补中益气颗粒联合督脉熏蒸辅助治疗压力性尿失禁临床研究

于小红

武义县妇幼保健院妇产科，浙江 武义 321200

［摘要］**目的：**观察补中益气颗粒联合督脉熏蒸辅助治疗压力性尿失禁的临床疗效。**方法：**回顾性分析压力性尿失禁患者78例，根据治疗方法不同分为对照组与观察组各39例。对照组采用盆底康复训练进行干预，观察组在对照组基础上加用补中益气颗粒联合督脉熏蒸辅助治疗。比较2组临床疗效，以及治疗前后中医证候积分、国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷简表（ICI-Q-SF）评分、尿流动力学水平和盆底功能。**结果：**观察组总有效率为94.87%，对照组为74.36%，2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后，2组神疲、气短、懒言、自汗等中医证候评分及总分均较治疗前降低（$P<0.05$），且观察组上述各项评分均低于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组ICI-Q-SF量表中漏尿次数、漏尿量、生活质量评分及总分均较治疗前降低（$P<0.05$），且观察组上述各项评分均低于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组最大膀胱容量、充盈期逼尿肌压力、最大尿道闭合压、最大尿流率均较治疗前升高（$P<0.05$），残余尿量较治疗前减少（$P<0.05$）；且观察组最大膀胱容量、充盈期逼尿肌压力、最大尿道闭合压、最大尿流率均高于对照组（$P<0.05$），残余尿量少于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组Ⅰ类肌纤维肌力、Ⅱ类肌纤维肌力、阴道动态压力均较治疗前升高（$P<0.05$）；且观察组上述各项指标均高于对照组（$P<0.05$）。**结论：**补中益气颗粒联合督脉熏蒸辅助治疗压力性尿失禁，能进一步提高治疗效果，有效减轻患者临床症状，改善其膀胱、尿道功能，从而提高生活质量。

［关键词］压力性尿失禁；补中益气颗粒；督脉熏蒸；盆底康复训练；尿失禁问卷表简表；尿流动力学
［中图分类号］R694^{+}.54 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2023）12-0071-05
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2023.12.015

Clinical Study on Buzhong Yiqi Granules Combined with Fumigation at Governor Vessel in the Adjuvant Treatment of Stress Incontinence

YU Xiaohong

Abstract：Objective：To observe the clinical effect of the therapy of Buzhong Yiqi Granules combined with fumigation at governor vessel on the adjuvant treatment of stress incontinence. **Methods：**A total of 78 patients with stress incontinence were given retrospective analysis and divided into the control group and the observation group, with 39 cases in each group. The control group was given pelvic floor rehabilitation training, and the observation group was additionally treated with Buzhong Yiqi Granules combined with fumigation at governor vessel based on the treatment of the control group. The clinical effects in the two groups were compared, and the traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, International Consultation on Incontinence- Questionnaire Urinary Incontinence- Short Form (ICI Q- SF), urinary fluidity indexes and pelvic floor function were also compared before and after treatment. **Results：**The total effective rate was 94.87% in the observation group and 74.36% in the control group, the difference being significant ($P<0.05$). After treatment, the scores and total scores of TCM syndromes such

［收稿日期］2022-08-30
［修回日期］2023-04-15
［作者简介］于小红（1975-），女，副主任医师，E-mail：yuxiaohong0428@sina.com。

as mental fatigue，shortness of breath，laziness to speak and spontaneous sweating in the the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$)，and the above scores in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After treatment，the urine leakage times，urine leakage volume，quality of life scores and total scores in ICI-Q-SF in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$)，and the above scores in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After treatment，the maximum bladder volume，detrusor pressure，maximum urethral closure pressure and maximum urine flow rate in the two groups were increased when compared with those before treatment ($P<0.05$)，and the residual urine volume in the two groups was decreased when compared with that before treatment ($P<0.05$)；the improvement of the above indexes in the observation group was more significant than that in the control group ($P<0.05$). After treatment，type Ⅰ muscle fiber strength，type Ⅱ muscle fiber strength and dynamic vaginal pressure in the two groups were increased when compared with those before treatment ($P<0.05$)，and the above indexes in the observation group were higher than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion**：The application of Buzhong Yiqi Granules combined with fumigation at governor vessel in the adjuvant treatment of stress incontinence can further improve the therapeutic effect，effectively reduce the clinical symptoms of patients，enhance the function of bladder and urethra，so as to improve the quality of life.

Keywords：Stress incontinence；Buzhong Yiqi Granules；Fumigation at governor vessel；Pelvic floor muscle rehabilitation training；Incontinence-Questionnaire Urinary Incontinence-Short Form；Urodynamics

压力性尿失禁是以腹压突增造成尿液不自主流出为主要症状的盆底肌群功能障碍性疾病，主要发生于女性群体，发病率随年龄增加而升高[1]。压力性尿失禁与分娩关系较为密切，分娩可导致盆底组织韧带、肌肉与筋膜被过度牵拉，使泌尿系统正常解剖关系发生改变，当腹压突增时，尿液被挤出而引发压力性尿失禁。目前临床治疗本病主要包括手术治疗、盆底肌康复训练等。手术治疗虽能快速重建尿道及膀胱正常的解剖关系，但损伤大，易于诱发多种并发症，从而影响预后。盆底肌康复训练通过对盆底肌针对性地锻炼，使盆底肌及筋膜组织的紧张性增加，进而缓解临床症状，但其疗程较长，且疗效具有个体差异[2]。中医学认为，压力性尿失禁的发生多与脾肾气虚有关，肾气不固，气机失调，膀胱开合失度而发病[3]。基于压力性尿失禁的病机，本研究观察补中益气颗粒联合督脉熏蒸辅助盆底康复训练治疗压力性尿失禁的临床疗效，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《女性压力性尿失禁诊断和治疗指南(试行)》[4]中压力性尿失禁诊断标准。患者在咳嗽、喷嚏、跑跳、快步行走等腹压增加时，尿液不自主漏出，压力诱发试验阳性，或1 h尿垫试验阳性，无尿频、尿急等症状。

1.2 辨证标准 符合《中医临床诊疗术语：证候部分》[5]中脾肾气虚证标准。主症：小便不禁，尿液清长，腰膝酸软，小腹坠胀；次症：夜尿频多，少气懒言，女性带下量多，头晕耳鸣，大便溏薄，腹部冷痛，畏冷肢凉；舌脉：舌淡，苔薄白，脉细弱无力。具备“小便不禁”症状，再加其他1项主症、2项次症，并结合舌脉，即可确诊。

1.3 纳入标准 均为女性，符合上述诊断及辨证标准；改良牛津分级量表[6]检测的盆底肌力≤Ⅲ级，患者及家属均知情同意，并签署知情同意书；精神正常，可配合相关治疗。

1.4 排除标准 合并严重心、脑血管疾病者；合并严重心、肝、肾功能障碍者；合并妇科肿瘤者；近期有生育需要者；使用激素类避孕药者；有宫内节育系统或已绝育者；合并其他泌尿系统疾病者；合

并感染、血液、内分泌系统等疾病者；临床资料不全者。

1.5 一般资料 回顾性分析2019年3月—2022年3月武义县妇幼保健院收治的压力性尿失禁女性患者78例，根据治疗方法不同，分为对照组与观察组各39例。对照组年龄28～63岁，平均(43.36±11.02)岁；体质量52～57 kg，平均(52.06±3.15)kg；病程1～10年，平均(3.85±0.88)年；盆底肌力分级：Ⅰ级9例，Ⅱ级20例，Ⅲ级10例。观察组年龄31～64岁，平均(44.29±10.67)岁；体质量51～55kg，平均(51.89±2.67)kg；病程1～11年，平均(4.13±1.02)年；盆底肌力分级：Ⅰ级8例，Ⅱ级18例，Ⅲ级13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 给予盆底康复训练(Kegel锻炼法)，由专人一对一进行锻炼指导，宣教治疗的目的、方法、锻炼中注意事项再进行康复训练治疗。具体方法：嘱咐患者平卧位，在枕部垫一个软枕，嘱其双腿屈曲，并稍分开，调整呼吸维持深且缓，在吸气时，盆底肌用力，包括收缩肛门、会阴和尿道，并持续3～5 s，呼气后，完全放松5 s，然后重复动作。每次锻炼结束后，进行3～5次快速盆底肌收缩。每天3～5次，每次30 min，连续治疗3个月。

2.2 观察组 在对照组基础上给予补中益气颗粒联合督脉熏蒸治疗。补中益气颗粒(由北京汉典制药有限公司生产，国药准字Z20040120)冲服，每次3 g，每天3次。熏蒸基础方：川芎、生地黄、艾叶各10 g，当归、党参、鸡血藤各15 g，黄芪、王不留行、通草、路路通各20 g。随症加减：腹冷、畏冷者加川芎、艾叶、当归各5 g；尿液清长者加党参、通草各10 g，黄芪5 g。水煎，取药液1 000 mL，分为4袋，每袋250 mL。将药液倒入熏蒸床(由杭州一真医疗器械有限公司，型号YZ-200C)的容器中，调节温度至72 ℃～75 ℃。嘱患者穿上特制熏蒸衣，平卧在熏蒸床上，将背部正中督脉位置对应床中间的凹陷区域，调节温度至患者最适宜状态，熏蒸时间为1 h，治疗期间严密监测，如遇不适立即停止治疗。每3天1次，每次1袋，连续治疗3个月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。②中医证候评分。治疗前后对神疲、气短、懒言、自汗等进行评分，分为4级，按无、轻、中、重度分别计为0、2、4、6分。③尿失禁情况。治疗前后采用国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷简表(ICI-Q-SF)评估尿失禁情况，包括尿失禁频率(0～5分)，尿失禁程度(0～6分)，尿失禁对生活质量影响(0～10分)，总分0～21分，得分越高表示尿失禁越严重。④尿流动力学指标。治疗前后评价尿流动力学指标，包括最大膀胱容量、最大尿流率、残余尿量、最大尿道闭合压、充盈期逼尿肌压力水平。⑤盆底功能。治疗前后采用AM1000B仪器(深圳市科瑞康实业有限公司生产)对盆底功能进行评价，包括Ⅰ类肌纤维肌力、Ⅱ类肌纤维肌力、阴道动态压力。

3.2 统计学方法 采用SPSS20.0统计学软件进行数据分析。计量资料符合正态分布者以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，行两独立样本t检验或配对t检验；计数资料以百分比(%)表示，行χ^2检验。$P<0.05$时差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考文献[6]并结合临床实际拟定。治愈：盆底肌力恢复至Ⅴ级，患者自觉与临床检查均无漏尿；显效：治疗后，1 h的尿垫漏尿试验中，漏尿量减少≥50%，盆底肌力升高≥1级，患者自觉漏尿症状好转；无效：治疗后，1 h的尿垫漏尿实验中，漏尿量减少＜50%，盆底肌力升高＜1级，患者自觉漏尿无好转，甚至加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组总有效率为94.87%，对照组为74.36%，2组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组 别	例数	治愈	显效	无效	总有效
对照组	39	16(41.03)	13(33.33)	10(25.64)	29(74.36)
观察组	39	25(64.10)	12(30.77)	2(5.13)	37(94.87)
χ^2值					6.303
P值					0.012

4.3 2组治疗前后中医证候评分比较 见表2。治疗前，2组神疲、气短、懒言、自汗等中医证候评分及总分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组各项中医证候评分及总分均较治疗前降低($P<0.05$)，且观察组各项评分均低于对照组($P<0.05$)。

表2　2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

证候	观察组(例数=39)		对照组(例数=39)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
神疲	4.31±0.48	1.42±0.19①②	4.25±0.45	1.73±0.22①
气短	4.36±0.60	1.53±0.34①②	4.35±0.58	2.05±0.30①
懒言	4.52±0.55	1.25±0.26①②	4.57±0.61	1.65±0.31①
自汗	4.61±0.58	1.22±0.25①②	4.57±0.54	1.88±0.28①
总分	4.65±0.75	1.11±0.20①②	4.62±0.72	1.66±0.35①

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ICI-Q-SF量表评分比较　见表3。治疗前，2组ICI-Q-SF量表中漏尿次数、漏尿量、生活质量评分及总分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组上述各项评分均较治疗前降低($P<0.05$)，且观察组各项评分均低于对照组($P<0.05$)。

4.5　2组治疗前后尿流动力学指标比较　见表4。治疗前，2组最大膀胱容量、充盈期逼尿肌压力、最大尿流率、最大尿道闭合压、残余尿量比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组最大膀胱容量、充盈期逼尿肌压力、最大尿流率、最大尿道闭合压均较治疗前升高($P<0.05$)，残余尿量较治疗前减少($P<0.05$)；且观察组最大膀胱容量、充盈期逼尿肌压力、最大尿道闭合压、最大尿流率均高于对照组($P<0.05$)，残余尿量少于对照组($P<0.05$)。

表3　2组治疗前后ICI-Q-SF量表评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

项　目	观察组(例数=39)		对照组(例数=39)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
漏尿次数	2.83±0.65	0.18±0.08①②	2.75±0.58	0.35±0.13①
漏尿量	3.38±0.65	0.26±0.09①②	3.45±0.76	0.36±0.12①
生活质量	6.70±1.58	0.22±0.05①②	6.75±1.55	0.28±0.08①
总分	12.89±3.35	0.65±0.18①②	12.33±3.58	0.82±0.28①

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

表4　2组治疗前后尿流动力学指标比较($\bar{x}\pm s$)

指　标	观察组(例数=39)		对照组(例数=39)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
最大膀胱容量(mL)	217.56±25.30	361.50±50.22①②	215.21±26.59	312.08±33.41①
充盈期逼尿肌压力(mm H_2O)	13.89±4.02	28.61±5.05①②	13.25±3.21	22.79±5.33①
最大尿流率(mL/s)	5.79±1.35	10.75±2.21①②	5.89±1.33	8.21±1.60①
最大尿道闭合压(mm H_2O)	46.02±5.31	71.35±10.07①②	48.30±5.22	57.31±8.10①
残余尿量(mL)	251.15±33.24	92.60±8.11①②	251.56±30.08	150.89±20.36①

①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$　1 mm Hg≈0.133 kPa

4.6　2组治疗前后盆底功能比较　见表5。治疗前，2组Ⅰ类肌纤维肌力、Ⅱ类肌纤维肌力、阴道动态压力比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组上述Ⅰ类肌纤维肌力、Ⅱ类肌纤维肌力、阴道动态压力均较治疗前升高($P<0.05$)；且观察组上述各项指标均高于对照组($P<0.05$)。

表5　2组治疗前后盆底功能比较($\bar{x}\pm s$)

组　别	时　间	例数	Ⅰ类肌纤维肌力(μV)	Ⅱ类肌纤维肌力(μV)	阴道动态压力(cm H_2O)
对照组	治疗前	39	1.86±1.03	2.23±1.30	65.56±6.77
	治疗后	39	3.45±1.06①	4.33±0.85①	83.71±9.46①
观察组	治疗前	39	1.85±1.02	2.35±1.49	63.48±6.25
	治疗后	39	4.50±1.11①②	4.75±0.62①②	95.60±12.31①②

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

5　讨论

压力性尿失禁是临床上常见妇科疾病类型之一。妇女生理结构、便秘史、第二产程过长及难产均可致盆底组织松弛，造成对盆腔脏器的支持力减弱，膀胱及尿道张力下降，导致尿道功能紊乱，当腹内压突然增加时，发生尿液漏出[7-8]。手术虽能一次性解决漏尿问题，但创伤大，且术后并发症较多，因而局限性较大。目前临床上多提倡非手术治疗，包括电刺激、盆底康复训练及生物反馈治疗，均可获得良好的疗效，并且可依据患者个体化差异，精确、有效地调控盆底肌肉活动性及紧张性，使尿道闭合压提高，增强妇女控尿能力[9]。但单纯盆底肌康复治疗周期较长，患者依从性容易发生改变，故寻求有效方式缩短治疗周期具有重要临床

意义。

中医学认为，压力性尿失禁归属于气虚、遗溺、漏尿等范畴，可辨证为脾肾气虚证。本病发生多因患者素体脾肾气虚，中气不足，膀胱固摄无力，开合失度，尿液失摄而自出；治疗宜以健脾益气、固肾止遗、升阳固摄为主。补中益气颗粒具有健脾益气、补气升阳之功效，方中党参、炙黄芪补中益气、健脾补肺；当归、炙甘草补血活血、调经止痛；炒白术、炙甘草生化气血；柴胡、升麻、陈皮、当归健脾升阳、理气活血。诸药合用，共奏健脾益气、固摄止遗之效。《黄帝内经》曰："其有邪者，渍行为汗，其在皮者，汗而发之。"中药熏蒸的历史悠久，以中医理论为指导，利用中草药气熏蒸背部，借热及药力刺激毛孔，然后将人体寒、湿等经毛孔透出体外，从而起到治疗疾病的作用[10]。本研究进一步联合熏蒸基础方进行督脉熏蒸治疗，方中党参、当归、生地黄、黄芪益气补血；川芎、鸡血藤理气活血、调经止痛；王不留行、通草、路路通活血通络、利水通经；艾叶温经散寒。督脉属奇经八脉，总督一身之阳经，为"阳脉之海"，有益气升阳、温阳固肾、调节阳经气血之功效。通过中药督脉熏蒸治疗，药力与经穴作用叠加，进一步加强补中益气、活血调经、温阳固肾之功效，从而提高临床疗效。

本研究结果显示，观察组总有效率高于对照组、中医证候评分低于对照组，提示补中益气颗粒联合督脉熏蒸治疗压力性尿失禁可提高临床疗效，明显改善患者中医证候。治疗后，观察组漏尿次数、漏尿量、生活质量评分及ICI-Q-SF量表总分均低于对照组，尿流动力学指标改善优于对照组。结果提示补中益气颗粒联合督脉熏蒸治疗可促进膀胱及尿道功能恢复，减少漏尿次数与漏尿量，使患者恢复正常生活，改善预后。治疗后，观察组Ⅰ类肌纤维肌力、Ⅱ类肌纤维肌力、阴道动态压力明显大于对照组，进一步说明补中益气颗粒联合督脉熏蒸治疗可促进患者盆底肌康复，增加盆底不同种类肌纤维的紧张性，改善盆底功能。

综上所述，补中益气颗粒联合督脉熏蒸辅助治疗压力性尿失禁，能进一步促进盆底肌康复，有效减轻压力性尿失禁症状，改善膀胱及尿道功能，提高患者生活质量，值得临床推广应用。

［参考文献］

[1] 顾微波，杨杭，王晓颖. 针刺疗法配合盆底电生理治疗压力性尿失禁临床研究[J]. 新中医，2021，53(6)：109-112.
[2] 郁金芬，李海燕，许洁. 产后压力性尿失禁的危险因素及盆底功能锻炼的改善效果分析[J]. 中国计划生育学杂志，2017，25(5)：333-336.
[3] 杨丹华，方桂珍，孙敏，等. 升阳举陷法艾灸在肾阳虚型压力性尿失禁老年女性患者中的应用研究[J]. 中华护理杂志，2022，57(8)：970-976.
[4] 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(试行)[J]. 中华妇产科杂志，2011，46(10)：95-99.
[5] 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语：证候部分[M]. 北京：中国标准出版社，2012：74-75.
[6] DA ROZA T，MASCARENHAS T，ARAUJO M，et al. Oxford Grading Scale vs manometer for assessment of pelvic floor strength in nulliparous sports students[J]. Physiotherapy，2013，99(3)：207-211.
[7] SANGSAWANG B，SANGSAWANG N. Stress urinary incontinence in pregnant women：a review of prevalence，pathophysiology，and treatment[J]. Int Urogynecol J，2013，24(6)：901-912.
[8] 张倩倩，张敬坤. 女性压力性尿失禁研究进展[J]. 实用妇产科杂志，2016，32(5)：336-338.
[9] 张操，蔡建军，丁青. 非手术与手术治疗在女性压力性尿失禁中的安全性、近远期疗效及性生活质量对比分析[J]. 中国性科学，2018，27(12)：105-107.
[10] 徐贞杰，李伟. 中药熏蒸临床研究进展[J]. 中国疗养医学，2022，31(6)：583-586.

（责任编辑：冯天保，邓乔丹）