◆针灸推拿◆

调肾固本针刺法配合盆底肌功能训练治疗产后尿失禁临床研究

王春红

河南省直第三人民医院，河南 郑州 450000

［摘要］**目的：**观察调肾固本针刺法配合盆底肌功能训练治疗产后尿失禁的临床疗效。**方法：**将100例产后尿失禁患者按随机数字表法分为观察组和对照组各50例，对照组予盆底肌功能训练，观察组在对照组基础上联合调肾固本针刺法治疗，治疗12周。比较2组中医证候评分、国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷简表（ICF-Q-SF）评分、漏尿量、盆底表面肌电值及生活质量评分，评价2组临床疗效及治疗安全性。**结果：**观察组总有效率为94.00%，高于对照组80.00%（$P<0.05$）。治疗后，2组各项中医证候评分、ICF-Q-SF评分、漏尿量较治疗前降低（$P<0.05$）；且观察组各项中医证候评分、ICF-Q-SF评分、漏尿量低于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组盆底Ⅰ类肌表面肌电电位值和Ⅱ类肌表面肌电电位值较治疗前升高（$P<0.05$）；且观察组盆底Ⅰ类肌表面肌电电位值和Ⅱ类肌表面肌电电位值高于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组人际关系、敌对、躯体化、精神病性、强迫以及恐怖评分较治疗前降低（$P<0.05$）；且观察组人际关系、敌对、躯体化、精神病性、强迫以及恐怖评分低于对照组（$P<0.05$）。**结论：**调肾固本针刺法联合盆底肌功能训练能够缓解尿失禁症状，减少漏尿量，提高盆底肌力，有助于促进产后盆底肌功能恢复，改善膀胱泌尿功能。

［关键词］产后尿失禁；调肾固本针刺法；盆底肌功能训练；国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷简表；生活质量；盆底肌力

［中图分类号］R714.6 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2023）11-0182-06

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2023.11.034

Clinical Study on Tiaoshen Guben Acupuncture Method Combined with Pelvic Floor Muscle Function Training for Postpartum Incontinence

WANG Chunhong

Abstract：Objective：To observe the clinical study on Tiaoshen Guben acupuncture method combined with pelvic floor muscle function training for postpartum incontinence. **Methods：**A total of 100 cases of patients with postpartum incontinence were divided into the observation group and the control group according to the random number table method，with 50 cases in each group. The control group was treated with pelvic floor muscle function training，and the observation group was additionally treated with Tiaoshen Guben acupuncture method based on the treatment of the control group. Both groups were treated for 12 weeks. The traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores，International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICI-Q-SF) scores，leakage volume of urine，surface electromyography of pelvic floor muscle，and scores of quality of life were compared between the two groups. The clinical effects and treatment safety were evaluated in the two groups. **Results：**The total effective rate was

［收稿日期］2022-09-28
［修回日期］2023-03-13
［作者简介］王春红（1982-），女，主治中医师，E-mail：joon666@sina.com。

94.00% in the observation group, higher than that of 80.00% in the control group ($P<0.05$). After treatment, TCM syndrome scores, ICF-Q-SF scores, and leakage volume of urine in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$); the TCM syndrome score, ICF-Q-SF score, and leakage volume of urine in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After treatment, values of surface electromyography in class Ⅰ and Ⅱ muscles of pelvic floor in the two groups were increased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and values of surface electromyography in class Ⅰ and Ⅱ muscles of pelvic floor in the observation group were higher than those in the control group ($P<0.05$). After treatment, the scores of interpersonal relationships, hostility, somatization, psychosis, compulsion, and terror in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the scores of interpersonal relationships, hostility, somatization, psychosis, compulsion, and terror in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** Tiaoshen Guben acupuncture method combined with pelvic floor muscle function training can alleviate urinary incontinence symptoms, reduce urine leakage, improve pelvic muscle strength, help promote postpartum recovery of pelvic floor muscle function, and improve urinary bladder function.

Keywords: Postpartum incontinence; Tiaoshen Guben acupuncture method; Pelvic floor muscle function training; International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form; Quality of life; Pelvic muscle strength

产后尿失禁又称为压力性尿失禁，是指女性在妊娠或分娩后，当出现喷嚏、咳嗽等腹内压升高时，尿液不受自我控制经尿道溢出的一种疾病，被临床称为危害女性健康的五大慢性疾病之一[1]。现代医学研究认为，本病发生原因主要是因产妇妊娠或分娩时间过长，导致骨盆盆底神经、肌肉以及周围的结缔组织过度拉伸，盆底肌功能发生障碍，患者于行走或站立时控尿能力降低所致[2]。产后尿失禁若得不到及时治疗，易引发泌尿系统炎症、皮肤感染以及湿疹等疾病，对患者身心健康、生活质量以及人际交往均造成不良影响。目前临床上用于治疗产后尿失禁的措施包括阴道修补术或膀胱尿道悬吊术、生物反馈电刺激、盆底功能训练等，其中盆底肌功能训练和针灸是最常见的治疗手段。盆底肌功能训练的训练方案与治疗形式均较固定，现已被国外临床评价为一级推荐方案[3]。而针灸治疗产后尿失禁也有着确切的优势，其治疗形式多样，包括温针灸、电针、热敏灸等，且疗效显著[4]。中医认为产后尿失禁主要是因女子生产伤精耗血，肝肾亏虚，冲任不固，下元不能固摄所致，针灸作为中医传统疗法，通过辨证选穴可取得补肾固摄、调理冲任之功。本研究尝试采用调肾固本针刺法联合盆底肌功能训练治疗产后尿失禁，观察联合方案的临床疗效，报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《女性压力性尿失禁诊断和治疗指南(2017)》[1]制定压力性尿失禁诊断标准。当腹压增加时(如喷嚏、大笑、行走、咳嗽等)，尿液不自主流出，停止以上动作后，无尿液流出；压力诱发试验显示尿液不自主流出，或者1 h尿垫试验提示尿量超过1 g；无尿频、尿急症状。

1.2 辨证标准 参考《中医妇科临床手册》[5]，辨证为脾肾阳虚证。主症为产后大笑、咳嗽时小便不自主流出，面色㿠白，腰膝酸软，肢凉畏冷，腹部冷痛；次症为久痢久泻，或便溏，白带量多；舌质淡胖，舌苔薄白，脉沉细。主症加次症中1项或以上，结合舌象与脉象，可辨证为脾肾阳虚证。

1.3 纳入标准 年龄20～45岁；初产妇；经阴道分娩，单胎；既往无尿失禁和盆腔器官脱垂史；压力性尿失禁属Ⅰ度；B超提示残余尿量和膀胱容量均正

常；患者均在知情同意书上签字。

1.4 排除标准 合并先天性输尿管异位、膀胱阴道瘘者；合并肾脏疾病、泌尿系统感染疾病以及由神经源性疾病引起的尿路功能异常者；合并盆腔水肿或处于盆底炎症活动期者；合并重要脏器功能障碍以及造血系统疾病者；行剖宫产分娩者；精神病患者；严重惧怕针刺或晕针者。

1.5 一般资料 选取2020年6月—2022年6月河南省直第三人民医院收治的100例产后尿失禁患者，按随机数字表法分为对照组和观察组各50例。对照组20～41岁，平均(35.68±4.48)岁；病程6个月～2年，平均(1.38±0.31)年；体质量指数21～26，平均22.61±1.29；妊娠周数38～42周，平均(39.65±1.29)周；产次1～3次，平均(1.41±0.55)次；新生儿体质量3.08～3.87 kg，平均(3.35±0.15)kg；生产方式：会阴侧切44例，器械助产6例。观察组年龄21～40岁，平均(35.65±4.41)岁；病程5个月～2年，平均(1.35±0.32)年；体质量指数21～27，平均22.72±1.30；妊娠周数38～41周，平均(39.60±1.25)周；产次1～3次，平均(1.45±0.53)次；新生儿体质量3.07～3.88 kg，平均(3.37±0.14)kg；生产方式：会阴侧切43例，器械助产7例。2组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 予盆底肌功能训练。患者需先熟悉盆底肌功能训练手册内容，对尿道、阴道及肛门进行有意识的收缩训练，每次收缩持续5～10 s，使盆底肌有上提感觉，然后放松5～10 s，重复以上动作，连续训练半小时，每天3次，共训练12周。

2.2 观察组 在对照组基础上联合调肾固本针刺法治疗。取穴：关元、中极、足三里(双)、气海、三阴交(双)、肾俞、脾俞、膀胱俞、次髎(双)、中髎(双)。针刺取规格为0.25 mm×75 mm的一次性针灸针。关元穴：朝向中极穴方向斜刺30～40 mm；中极穴：朝向耻骨联合方向斜刺30～40 mm；这2处穴位针感均向小腹和膀胱处放射。足三里：直刺20～30 mm；三阴交：向上斜刺20～30 mm；这2处穴位针感均向上方大腿内侧放射。肾俞、脾俞、膀胱俞：直刺20～30 mm；次髎、中髎：向下斜刺40～50 mm。针刺得气后，将三阴交和足三里、次髎和中髎分别作为2组穴位，连接直流脉冲电电针仪(型号：KWD-808)，选择疏密波，电流强度0.1～1.0 mA，输出频率为2/10 Hz，每次治疗30 min，每天1次，每周治疗6 d，连续治疗12周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医证候评分。参考文献[5]对产后大笑或咳嗽时小便不自主流出、面色皖白、腰膝酸软、肢凉畏冷、腹部冷痛进行量化评分，按无、轻、中、重分别计0、1、2、3分。②国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷简表(ICF-Q-SF)评分。该量表包括尿失禁及尿失禁严重程度、性生活、日常生活以及情绪4方面内容，分值0～21分，分值越高，表示患者尿失禁病情越严重。③漏尿量。使用1 h尿垫试验记录患者治疗前后漏尿量，将已经称重的尿垫放在患者身上，试验前15 min内患者饮用500 mL水，休息半小时后，开展上下台阶、步行等活动，最后15 min坐立10次，大力咳嗽10次，慢跑1 min，弯腰捡物，最后洗手1 min。整个试验持续1 h，最后称重尿垫，尿垫试验前后重量之差即为漏尿量。④盆底表面肌电值。使用NCC生物反馈康复仪内嵌之表面肌电模块收集患者治疗前后盆底肌肌电信号，用Glazer方法检测患者盆底肌肌电位，其中Ⅰ类肌肌电位值参考值为30～40 μV；Ⅱ类肌肌电位值参考值为40～45 μV。⑤生活质量。使用生活质量评分量表(SCL-90)评价患者生活质量变化，量表包括人际关系、敌对、躯体化、精神病性、强迫以及恐怖六个维度，分数越高，代表患者生活质量越差。⑥安全性评价。监测患者治疗前后心电图、肾功能、肝功能、电解质、血常规、尿常规及大便常规。

3.2 统计学方法 采用SPSS22.0统计学软件分析数据。符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组间比较采用独立样本t检验，组内比较采用配对t检验；计数资料以百分比(%)表示，采用χ^2检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治愈：腹压增高时，无尿液溢出，能够自主排尿控尿，对患者生活无影响；有效：尿失禁次数减少，腹压增高时，偶有尿液溢出，对患者生活无影响；无效：腹压增高时，尿液不自主溢出，对患者生活造成影响。总有效率=(治愈+有效)

例数/总例数×100%。

4.2　2组临床疗效比较　见表1。观察组总有效率为94.00%，高于对照组80.00%（$P<0.05$）。

表1　2组临床疗效比较　例

组　别	例数	治愈	有效	无效	总有效率(%)
观察组	50	33	14	3	94.00①
对照组	50	25	15	10	80.00

注：①与对照组比较，$P<0.05$

4.3　2组治疗前后中医证候评分比较　见表2。治疗前，2组产后大笑或咳嗽时小便不自主流出、面色㿠白、腰膝酸软、肢凉畏冷、腹部冷痛评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组产后大笑或咳嗽时小便不自主流出、面色㿠白、腰膝酸软、肢凉畏冷、腹部冷痛评分较治疗前降低（$P<0.05$）；且观察组产后大笑或咳嗽时小便不自主流出、面色㿠白、腰膝酸软、肢凉畏冷、腹部冷痛评分低于对照组（$P<0.05$）。

表2　2组治疗前后中医证候评分比较（$\bar{x}\pm s$）　分

组　别	时　间	例数	产后大笑或咳嗽时小便不自主流出	面色㿠白	腰膝酸软	肢凉畏冷	腹部冷痛
观察组	治疗前	50	2.15±0.57	2.18±0.62	1.95±0.51	1.99±0.57	1.93±0.58
	治疗后	50	0.87±0.19①②	0.81±0.16①②	0.78±0.18①②	0.75±0.15①②	0.77±0.13①②
对照组	治疗前	50	2.17±0.59	2.15±0.65	1.97±0.49	2.01±0.59	2.02±0.57
	治疗后	50	1.22±0.33①	1.25±0.35①	1.23±0.37①	1.28±0.36①	1.27±0.38①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.4　2组治疗前后ICF-Q-SF评分及漏尿量比较　见表3。治疗前，2组ICF-Q-SF评分及漏尿量比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组ICF-Q-SF评分及漏尿量较治疗前降低（$P<0.05$）；且观察组ICF-Q-SF评分及漏尿量低于对照组（$P<0.05$）。

表3　2组治疗前后ICF-Q-SF评分及漏尿量比较（$\bar{x}\pm s$）

组　别	时　间	例数	ICF-Q-SF评分(分)	漏尿量(g)
观察组	治疗前	50	16.68±1.25	15.51±1.33
	治疗后	50	3.59±0.95①②	2.71±0.94①②
对照组	治疗前	50	16.64±1.31	15.47±1.36
	治疗后	50	8.74±1.18①	7.58±1.05①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.5　2组治疗前后盆底肌表面肌电电位值比较　见表4。治疗前，2组盆底Ⅰ类肌表面肌电电位值和Ⅱ类肌表面肌电电位值比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组盆底Ⅰ类肌表面肌电电位值和Ⅱ类肌表面肌电电位值较治疗前升高（$P<0.05$）；且观察组盆底Ⅰ类肌表面肌电电位值和Ⅱ类肌表面肌电电位值高于对照组（$P<0.05$）。

表4　2组治疗前后盆底肌表面肌电电位值比较（$\bar{x}\pm s$）　μV

组　别	时　间	例数	Ⅰ类肌表面肌电电位值	Ⅱ类肌表面肌电电位值
观察组	治疗前	50	17.83±2.85	35.58±2.38
	治疗后	50	37.36±3.42①②	56.62±4.55①②
对照组	治疗前	50	17.74±2.88	35.53±3.37
	治疗后	50	28.57±3.45①	45.85±4.43①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.6　2组治疗前后生活质量评分比较　见表5。治疗前，2组人际关系、敌对、躯体化、精神病性、强迫以及恐怖评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组人际关系、敌对、躯体化、精神病性、强迫以及恐怖评分较治疗前降低（$P<0.05$）；且观察组人际关系、敌对、躯体化、精神病性、强迫以及恐怖评分低于对照组（$P<0.05$）。

表5　2组治疗前后生活质量评分比较（$\bar{x}\pm s$）　分

组　别	时　间	例数	人际关系	敌对	躯体化	精神病性	强迫	恐怖
观察组	治疗前	50	1.71±0.51	1.78±0.53	1.88±0.51	1.89±0.57	1.81±0.53	1.79±0.52
	治疗后	50	1.26±0.42①②	1.35±0.38①②	1.31±0.41①②	1.23±0.40①②	1.22±0.33①②	1.25±0.34①②
对照组	治疗前	50	1.73±0.53	1.79±0.51	1.87±0.49	1.87±0.53	1.82±0.54	1.81±0.54
	治疗后	50	1.50±0.43①	1.52±0.39①	1.57±0.43①	1.58±0.42①	1.60±0.39①	1.57±0.38①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.7 安全性 2组治疗期间均未发生与治疗有关的不良事件，治疗前后心电图、肾功能、肝功能、电解质、血常规、尿常规及大便常规均无异常变化。

5 讨论

研究表明，产后尿失禁患者在发病后3个月内若未能得到及时有效的诊治，尿失禁症状会在产后持续存在5年甚至更久，病情也会进一步加重[6]。本病虽对产妇的生命安全不造成直接威胁，但易引起焦虑、抑郁等不良情绪，导致患者社交孤立，还会引发泌尿系统感染、性功能障碍等其他方面疾病，严重影响患者身心健康及生活质量[7]。目前临床治疗产后尿失禁的方法较多，初始阶段以改变生活方式和盆底肌功能训练为主，其他方法还包括生物反馈治疗、阴道椎体训练、阴道局部雌激素治疗等，病情严重者还需接受手术治疗。因保守治疗能够有效规避药物治疗引起的多种不良反应以及手术治疗造成的严重创伤，故成为产后尿失禁的主要治疗方案。盆底肌功能训练由美国妇科医生Aronld Kegel发明，因而又称为Kegel运动，是国际上治疗压力性尿失禁(轻中度)的首选治疗方法，该方法通过自主反复的舒张和收缩盆底肌群，促进受损盆底肌肉和神经修复，改善盆底肌群协调性，增加尿道阻力，提高患者对尿道括约肌和提肛肌的控制力，从而达到防治产后压力性尿失禁的治疗目的[8]。盆底肌功能训练因具有风险小、对患者机体功能损伤小等优势，被临床作为治疗压力性尿失禁的Ⅰ级推荐。但盆底肌功能训练治疗周期长，起效缓慢，患者不耐坚持锻炼。

产后尿失禁属于中医尿不尽、遗溺等疾病范畴。中医认为，妊娠分娩持久消耗体能，生产创伤、分娩用力、暴血、大汗等均使津伤血亡，元气受损，中气亏虚，加上产后调摄不当，饮食不节，极易导致中虚下陷。津液生成和输布均依赖脾之传化、肾之固摄和气化以及肺之肃降。且肾与膀胱相为表里，膀胱为贮尿之器，肾主水液，肾气推动能助膀胱排尿。另外，肾脏有固摄封藏之功能，能够促使膀胱贮藏一定量的尿液。因此，膀胱贮尿功能依赖肾脏之固摄封藏，其排尿功能依赖肾脏之气化功能。若肾阳不足，肾脏之封藏功能失司，气化、开阖失职，则会导致膀胱失约，小便失禁。治疗上应采用温补脾肾、益气固摄之法。针灸疗法是中医治疗产后尿失禁的常用法，能发挥调肾固本、补中益气及升阳举陷之功，且操作简便，不良反应少。本研究针刺所选穴位中，关元、中极、气海均为任脉上腧穴，针刺关元穴能培补肾阳；中极为膀胱之募穴，膀胱之病，选取中极穴进行针刺，可发挥固肾兴阳、以助气化之功[9]；气海穴位置在下焦，是肾间动气在脐下之所，有调理下焦、补益肾气及固精振阳之功，且该穴在膀胱区域，因此广泛应用于遗尿、黄赤、小便不利等泌尿系统疾病中[10]；以上三穴合用，大大增强温补肾阳、摄尿止遗之功。从现代解剖学角度分析，以上三处穴位对应腹直肌，针刺能够催发腹直肌部位经气，促进产妇生产后腹直肌收缩，增强腹直肌肌力以及盆底深层肌肌力[11]。足三里是胃经合穴、胃下合穴，有补中气、升脾气之功，电针该穴可起到补气益脾、升举脏器之功[12]；三阴交是治疗妇科疾病的常用穴位，有调补肝肾、健脾和胃之功，临床研究表明，针刺三阴交和关元穴能有效改善压力性尿失禁大鼠尿道括约肌内异常的肌电活动幅度，促进尿道括约肌和膀胱逼尿肌功能恢复，有助于减少漏尿[13]。肾俞、脾俞、膀胱俞是临床治疗压力性尿失禁的常用穴位，这三处穴位合用能补益脾肾，有效调节膀胱收缩功能[14]。最后配合次髎、中髎进行电针治疗，能兴奋阴部神经，提高尿道括约肌的收缩力，进而增强患者控尿能力。针灸以上穴位，共奏温补脾肾、益气固摄之功，可调畅下焦气机，促进膀胱统尿功能恢复。

本研究结果显示，2组治疗后产后大笑或咳嗽时小便不自主流出、面色㿠白、腰膝酸软、肢凉畏冷、腹部冷痛评分均降低($P<0.05$)，且观察组各项中医证候评分均低于对照组($P<0.05$)，说明调肾固本针刺法联合盆底肌功能训练能够有效缓解产后尿失禁(脾肾阳虚证)临床症状和体征。2组治疗后ICF-Q-SF评分、漏尿量及生活质量各维度评分均降低($P<0.05$)，且观察组均低于对照组($P<0.05$)，说明调肾固本针刺法联合盆底肌功能训练能够有效减少漏尿量，缓解尿失禁症状，提高患者生活质量。肛提肌在盆底支持中发挥主要作用，其由坐尾肌、髂尾肌以及耻尾肌三部分肌群组成，其中30%为Ⅱ类肌纤维，主要维系动态条件下盆底支持功能，若肌力降低则会引起控尿能力下降和性功能障碍；剩余70%为Ⅰ类肌纤维，主要维系静息条件下盆底支

持功能，若肌力降低则会出现盆腔器官脱垂、漏尿[15]。本研究结果显示，2组治疗后Ⅰ类肌收缩力度和Ⅱ类肌收缩力度均升高（$P<0.05$），且观察组高于对照组，说明调肾固本针刺法联合盆底肌功能训练能够更有效地改善产后尿失禁患者盆底肌力，分析原因可能为针灸能够刺激盆底肌肉兴奋性增加，提高会阴部神经传导功能，消除或缓解盆底功能障碍各项症状。另外，观察组总有效率高于对照组，2组治疗期间均未发生与治疗有关的不良事件，治疗前后心电图、肾功能、肝功能、电解质、血常规、尿常规及大便常规均无异常变化。

总之，调肾固本针刺法联合盆底肌功能训练能够缓解尿失禁症状，减少漏尿量，提高盆底肌快速力，有助于促进产后盆底肌功能恢复，改善膀胱功能。

［参考文献］

[1] 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(5)：289-293.

[2] 廖希希，张路，王琪，等. 热敏灸配合盆底肌功能锻炼治疗产后尿失禁的临床疗效研究[J]. 临床医药实践，2022，31(2)：115-118.

[3] 芦建虹，马红梅. 产后压力性尿失禁患者盆底康复现况及应对策略[J]. 天津护理，2022，30(2)：249-252.

[4] 麻广林，麦耿翰，莫倩，等. 针灸治疗女性压力性尿失禁临床随机对照文献Meta分析[J]. 针灸临床杂志，2021，37(6)：46-52.

[5] 上海中医学院妇科教研组. 中医妇科临床手册[M]. 上海：上海科学技术出版社，1981：265-267.

[6] 田荣，李莉，马娟. 生物反馈电刺激联合盆底肌训练治疗产后压力性尿失禁的疗效观察及影响因素分析[J]. 中国临床医生杂志，2019，47(4)：486-488.

[7] 邓郡，冯博懿，陈小波，等. 电温针背俞穴联合盆底肌锻炼治疗脾肾阳虚型女性压力性尿失禁的临床观察[J]. 广州中医药大学学报，2020，37(8)：1485-1490.

[8] 王平，向雪莉. 针灸联合盆底肌训练对产后压力性尿失禁患者尿动力影响[J]. 上海针灸杂志，2022，41(6)：594-599.

[9] 孙洁静，曹铁民. 深刺八髎穴结合灸关元穴、中极穴治疗术后尿失禁1例[J]. 临床与病理杂志，2018，38(12)：2735-2737.

[10] 宁世鸿，马一帆，谢梦洲.《针灸大成》气海穴临床运用规律浅析[J]. 深圳中西医结合杂志，2022，32(4)：44-47.

[11] 王琳琳，王晨阳，朱敬云，等. 电针对产后轻中度压力性尿失禁合并盆腔器官脱垂疗效观察[J]. 上海针灸杂志，2020，39(2)：200-205.

[12] 陈坚义，唐宏图，王华，等. 探议足三里[J]. 中医学报，2020，35(12)：2521-2524.

[13] 张晓妮，刘跃光，孙建华，等. 针灸治疗混合性尿失禁的临床研究进展[J]. 时珍国医国药，2015，26(1)：190-192.

[14] 陈妮妮，赵培培，杜莉，等. 针灸治疗压力性尿失禁的随机对照试验文献计量研究[J]. 上海针灸杂志，2020，39(7)：937-942.

[15] 莫春艳，张峰莉，邓卓，等. 低频电刺激生物反馈治疗和功能锻炼改善子宫全切术后患者盆底肌收缩力的效果比较[J]. 中国医药，2021，16(5)：738-741.

（责任编辑：郑锋玲）