# 基于“补”“清”一体理论的针药结合疗法对气血两虚型女性产后压力性尿失禁的影响

董卫卫[1]，陈兰[2]，葛俊华[3]，佘亦文[1*]

（1. 上海市徐汇区大华医院针伤科，上海 200237；2. 上海市徐汇区长桥街道社区卫生服务中心中医科，上海 200237；3. 上海市徐汇区大华医院骨科，上海 200237）

**[摘要] 目的** 探讨基于“补”“清”一体理论的针药结合疗法治疗气血两虚型女性产后压力性尿失禁（stress urinary incontinence，SUI）的疗效。**方法** 选择 2023 年 1 月至 2024 年 6 月上海市徐汇区大华医院接诊的 78 例产后 SUI 患者，按照随机数字表法分为 A 组、B 组和 C 组，每组 26 例。A 组采用基于“补”“清”一体理论的针药结合疗法 +Kegel 运动疗法，B 组采用针刺 +Kegel 运动疗法，C 组采用单纯 Kegel 运动疗法，3 组均持续治疗 4 周。比较 3 组治疗 4 周后的临床疗效、盆底肌力、最大尿流率（maximum flow rate，$Q_{max}$）、腹压漏尿点压（abdominal leak point pressure，ALPP）、最大尿道闭合压力（maximum urethral closure pressure，MUCP）、盆底障碍影响简易问卷 -7（Pelvic Floor Distress Impact Questionnaire-7，PFIQ-7）、盆腔脏器脱垂 / 尿失禁性功能问卷 -12（Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire-12，PISQ-12），以及随访 3 个月的复发率。**结果** 治疗 4 周后，A 组总有效率高于 C 组，有统计学意义（$P < 0.05$）；治疗 2 周和 4 周后，A 组的盆底肌力优于 C 组（$P < 0.05$），A 组的 $Q_{max}$、ALPP、MUCP 高于 B 组、C 组，且 B 组以上指标高于 C 组（$P < 0.05$），A 组的 PFIQ-7 评分、PISQ-12 评分低于 B 组、C 组，且 B 组以上指标低于 C 组（$P < 0.05$）。对在临床治疗中获得显效及有效的患者进行 3 个月随访，A 组、B 组的复发率低于 C 组（$P < 0.05$）。**结论** 基于“补”“清”一体理论的针药结合疗法治疗气血两虚型女性产后 SUI 的疗效明显，有助于改善患者的盆底肌力和尿动力学，降低复发率。

**[关键词]** 压力性尿失禁；气血两虚；针药结合；盆底肌力；尿动力学

**[中图分类号]** R285.6；R271.9 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1001-5094（2025）10-0904-05

DOI: 10.20053/j.issn1001-5094.202503300154

# The Effect of Combined Acupuncture and Herbal Medicine Therapy Based on the Integrated "Tonifying and Clearing" Theory on Postpartum Stress Urinary Incontinence in Patients with Qi and Blood Deficiency Pattern

DONG Weiwei[1], CHEN Lan[2], GE Junhua[3], SHE Yiwen[1]

*(1. Department of Acupuncture and Traumatology, Dahua Hospital, Xuhui District, Shanghai 200237, China; 2. Department of Traditional Chinese Medicine, Xuhui District Changqiao Community Health Center, Shanghai 200237, China; 3. Department of Orthopedics, Dahua Hospital, Xuhui District, Shanghai 200237, China)*

**[Abstract] Objective** To investigate the efficacy of combined acupuncture and herbal medicine therapy based on the "Tonifying and Clearing" theory, for the management of postpartum stress urinary incontinence (SUI) with the qi and blood deficiency pattern. **Methods** A total of 78 postpartum SUI patients admitted to Dahua Hospital, Xuhui District, between January 2023 and June 2024 were selected and randomly divided into Group A, B, and C, according to a random number table, with 26 patients in each group. Group A received combined acupuncture and herbal medicine based on the "Tonifying and Clearing" theory plus Kegel exercises therapy, Group B received acupuncture plus Kegel exercises therapy, and Group C received Kegel exercises therapy alone. All three groups were treated continuously for 4 weeks. Comparisons were made among the three groups for the following items after 4 weeks of treatment: clinical efficacy, pelvic floor muscle strength, maximum flow rate ($Q_{max}$), abdominal leak point pressure (ALPP), maximum urethral closure pressure (MUCP), Pelvic Floor Distress Impact Questionnaire-7 (PFIQ-7) and Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire-12 (PISQ-12) scores, along with the recurrence rate at the 3-month follow-up. **Results** After 4 weeks of treatment, the total effective rate in Group A was significantly higher than that in Group C ($P < 0.05$). After 2 and 4 weeks of treatment, the pelvic floor muscle strength in Group A

**接受日期：** 2025-08-15 **基金项目：** 上海市徐汇区科学技术委员会课题（No. SHXH202223）

***通信作者：** 佘亦文，副主任医师 **研究方向：** 脑卒中后遗症等神经系统疾病的针灸治疗 **E-mail：** 13641940636@163.com

was superior to that in Group C ($P < 0.05$). The $Q_{max}$, ALPP, and MUCP in Group A were higher than those in Group B and Group C, and these indicators in Group B were higher than those in Group C ($P < 0.05$). The PFIQ-7 and PISQ-12 scores in Group A were lower than those in Group B and Group C, and these scores in Group B were lower than those in Group C ($P < 0.05$). Patients who achieved marked effectiveness or effectiveness in clinical treatment were followed up for 3 months. Group A and Group B both had a lower recurrence rate than Group C ($P < 0.05$). **Conclusion** The combined acupuncture and herbal medicine therapy based on the "Tonifying and Clearing" theory demonstrates significant efficacy for the treatment of postpartum SUI with the qi and blood deficiency pattern, improving pelvic floor muscle strength and urodynamic parameters, and reducing the recurrence rate.

**[Key words]** stress urinary incontinence; qi and blood deficiency; combined acupuncture and herbal medicine therapy; pelvic floor muscle strength; urodynamics

产后压力性尿失禁（stress urinary incontinence，SUI）是产妇产后常见的并发症类型，研究[1]显示，22%左右的产妇可出现产后SUI，对妇女健康有较多不良影响。产后SUI发生的主要原因与分娩所致的盆底肌肉损伤密切相关，应受到临床密切关注[2]。西医针对SUI患者的治疗主要以康复训练为主，但存在治疗周期长、恢复时间慢等缺点。中医认为产后SUI属于“尿失禁”范畴，发病与气血亏虚密切相关，气血不足可削弱脏腑功能，难以固摄尿液，进而诱发SUI[3]。针刺是中医的特色疗法，采用针刺手段治疗产后SUI，具有疏经通络、调节阴阳、补益气血之效[4]。此外，中药内服在产后SUI治疗中也有重要作用。因此，本研究基于“补”“清”一体理论，采用针药结合治疗气血两虚型产后SUI，旨在探讨其应用价值。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

样本量公式根据$n=\lambda/(\sin^{-1}\sqrt{P_{max}}-\sin^{-1}\sqrt{P_{min}})^2$计算，其中$P_{max}$为最大预期率，本研究设定为0.8；$P_{min}$为最小预期率，本研究设定为0.25；$\lambda$为检验水准及把握度[$\lambda=(Z_{\alpha/2}+Z_{\beta})^2$，$\alpha$取0.05，$\beta$取0.2，计算得$\lambda=7.85$]，得出$n=24$。最终每组纳入26例。选择2023年1月至2024年6月上海市徐汇区大华医院接诊的78例产后SUI患者。纳入标准：①西医诊断参照《女性压力性尿失禁诊断和治疗指南（2017）》[5]；②中医诊断参照《中药新药临床研究指导原则（试行）》[6]中的气血两虚证；③年龄20～45岁；④单胎妊娠、阴道分娩；⑤产后42 d内恶露干净；⑤可配合治疗，签署研究同意书。排除标准：①近1个月内接受过盆底肌训练、生物反馈治疗、电刺激治疗等其他治疗；②合并其他类型尿失禁或者盆腔器官脱垂等；③合并严重泌尿系统感染或其他产后合并症；④合并精神、认知类疾病；⑤合并其他躯体功能障碍。按照随机数字表法分为A组、B组、C组，每组26例。3组一般资料无统计学差异（$P>0.05$），见表1。本研究已通过伦理审批（编号：20221105）。

**表1 3组一般资料比较**

**Table 1 Comparison of baseline characteristic among the three groups**

| 组别 | $n$ | 年龄/岁（$\bar{x}\pm s$） | 体重指数/kg·m$^{-2}$（$\bar{x}\pm s$） | 产次/次（$\bar{x}\pm s$） | 尿失禁程度/例（%） | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 轻度 | 中度 |
| A组 | 26 | 29.73±4.15 | 23.08±2.73 | 1.14±0.28 | 15（57.69） | 11（42.31） |
| B组 | 26 | 29.40±4.74 | 23.27±2.38 | 1.09±0.32 | 12（46.15） | 14（53.85） |
| C组 | 26 | 30.15±4.39 | 23.04±2.57 | 1.20±0.27 | 13（50.00） | 13（50.00） |
| $\chi^2/F$ | | 0.187 | 0.032 | 0.933 | 0.718 | |
| $P$ | | 0.830 | 0.968 | 0.398 | 0.698 | |

### 1.2 方法

A组采用针药结合Kegel运动疗法治疗。方法如下：①Kegel运动疗法：协助患者取仰卧位，双腿分开，指导患者进行腹式呼吸，做排尿、排便动作，缓慢收缩、放松盆底肌肉，间隔10 s，重复锻炼，每次时间20～30 min，每日2次。②针刺疗法：嘱咐患者排空膀胱，使用华佗牌0.35 mm×75 mm灸针，取中极直刺1.5寸，取穴气海、关元、中极、曲骨、水道、气冲、肾俞、膀胱俞、关元俞、阴陵泉、三阴交；再深刺八髎，上髎30°～45°斜刺，深度60～70 mm；次髎45°～60°斜刺，深度55～60 mm；中髎70°斜刺，深度50～65 mm；下髎针尖朝第4骶后孔方向进针55～60 mm，以患者自觉酸胀感且能耐受为宜。采用平补平泻法，每穴行针1～2 min，留针30 min，留针期间每10 min行针1次，以得气为度。隔日治疗1次，每周治疗3次。③中药汤剂：辨证思路为健脾益气，脾主升清、升举内脏，可维持内脏位置恒定；脾气虚弱则升举无力，称为中气下陷，或脾气下陷；治当益气、健脾、升清为主，基于此采用“补”“清”一体理论制定中药方剂，

药方组成如下，人参 12 g、黄芪 15 g、炒白术 9 g、炙甘草 15 g、当归 12 g、陈皮 9 g、升麻 9 g、柴胡 12 g、生姜 9 片、大枣 6 枚，所有中药材均由本院中药房提供，水煎剂 200 mL，分早晚 2 次服用。B 组采用针刺联合 Kegel 运动疗法，C 组采用单纯 Kegel 运动疗法。3 组患者均持续治疗 4 周。

### 1.3 观察指标

①临床疗效：治疗 4 周后评价临床疗效，评价标准[7]为，患者尿失禁症状消失，盆底肌可完全收缩或者能持续对抗≥ 5 s 为显效；患者尿失禁症状明显缓解，盆底肌功能较治疗前改善为有效；未能达到以上标准为无效；显效率与有效率之和为总有效率。②盆底肌力：分别于治疗前、治疗 2 周及 4 周后评价，其中Ⅰ级表示患者仅能进行肌肉颤动，Ⅱ级表示盆底肌肉可进行不完全收缩，但无抵抗能力，Ⅲ级表示盆底肌肉可完全收缩，但仍无明显的抵抗力，Ⅳ级表示可完全收缩，且有轻微的抵抗力，Ⅴ级表示可完全收缩且有抵抗力。③尿动力学：于治疗前、治疗 2 周及 4 周后比较最大尿流率（maximum flow rate，$Q_{max}$）、腹压漏尿点压（abdominal leak point pressure，ALPP）、最大尿道闭合压力（maximum urethral closure pressure，MUCP），均采用多通道尿动力学仪器测定。④盆底功能：于治疗前、治疗 2 周和 4 周后，通过盆底障碍影响简易问卷-7（Pelvic Floor Distress Impact Questionnaire-7，PFIQ-7）、盆腔脏器脱垂/尿失禁性功能问卷-12（Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire-12，PISQ-12）评价 3 组患者的盆底功能，其中 PFIQ-7 总计 7 个问题，每项评分 1~4 分，满分 28 分，总分越高则表示盆底功能越差；PISQ-12 总计 12 个问题，每项分值范围 0~4 分，满分 48 分，总分越高则表示盆底功能对性生活的影响越严重[8]。⑤随访患者 3 个月内的复发情况，复发率 = 复发例数 /（治疗显效例数＋有效例数）×100%。

### 1.4 统计学方法

应用 SPSS 26.0 软件处理数据。$Q_{max}$、ALPP、MUCP 等计量资料用均数 ± 标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，重复测量资料采用方差分析，事后两两比较采用比较 LSD-$t$ 法检验；治疗前后采用配对 $t$ 检验。计数资料以例（%）表示，采用 $\chi^2$ 检验，事后比较采用 Bonferroni 法进行两两比较，盆底肌力等级资料采用秩和检验。$P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 3 组临床疗效比较

3 组的总有效率比较有统计学意义（$P < 0.05$）。采用 Bonferroni 法进行事后比较，结果显示：A 组总有效率高于 C 组（$P < 0.05$），B 组和 C 组比较无统计学差异（$P > 0.05$），A 组和 B 组比较无统计学差异（$P > 0.05$），见表 2。

表 2 3 组临床疗效比较

Table 2 Comparison of clinical efficacy among the three groups

| 组别 | $n$ | 临床疗效 / 例（%） | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
| A 组 | 26 | 18（69.23） | 7（26.92） | 1（3.85） | 25（96.15）* |
| B 组 | 26 | 14（53.85） | 9（34.61） | 3（11.54） | 23（88.46） |
| C 组 | 26 | 10（38.46） | 8（30.77） | 8（30.77） | 18（69.23） |
| $\chi^2$ | | | | | 7.682 |
| $P$ | | | | | 0.021 |

* 与 C 组比较，$P < 0.05$

### 2.2 3 组盆底肌力比较

对 3 组治疗后盆底肌力进行比较，其差异有统计学意义（$P < 0.05$）。采用 Bonferroni 法进行事后比较，结果显示：治疗 2 周和 4 周后，A 组的盆底肌力优于 C 组（$P < 0.05$），而 A 组和 B 组比较无统计学差异（$P > 0.05$），B 组与 C 组比较无统计学差异（$P > 0.05$），见表 3。

### 2.3 3 组尿动力学指标比较

治疗 2 周和 4 周后，A 组的 $Q_{max}$、ALPP、MUCP 高于 B 组、C 组，且 B 组以上指标高于 C 组（$P < 0.05$）；3 组治疗 2 周和 4 周后 $Q_{max}$、ALPP、MUCP 高于治疗前，且治疗 4 周后以上指标高于治疗 2 周后（$P < 0.05$），见表 4。

### 2.4 3 组盆底功能比较

治疗 2 周和 4 周后，A 组的 PFIQ-7 评分、PISQ-12 评分低于 B 组、C 组，且 B 组以上指标低于 C 组（$P < 0.05$）；3 组治疗 2 周和 4 周后的 PFIQ-7 评分、PISQ-12 评分低于治疗前，且治疗 4 周后以上指标低于治疗 2 周后（$P < 0.05$），见表 5。

### 2.5 3 组复发情况比较

对在临床治疗中获得显效及有效的患者进行 3 个月随访，结果显示：A 组、B 组复发率低于 C 组（$P < 0.05$），见表 6。

**表 3 3 组盆底肌力比较 / 例（%）**

**Table 3 Comparison of pelvic floor muscle strength among the three groups/*n*(%)**

| 组别 | *n* | 治疗前 | | | 治疗 2 周 | | | 治疗 4 周 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Ⅰ～Ⅱ级 | Ⅲ级 | Ⅳ级 | Ⅰ～Ⅱ级 | Ⅲ级 | Ⅳ级 | Ⅰ～Ⅱ级 | Ⅲ级 | Ⅳ级 |
| A 组 | 26 | 8（30.77） | 18（69.23） | 0（0.00） | 2（7.69） | 12（46.15） | 12（46.15） | 0（0.00） | 10（38.46） | 16（61.54） |
| B 组 | 26 | 7（26.92） | 19（73.08） | 0（0.00） | 3（11.54） | 15（57.69） | 8（30.77） | 1（3.85） | 14（53.85） | 11（42.31） |
| C 组 | 26 | 8（30.77） | 18（69.23） | 0（0.00） | 5（19.23） | 18（69.23） | 3（11.54） | 2（7.69） | 17（65.39） | 7（26.92） |
| $Z$ | | | 0.122 | | | 7.304 | | | 7.083 | |
| $P$ | | | 0.941 | | | 0.026 | | | 0.029 | |

A 组与 C 组治疗 2 周后相比，$Z$=5.996，$P$=0.014；A 组与 C 组治疗 4 周后相比，$Z$=4.990，$P$=0.026；A 组与 B 组治疗 2 周后相比，$Z$=0.731，$P$=0.392；A 组与 B 组治疗 4 周后相比，$Z$=1.233，$P$=0.267；B 组与 C 组治疗 2 周后相比，$Z$=1.845，$P$=0.174；B 组与 C 组治疗 4 周后相比，$Z$=0.765，$P$=0.382

**表 4 3 组尿动力学指标比较（$\bar{x}\pm s$）**

**Table 4 Comparison of urodynamic indicators among the three groups（$\bar{x}\pm s$）**

| 组别 | *n* | $Q_{max}$/mL·s$^{-1}$ | | | ALPP/cm$H_2O$ | | | MUCP/cm$H_2O$ | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 治疗前 | 治疗 2 周 | 治疗 4 周 | 治疗前 | 治疗 2 周 | 治疗 4 周 | 治疗前 | 治疗 2 周 | 治疗 4 周 |
| A 组 | 26 | 16.23±2.25 | 22.71±2.02$^{*\triangle\&}$ | 24.86±2.13$^{*\#\triangle\&}$ | 85.62±7.40 | 102.82±5.83$^{*\triangle\&}$ | 118.27±5.84$^{*\#\triangle\&}$ | 37.04±3.85 | 60.28±4.72$^{*\triangle\&}$ | 75.02±5.64$^{*\#\triangle\&}$ |
| B 组 | 26 | 16.81±2.08 | 20.34±1.82$^{*\triangle}$ | 21.95±2.74$^{*\#\triangle}$ | 84.95±8.32 | 98.57±5.79$^{*\triangle}$ | 104.39±6.25$^{*\#\triangle}$ | 36.83±4.27 | 55.02±4.69$^{*\triangle}$ | 64.57±6.58$^{*\#\triangle}$ |
| C 组 | 26 | 16.53±2.37 | 18.04±1.52$^{*}$ | 19.11±2.01$^{*\#}$ | 86.10±8.27 | 92.06±4.79$^{*}$ | 98.14±6.58$^{*\#}$ | 36.94±4.11 | 47.20±4.85$^{*}$ | 57.89±5.37$^{*\#}$ |
| $F_{组间}$，$P_{组间}$ | | | 4.906，0.010 | | | 8.454，0.001 | | | 5.356，0.007 | |
| $F_{时间}$，$P_{时间}$ | | | 4.606，0.013 | | | 7.909，0.001 | | | 6.583，0.002 | |
| $F_{交互}$，$P_{交互}$ | | | 5.694，0.005 | | | 6.524，0.002 | | | 5.588，0.005 | |

$^{*}$ 与同组治疗前比较，$P < 0.05$；$^{\#}$ 与同组治疗 2 周后比较，$P < 0.05$；$^{\triangle}$ 与 C 组比较，$P < 0.05$；$^{\&}$ 与 B 组比较，$P < 0.05$；$Q_{max}$：maximum flow rate（最大尿流率）；ALPP：abdominal leak point pressure（腹压漏尿点压）；MUCP：maximum urethral closure pressure（最大尿道闭合压力）；1 cm$H_2O$=0.098 kPa

**表 5 3 组盆底功能比较（$\bar{x}\pm s$）**

**Table 5 Comparison of pelvic floor function among the three groups（$\bar{x}\pm s$）**

| 组别 | *n* | PFIQ-7 评分 / 分 | | | PISQ-12 评分 / 分 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 治疗前 | 治疗 2 周 | 治疗 4 周 | 治疗前 | 治疗 2 周 | 治疗 4 周 |
| A 组 | 26 | 18.34±2.17 | 12.72±1.09$^{*\triangle\&}$ | 8.20±1.43$^{*\#\triangle\&}$ | 25.18±2.94 | 16.62±2.12$^{*\triangle\&}$ | 7.85±1.45$^{*\#\triangle\&}$ |
| B 组 | 26 | 18.85±2.04 | 14.02±1.73$^{*\triangle}$ | 10.11±1.59$^{*\#\triangle}$ | 24.93±3.35 | 18.05±1.83$^{*\triangle}$ | 10.91±1.32$^{*\#\triangle}$ |
| C 组 | 26 | 18.91±1.85 | 16.22±1.60$^{*}$ | 13.05±1.21$^{*\#}$ | 25.02±3.02 | 19.76±1.92$^{*}$ | 14.74±1.83$^{*\#}$ |
| $F_{组间}$，$P_{组间}$ | | | 6.151，0.003 | | | 4.903，0.010 | |
| $F_{时间}$，$P_{时间}$ | | | 4.290，0.017 | | | 6.498，0.003 | |
| $F_{交互}$，$P_{交互}$ | | | 4.814，0.011 | | | 5.881，0.004 | |

$^{*}$ 与同组治疗前比较，$P < 0.05$；$^{\#}$ 与同组治疗 2 周后比较，$P < 0.05$；$^{\triangle}$ 与 C 组比较，$P < 0.05$；$^{\&}$ 与 B 组比较，$P < 0.05$；PFIQ-7：Pelvic Floor Disorders Impact Questionnaire-7（盆底障碍影响简易问卷-7）；PISQ-12：Pelvic Organ Prolapsion/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire-12（盆腔脏器脱垂 / 尿失禁性功能问卷-12）

**表 6 3 组复发情况比较**

**Table 6 Comparison of recurrence among the three groups**

| 组别 | *n* | 复发情况 / 例（%） | |
|---|---|---|---|
| | | 复发 | 未复发 |
| A 组 | 25 | 1（4.00） | 24（96.00） |
| B 组 | 23 | 1（4.35） | 22（95.65） |
| C 组 | 18 | 5（27.78） | 13（72.22） |
| $\chi^2$ | | 6.278 | |
| $P$ | | 0.043 | |

## 3 讨论

产后 SUI 的发病机制主要是由于分娩过程损伤盆底肌肉、韧带及支撑结构，导致盆底肌肉功能减弱，从而影响患者的产后控尿能力[9-10]。中医治疗在促进产后 SUI 早期恢复中占据着重要地位，中医理论认为，产后 SUI 的发生与气血亏虚、脏腑功能失调密切相关，产后气血亏虚、脾胃虚弱，脾气不足则无法有效运化水湿，可致水湿停滞，影响尿道和膀胱功能，且气血亏虚可造成肾气虚，而肾气不足则不利于膀胱气化，造成小便失常[11]。临床研究也显示，在西医治疗基础上配合有效的中医治疗，在促进产后 SUI 早期恢复中有重要价值[12]。

本研究结果显示，采用针药结合 Kegel 运动疗法的患者总有效率高于单独使用 Kegel 运动疗法的患者，且尿道动力学、盆底功能恢复更好（$P<0.05$）。其潜在机制或与针刺取穴有关：本研究所选气海、关元、中极等穴位可益肾固本，改善膀胱气化功能；曲骨可温肾壮阳；水道可清湿热；气冲可调畅气血、疏经通络；肾俞可调补肾气；阴陵泉健脾理气、清利湿热；三阴交可发挥滋补肾气、温阳化湿利水之功。赵曼丹等[13]的研究结果也显示，针刺气海、关元、中极、三阴交等穴位能改善尿道及周围组织的肌肉张力。此外，八髎属膀胱经腧穴，对此穴位进行深刺可补虚培元、提升膀胱气化能力。临床研究显示，深刺八髎能对排尿中枢产生刺激作用，调节盆腔神经功能，改善尿失禁症状[14]。此外，中药汤剂以补中益气汤为主方进行辨证加减，基于“补”“清”一体理论制定，全方具有益气补血之效，同时兼具健脾、固表之功。研究显示，黄芪可促进盆底结缔组织形成胶原，提高肌肉张力[15]。同时也有研究[16]显示，补中益气汤在改善盆底局部微循环中有较好的效果，可弥补单独采用西医治疗的不足。由本研究结果可见，针刺可补肾固本，中药汤剂能补中益气健脾，Kegel 运动疗法可改善盆底肌功能，3 种方法相互协同，进一步提升对产后 SUI 患者的整体治疗效果。对于产后 SUI 患者的西医常规治疗常在 4～8 周才可起到较好的疗效，且患者可能需要接受长期的康复训练，容易影响治疗依从性，本研究的疗程为 4 周，采用基于“补”“清”一体理论的针药结合疗法的患者的总有效率达到 96.15%，且随访 3 个月的复发率也较低，提示该方案可缩短产后 SUI 的治疗疗程，解决了单纯西医治疗疗程长、恢复时间慢等问题。本研究基于产后 SUI 的发病机制，采用中医内外治法，具有标本兼顾、辨证施治的特点，也为促进患者病情尽早恢复提供了一定的理论参考依据。

综上所述，基于“补”“清”一体理论的针药结合疗法治疗气血两虚型女性产后 SUI 的疗效明显，可促进患者早期恢复。但本研究也存在样本数量少、疗效观察时间短的缺点，后续将扩大样本量并延长观察时间以进一步验证结论。

## [ 参考文献 ]


[1] Suar G, Cevik F, Simal Yavuz N, *et al*. Urinary incontinence in the postpartum 1-year period: its prevalence and effect on psychosocial status of women[J]. *Low Urin Tract Symptoms*, 2023, 15(5): 191-199.

[2] Bonasia K, Clancy A, Stairs J. Prevalence and risk factors for urinary incontinence up to 2 years postpartum: a cross-sectional population-based study[J]. *Int Urogynecol J*, 2023, 34(10): 2467-2472.

[3] 项燕, 曾祥丽, 王瑛, 等. 针刺中髎穴联合盆底康复治疗女性压力性尿失禁的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2024, 33(2): 240-244.

[4] 韦丽君, 李善霞. 针灸疗法治疗压力性尿失禁的应用进展[J]. 中医药信息, 2024, 41(1): 79-84.

[5] 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.

[6] 周艳艳, 丁家森, 高瞻, 等. 女性压力性尿失禁中医诊疗指南（2023）[J]. 中医杂志, 2024, 65(13): 1408-1416.

[7] 杨晓丹, 王晓云, 仵晓宇, 等. 神经肌肉刺激综合疗法对产后压力性尿失禁患者骨盆肌肉功能的改善作用[J]. 中国妇产科临床杂志, 2024, 25(5): 471-472.

[8] 赵菊芬, 杨柳风, 王云雁. 生物反馈电刺激治疗对盆底功能障碍性疾病患者盆底肌肉张力、盆底功能及 POP-Q 的影响[J]. 解放军医药杂志, 2022, 34(6): 76-79.

[9] Kobashi K C, Vasavada S, Bloschichak A, *et al*. Updates to surgical treatment of female stress urinary incontinence (SUI): AUA/SUFU guideline (2023)[J]. *J Urol*, 2023, 209(6): 1091-1098.

[10] Tunn R, Baessler K, Knüpfer S, *et al*. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women[J]. *Dtsch Arztebl Int*, 2023, 120(5): 71-80.

[11] 张睿俊, 陆永辉, 张腾, 等. 陆永辉针刺任脉与膀胱经腧穴治疗女性压力性尿失禁临床经验 [J]. 中国针灸, 2024, 44(11): 1294-1298.

[12] 刘婷婷, 林槊, 杜林山, 等. 益气升提散穴位敷贴联合电刺激对产后压力性尿失禁的疗效分析[J]. 中国计划生育和妇产科, 2024, 16(10): 55-59.

[13] 赵曼丹, 陶莹, 黄飞麒, 等. 针灸联合盆底肌康复训练对女性压力性尿失禁膀胱功能、尿动力学及盆底功能的回顾研究[J]. 中华中医药学刊, 2024, 42(2): 55-59.

[14] 孙玉萍, 周泽霖, 陈韵龙, 等. 八髎穴温针灸配合补元固肾推拿治疗女性压力性尿失禁的疗效及对盆底肌功能的影响[J]. 河北中医, 2023, 45(3): 439-445.

[15] 周艳艳, 张泽家, 唐益文, 等. 补中益气汤加减治疗女性压力性尿失禁的有效性及安全性 Meta 分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2024, 19(1): 42-51.

[16] 宋秋瑾, 曹晓美, 浦婧婧. 补中益气汤联合生物反馈电刺激技术治疗中老年女性压力性尿失禁临床疗效观察[J]. 湖北中医药大学学报 , 2023, 25(6): 105-108.


（责任编辑：杨臻峥）