化，引起产后长期的盆底功能障碍。

分娩时宝宝的头部顺着盆腔向下向前娩出，女性的肛门括约肌会充分扩张，保证宝宝的头部娩出时没有阻力，这也是肛门括约肌容易损伤的原因。现在分娩管理中会根据宝宝的大小制定分娩时会阴体的保护措施，以减少肛门括约肌的隐性损伤。

这些症状提示盆底功能可能受损

女性盆底功能障碍性疾病（pelvic floor dysfunction, PFD）是指由盆底支持结构薄弱、缺损及功能障碍等原因引起一系列症状的非器质性疾病，包括子宫脱垂、膀胱膨出、直肠膨出、压力性尿失禁、急迫性尿失禁、粪失禁、盆腔疼痛、性生活困难。产后症状发生个体差异很大，主要有以下几点。

咳嗽打喷嚏时漏尿 这是压力性尿失禁的典型症状，在排尿后无尿意感时发生，产后 12 个月内患病率达 30%~47%，产后 5 年内约 80% 的漏尿症状会缓解，但是产后 5 年和更年期会出现新的症状。

尿频尿急 这是子宫或者膀胱脱垂的早期表现，由于膀胱的支撑力下降，当膀胱内有 200~400ml 尿液时，膀胱底部的神经丛被激活，产生尿意，而正常情况下膀胱可以容纳 400ml 尿液没有尿意。

性功能异常 盆底肌群肌力减弱，尤其

时耻骨直肠肌和阴道括约肌松弛，导致性生活满意度下降，甚至性交痛。

慢性盆腔疼痛 约 19%~36% 的产妇产后出现盆腔或下腰痛，同时伴有尿频尿急，可能与肛提肌群代偿性紧张有关，这就是大家比较重视的盆底高张性问题。

大便失禁 分娩时的肛门括约肌损伤，会引起大便失禁，轻症是排气失禁、中重症是稀便或者固体排便失禁，严重影响女性生活质量。

哪些女性产后易发盆底功能受损

1. 巨大胎儿体重的阴道分娩比剖宫产更易导致盆底肌群的损伤，盆底肌电活动减弱（如 I / II 类肌纤维电位降低）。2. 高龄、孕期体重增长过多、多次分娩及会阴撕裂是盆底恢复不良的独立风险因素。3. 家族遗传性结缔组织疾病。

产后盆底功能障碍如何检查

产后 42 天早期盆底功能筛查 向医生详细描述身体的症状，医生进行 POP-Q 评分和牛津法盆底肌力评估。

盆底超声 可静态和动态观察盆底结构及肌肉运动变化，对其功能进行多层面评估，尤其对肛提肌及肛门括约肌损伤的评估更为全面。

盆底 Glazer 肌电图 是评价产后盆底肌功能的重要方法，早期识别产后盆底高张性问题。

特殊检查 肛门直肠测压、超声排粪造影、结肠传输试验是非必须的检查，用于判断排便功能。

尿动力学检查 严重的压力性尿失禁需要手术时进行检查。

当大脑发出“求救信号”，这些技术在救场

▲ 长江航运总医院·武汉脑科医院 陈强

大脑作为人体的“总司令部”，掌控着呼吸、思考、行动等一切生命活动。然而，当它遭遇疾病、外伤侵袭时，会通过各种症状发出“求救信号”，幸运的是，现代医学发展出一系列先进技术，在关键时刻为大脑健康保驾护航。让我们透过常见的“求救信号”，看看这些救命技术如何发挥作用。

信号一：频繁剧烈头痛——影像技术精准定位“病灶” 头痛是大脑最常见的“求救信号”之一。普通头痛休息后往往能缓解，但如果出现频繁、剧烈且逐渐加重的头痛，同时伴有恶心、呕吐等症状，可能是颅内肿瘤、脑出血、脑血管畸形等疾病作祟。这时，影像学检查技术就如同医生的“火眼金睛”，帮助找出隐藏的病灶。

CT（电子计算机X射线断层扫描）是排查头痛病因的“排头兵”，它通过X射线对大脑进行断层扫描，能快速、清晰地显示大脑的骨骼结构，以及脑出血、脑梗死急性期的病灶情况。例如，当患者突发剧烈头痛、意识模糊，医生会第一时间安排CT检查，迅速判断是否存在脑出血，为抢救生命争取时间。

MRI（磁共振成像）则更擅长“捕捉”软组织的病变。它利用强大的磁场和射频脉冲，生成大脑的精细图像，对于脑肿瘤、脑炎症、脱髓鞘疾病等，有着极高的诊断价值。以脑肿瘤为例，MRI 不仅能清晰显示肿瘤的

位置、大小、形态，还能分辨肿瘤与周围脑组织、神经和血管的关系，帮助医生制定精准的治疗方案。此外，功能磁共振成像（fMRI）还能显示大脑的功能活动区域，为手术规划提供重要参考，避免损伤关键功能区。

信号二：突发眩晕、平衡失调——神经电生理检查揪出“幕后黑手” 突然出现眩晕、平衡失调，感觉天旋地转，甚至无法站立和行走，可能是内耳问题，也可能是脑部病变引起，如小脑梗死、后循环缺血、听神经瘤等。此时，神经电生理检查技术就能大显身手，通过检测神经系统的电活动，揪出导致症状的“幕后黑手”。

脑电图（EEG）主要用于检测大脑皮层的电活动，对于癫痫的诊断和分型具有不可替代的作用。癫痫发作时，大脑神经元会出现异常放电，EEG 能够捕捉到这些特殊的电信号，帮助医生判断癫痫的类型和病灶位置，从而制定针对性的治疗方案。除了癫痫，EEG 在昏迷患者脑功能评估、脑死亡判定等方面也有重要应用。

诱发电位检查则通过刺激感觉或运动神经，记录相应神经通路的电活动。比如，脑干听觉诱发电位可用于检测听神经和脑干听觉传导通路的功能，对于听神经瘤、脑干病变等疾病的诊断有重要意义；体感诱发电位有助于评估脊髓、周围神经的功能状态，在脊髓损伤、周围神经病变的诊断和治疗监测中发挥关键作用。

信号三：肢体麻木、无力——微创手术“直击要害” 如果出现一侧肢体麻木、无力，甚至突然偏瘫，很可能是脑血管堵塞（脑梗死）或破裂出血（脑出血），也可能是脊髓病变、脑部肿瘤压迫神经导致。面对这类情况，微创手术技术成为了治疗的“利器”，以最小的创伤达到最佳的治疗效果。

对于脑梗死患者，在发病后的黄金时间内，可采用血管内介入治疗。通过股动脉穿刺，将纤细的导管插入脑血管，利用取栓装置将堵塞血管的血栓取出，或通过药物溶栓，快速恢复脑血流，减少脑组织损伤。在脑出血治疗方面，神经内镜微创手术逐渐成为主流。医生通过在患者头部开一个直径仅几厘米的小孔，将神经内镜置入颅内，在内镜的高清视野下，精准清除血肿，并止血。与传统开颅手术相比，神经内镜微创手术创伤小、对脑组织的牵拉轻，术后患者恢复更快，并发症更少。对于脊髓病变或脑部肿瘤压迫神经引起的肢体症状，显微镜下肿瘤切除术是常用的治疗方法，在手术显微镜的辅助下，医生能够清晰分辨肿瘤与周围正常组织的边界，精准切除肿瘤，同时最大程度保护神经功能。

信号四：认知障碍、记忆力下降——多学科联合治疗“保驾护航” 当出现认知障碍、记忆力下降，甚至性格改变、行为异常时，可能是阿尔茨海默病、脑血管性痴呆

等神经退行性疾病或脑部病变导致。这类疾病的治疗往往需要多种技术和多学科协作，从药物治疗、康复训练到生活方式干预，全方位为患者的大脑健康“保驾护航”。

在药物治疗方面，针对阿尔茨海默病，科学家研发出了多种药物，如胆碱酯酶抑制剂、N-甲基-D-天冬氨酸受体拮抗剂等，这些药物能够调节大脑内的神经递质水平，改善患者的认知功能。康复治疗在改善患者认知功能方面也起着重要作用，认知训练通过各种游戏、任务和练习，刺激大脑的不同功能区域，帮助患者提高记忆力、注意力、语言能力等。例如，通过拼图游戏训练空间认知能力，通过记忆卡片游戏增强记忆力。

大脑发出的每一个“求救信号”都不容忽视，而现代医学技术为我们提供了强大的“救场”能力。从精准的影像诊断定位病灶，到先进的手术技术解除病痛，再到多学科联合治疗促进康复，这些技术的不断创新和发展，让我们在面对大脑疾病时更加从容。随着人工智能、基因编辑、脑机接口等前沿技术与医学的深度融合，我们有理由相信，会有更多高效、安全的治疗手段问世，为大脑健康提供更坚实的保障。当大脑再次发出“求救信号”时，这些不断升级的技术将继续冲在一线，守护我们的生命与健康。