

补中益气汤合二仙汤加减治疗围绝经期妇女 压力性尿失禁的临床疗效

徐月芳¹, 华诏召², 尧小云¹, 孙哲¹, 翟婷婷^{1*}

(1. 贵州中医药大学第一附属医院, 贵阳 550001;

2. 贵州中医药大学第二附属医院, 贵阳 550005)

[摘要] 目的:观察补中益气汤合二仙汤加减治疗围绝经期妇女压力性尿失禁(SUI)脾肾气虚证的临床疗效。方法:将106例患者随机按数字表法分为对照组52例和观察组54例。两组患者均给予生活方式干预和盆底肌训练(PFMT)。对照组口服缩泉丸,6g/次,2次/d;观察组口服补中益气汤合二仙汤加减,1剂/d;两组疗程均为8周。进行治疗前后国际尿失禁咨询问卷简表(ICIQ-SF)评分,检测治疗前后最大尿流率(Q_{max}),最大尿道闭合压(MUCP),残余尿量(RUV),腹压漏尿点压力(ALPP)和膀胱顺应性(BC)等参数尿流动力学指标;记录治疗前后24h漏尿失禁次数、尿失禁漏尿程度评分,1h漏尿量和脾肾气虚证评分;检测治疗前后雌二醇(E_2),卵泡刺激素(FSH),垂体腺苷酸环化酶激活肽(PACAP)和血管活性肠肽(VIP)水平。结果:治疗后,观察组ICIQ-SF量表尿失禁频率、严重程度和对生活质量影响3个维度评分及ICIQ-SF总分均低于对照组($P<0.01$);观察组 Q_{max} ,MUCP,ALPP和BC均高于对照组($P<0.01$),RUV低于对照组($P<0.01$);观察组24h漏尿失禁次数、尿失禁漏尿程度评分,1h漏尿量和脾肾气虚证评分均低于对照组($P<0.01$);观察组 E_2 ,PACAP和VIP均高于对照组($P<0.01$),FSH低于对照组($P<0.01$);观察组临床治愈率为(29/50)58.00%,有效率为(47/50)94.00%,分别高于对照组的(18/48)37.50%和(38/48)79.17%($\chi^2=4.124, \chi^2=4.683, P<0.05$)。结论:在生活方式和PFMT干预的基础上,补中益气汤合二仙汤加减治疗绝经期女性SUI脾肾气虚证患者可明显改善尿失禁症状和程度,提高生活质量,并能调节性激素,PACAP和VIP水平,改善尿流动力学参数,临床治愈率和有效率均高于对照组。

[关键词] 压力性尿失禁; 围绝经期; 脾肾气虚证; 补中益气汤; 二仙汤; 性激素; 垂体腺苷酸环化酶激活肽; 血管活性肠肽

[中图分类号] R289;R714;R714.7 [文献标识码] A [文章编号] 1005-9903(2021)23-0125-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20210833

[网络出版地址] <https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.r.20210422.1051.002.html>

[网络出版日期] 2021-04-22 16:07

Clinical Observation of Modified Buzhong Yiqitang Combined with Erxian Decoction in Treatment of Stress Urinary Incontinence in Perimenopausal Women

XU Yue-fang¹, HUA Zhao-zhao², YAO Xiao-yun¹, SUN Zhe¹, ZHAI Ting-ting^{1*}

(1. The First Affiliated Hospital of Guizhou University of Traditional Chinese Medicine (TCM), Guiyang 550001, China;

2. The Second Affiliated Hospital of Guizhou University of TCM, Guiyang 550005, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the clinical efficacy of the modified Buzhong Yiqitang combined with Erxian decoction in treating stress urinary incontinence (SUI) of perimenopausal women due to spleen and kidney Qi deficiency. **Method:** One hundred and six patients were randomly divided into a control group (52 cases) and an observation group (54 cases). Patients in both groups received lifestyle intervention and pelvic floor muscle training (PFMT). On this basis, patients in the observation group were further treated with the

[收稿日期] 20210323(002)

[基金项目] 贵州省科技计划项目(黔科合LH字[2017]7123号)

[第一作者] 徐月芳,主治医师,从事中医药治疗妇科疾病研究,E-mail:545847559@qq.com

[通信作者] * 翟婷婷,硕士,副主任医师,从事中医药治疗妇科疾病研究,E-mail:1909512761@qq.com

modified Buzhong Yiqitang combined with Erxian decoction, 1 bag/day, while those in the control group were provided with Suoquan pills, 6 g/time, 2 times/day, for eight weeks. Following the international consultation on incontinence questionnaire-short form (ICIQ-SF) scoring before and after treatment, the urodynamic parameters such as maximum urinary flow rate (Q_{max}), maximum urethral closure pressure (MUCP), residual urine volume (RUV), abdominal pressure leakage point pressure (ALPP), and bladder capacity (BC) were measured. The number of incontinence episodes per 24 h, the degree of urinary incontinence, the amount of 1 h urine leakage, and the spleen and kidney Qi deficiency syndrome score were recorded before and after treatment. The levels of estradiol (E_2), follicle stimulating hormone (FSH), pituitary adenylate cyclase activating peptide (PACAP), and vasoactive intestinal peptide (VIP) were measured before and after treatment. **Result:** The ICIQ-SF sub-scores of the urinary incontinence frequency, severity, and impact on quality of life as well as the total score in the observation group were all lower than those in the control group ($P<0.01$). Q_{max} , MUCP, ALPP and BC in the observation group were elevated in contrast to those in control group ($P<0.01$), while the RUV declined ($P<0.01$). Compared with the control group, the observation group exhibited a decreased number of incontinence episodes per 24 h, milder degree of urinary incontinence, reduced amount of 1 h urine leakage, and lower spleen and kidney Qi deficiency syndrome score ($P<0.01$). The E_2 , PACAP, and VIP in the observation group were up-regulated as compared with those in the control group ($P<0.01$), whereas the FSH was down-regulated ($P<0.01$). The cure and effective rates of the observation group were (29/50) 58.00% and (47/50) 94.00%, respectively, significantly better than (18/48) 37.50% and (38/48) 79.17% of the control group ($\chi^2=4.124$, $\chi^2=4.683$, $P<0.05$). **Conclusion:** On the basis of the lifestyle intervention and PFMT, the modified Buzhong Yiqitang combined with Erxian decoction obviously alleviates urinary incontinence, adjusts sex hormones, PACAP and VIP, ameliorates urodynamic parameters, and enhances the quality of life of patients with SUI due to spleen and kidney Qi deficiency. The resulting cure and effective rates are superior to those of the positive control.

[Keywords] stress urinary incontinence; perimenopausal period; spleen and kidney Qi deficiency syndrome; Buzhong Yiqitang; Erxian decoction; sex hormones; pituitary adenylate cyclase activating peptide; vasoactive intestinal peptide

压力性尿失禁(SUI)是指腹压突然增加,在无膀胱逼尿肌收缩的状态下,产生不能自主的尿液泄漏现象,常见于围绝经期女性患者,是女性盆底功能障碍性疾病(PFD)的一种表现,给患者带来严重身心影响^[1]。围绝经期妇女SUI发生率是非围绝经期妇女的2倍之多,目前治疗方法尚未形成统一规范,多采用保守治疗,以生物反馈及电神经刺激为主要治疗手段,但因电刺激治疗的不舒适感,在绝经期妇女中接受度较差^[2]。

SUI属于中医“遗尿”“遗溺”“小便不禁”等病证范畴^[1,3]。多因脾肾气(阳)虚,不能固摄膀胱,气机失调,膀胱开合失度所致^[4]。中医认为女子“七七”肾气衰,肾气由盛渐衰,若肾气衰、肾阳虚动态进展,渐致脾失温煦,运化失司,或气化不利,均可使水液代谢失调,出现遗尿、小便不禁诸证。中医治疗SUI的手段丰富多彩,形式也多样化,其中包括中药内服、外治,针刺,艾灸等,具有良好的疗效,且安全^[1,3-4]。补中益气汤为李东垣所创,载于《内外伤辨

惑论》是补气升阳方的代表,用于围绝经期中老年妇女SUI可改善尿失禁症状和尿动力学参数^[1,5]。二仙汤是已故名医张伯讷教授于20世纪50年代所创,具有温补脾肾,填精养血,调和冲任之功效,广泛用于女性绝经前后诸证,具有调节性激素、抗卵巢早衰、改善骨质疏松症、调节免疫功能等作用^[6]。笔者以补中益气汤合二仙汤加减治疗围绝经期女性SUI取得较好的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 经贵州中医药大学第一附属医院伦理委员会审查批准(批号BF201902027-03),筛选2019年4月至2020年10月本院妇科门诊106例患者作为观察对象,按随机数字表法分为对照组52例和观察组54例。对照组年龄45~55岁,平均年龄(49.72±5.58)岁;病程6个月至3年,平均(1.24±0.18)年;未绝经24例,绝经28例;体质量指数(BMI)(24.89±2.65)kg·m²;孕次(2.78±0.39)次;产次(1.37±0.18)次;病情程度见轻度21例,中度

31例;合并疾病有肥胖/超重11例,便秘10例,糖尿病18例,合并其他妇科疾病14例;脱落、失访2例,剔除2例,最终完成48例。观察组年龄45~55岁,平均年龄(50.27±5.73)岁;病程6个月至2.5年,平均(1.37±0.21)年;未绝经21例,绝经33例;BMI(25.07±2.68) kg·m⁻²;孕次(2.62±0.34)次;产次(1.31±0.17)次;病情程度见轻度21例,中度33例;合并疾病有肥胖/超重14例,便秘11例,糖尿病17例,合并其他妇科疾病19例;脱落、失访3例,剔除1例,最终完成50例。两组患者基线资料比较,差异均无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准 ①SUI诊断标准,参照《女性压力性尿失禁诊断和治疗指南(2017)》^[7]制定。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、尿急伴随症状。②脾肾气虚证诊断标准,参照《中医临床诊疗术语·证候部分》^[8]制定。主证为小便不禁,尿液清长,腰膝酸软,小腹坠胀。次证为夜尿频多,少气懒言,带下量多,头晕耳鸣,大便溏薄,腹部冷痛,畏冷肢凉,舌脉为舌淡,苔薄白,脉细弱无力。证型确定为小便不禁必备,加主证1项和次证2项,结合舌脉即可确诊。

1.3 纳入标准 ①年龄45~55岁的围绝经期女性;②符合SUI诊断标准者;③SUI严重程度为轻、中度者;④符合脾肾气虚证辨证标准者;⑤患者均自愿参加本方案治疗,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①急迫性尿失禁或混合型尿失禁者,不稳定性膀胱、神经源性膀胱疾病者;②有盆腔手术史或采用手术治疗尿失禁者;③合并功能性和(或)器质性泌尿系统疾病者,生殖器脱垂、马尾神经损伤、脊髓病变者;④重度SUI,认知性障碍,精神心理因素引起的尿失禁患者;⑤合并严重的心、肝、肾功能不全,严重肺部疾病者,恶性肿瘤患者;⑥有严重过敏体质或有禁忌者;⑦同期采用其他中医治疗,影响疗效判断者。

1.5 治疗方法 两组患者均进行盆底肌训练(PFMT,即Kegel运动)和生活方式干预^[7]。对照组口服缩泉丸(规格每20粒重1 g,杭州胡庆余堂药业有限公司,国药准字Z33020035),6 g/次,2次/d。观察组口服补中益气汤合二仙汤加减,药物组成为炙黄芪30 g,党参20 g,升麻10 g,北柴胡10 g,麸炒白术15 g,当归10 g,仙茅10 g,淫羊藿10 g,巴戟天10 g,炒山药15 g,金樱子10 g,芡实10 g,益智仁15 g,桑螵蛸10 g,五倍子5 g,炙甘草10 g。随证加

减,大便溏薄、腹部冷痛、畏冷肢凉加肉桂5 g,干姜5 g,补骨脂10 g;腹部冷痛、尿液清长加杜仲10 g,熟附子5 g^(先煎),菟丝子15 g;小腹坠胀加川楝子10 g;1剂/d。饮片由本院中药房提供,经于佳副主任药师鉴定符合2015年《中华人民共和国药典》标准。每剂药物均由患者自行煎药2次,加入适量清水,先用武火煎沸后改为文火煎煮30 min,合并取药液400 mL,分2袋包装,于早、晚饭后30 min温服。两组疗程均为8周。

1.6 观察指标

1.6.1 主要疗效指标 ①尿失禁程度,采用国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷简表(ICIQ-SF)^[9],ICIQ-SF含尿失禁的频率(0~5分),严重程度(0~6分)和对生活质量的影响(0~10分),总分为0~21分,评分越高,提示尿失禁越严重,对生活质量影响越大;治疗前后各评价1次。②尿流动力学评价,以多通道尿动力仪进行检测,记录治疗前后最大尿流率(Q_{max}),最大尿道闭合压(MUCP),残余尿量(RUV),腹压漏尿点压力(ALPP)和膀胱顺应性(BC)等参数。

1.6.2 次要疗效指标 ①排尿日记卡,患者自行记录治疗前后72 h的漏尿次数,计算平均24 h漏尿失禁次数。②尿失禁漏尿程度,无漏尿(0分),有几滴漏尿量(1分),漏尿湿内衣,但不会湿外裤(2分),漏尿湿外裤(3分),治疗前后各评价1次。③1 h尿垫试验^[10],记录1 h漏尿量,治疗前后各评价1次。④脾肾气虚证评分,各症状按无、轻、中、重4级分级,主证分别记0,2,4,6分,次证记0,1,2,3分,治疗前后各评价1次。⑤机制探讨,于月经周期第3~5天空腹抽取肘静脉血3 mL,绝经者随时抽血,检测治疗前后雌二醇(E₂),卵泡刺激素(FSH),垂体腺苷酸环化酶激活肽(PACAP),血管活性肠肽(VIP)。E₂和FSH于月经周期第3~5天空腹抽取肘静脉血3 mL,绝经者随时抽血,采用化学发光免疫分析法检测,试剂盒(罗氏公司,批号分别为S672501, T84372);PACAP和VIP采用酶联免疫吸附法检测,试剂盒(南京建成生物工程研究所有限公司,批号分别为J20477, J20853)。

1.7 疗效标准 见参考文献^[7]制定标准。治愈为咳嗽等腹压增高情况下无漏尿;改善为咳嗽等腹压增高情况下有漏尿,1 h尿垫试验漏尿量较治疗前减少≥50%;无效为咳嗽等腹压增高情况下有漏尿,1 h尿垫试验漏尿量较治疗前减少<50%。

1.8 统计学处理 数据采用SPSS 22.0软件进行分

析,计数资料以例(%)表示,比较采用 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,均以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 ICIQ-SF 评分比较

与本组治疗前比较,两组患者 ICIQ-SF 量表尿失禁频率、严重程度和对生活质量影响 3 个维度评分及 ICIQ-SF 总分均显著降低($P<0.01$);治疗后,观察组 ICIQ-SF 量表各维度评分及总分均显著低于对照组,比较差异有统计学意义($P<0.01$)。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 ICIQ-SF 评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	尿失禁频率	严重程度	生活质量	ICIQ-SF
对照	48	治疗前	4.05±0.57	4.63±0.65	6.24±0.79	14.94±2.19
		治疗后	1.49±0.26 ¹⁾	1.90±0.31 ¹⁾	2.58±0.46 ¹⁾	5.98±0.88 ¹⁾
观察	50	治疗前	3.99±0.55	4.71±0.68	6.36±0.82	15.05±2.22
		治疗后	0.82±0.17 ^{1,2)}	1.01±0.16 ^{1,2)}	1.61±0.25 ^{1,2)}	3.44±0.50 ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P<0.01$;与对照组治疗后比较²⁾ $P<0.01$ (表 2~3 同)。

2.2 两组患者治疗前后尿流动力学参数变化比较

与本组治疗前比较,两组患者 Q_{max} , MUCP, ALPP 和 BC 均显著升高($P<0.01$), RUV 显著降低($P<0.01$);治疗后,观察组 Q_{max} , MUCP, ALPP 和 BC 均显著高于对照组($P<0.01$), RUV 显著低于对照组($P<0.01$)。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后尿流动力学参数变化情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	$Q_{max}/mL\cdot s^{-1}$	MUCP/cmH ₂ O	RUV/mL	ALPP/cmH ₂ O	BC/cmH ₂ O
对照	48	治疗前	22.71±3.58	72.75±9.89	30.74±5.36	80.43±10.76	39.25±4.64
		治疗后	25.32±4.16 ¹⁾	81.43±11.26 ¹⁾	20.02±3.70 ¹⁾	93.98±12.83 ¹⁾	45.31±5.17 ¹⁾
观察	50	治疗前	22.56±3.41	71.94±9.42	31.13±5.61	79.71±10.28	38.76±4.38
		治疗后	30.27±4.39 ^{1,2)}	92.63±12.77 ^{1,2)}	16.17±3.48 ^{1,2)}	108.34±14.62 ^{1,2)}	50.87±6.22 ^{1,2)}

注:1 cmH₂O=0.000 1 mPa。

2.3 两组患者治疗前后 24 h 漏尿失禁次数、尿失禁漏尿程度, 1 h 漏尿量和脾肾气虚证评分比较

与本组治疗前比较,两组患者 24 h 漏尿失禁次数、尿失禁漏尿程度评分, 1 h 漏尿量和脾肾气虚证评分均显著下降($P<0.01$);治疗后,观察组 24 h 漏尿失禁次数、尿失禁漏尿程度评分, 1 h 漏尿量和脾肾气虚证评分均显著低于对照组,比较差异有统计学意义($P<0.01$)。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 24 h 漏尿失禁次数、尿失禁漏尿程度, 1 h 漏尿量和脾肾气虚证评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	24 h 漏尿失禁/次	尿失禁漏尿/分	1 h 漏尿量/g	脾肾气虚证/分
对照	48	治疗前	5.82±0.67	1.97±0.22	20.24±4.83	26.24±3.89
		治疗后	2.37±0.35 ¹⁾	1.03±0.15 ¹⁾	6.38±1.16 ¹⁾	10.63±1.85 ¹⁾
观察	50	治疗前	5.90±0.72	1.95±0.24	21.17±5.12	25.95±3.77
		治疗后	1.48±0.29 ^{1,2)}	0.58±0.10 ^{1,2)}	2.09±0.58 ^{1,2)}	5.46±1.03 ^{1,2)}

2.4 两组患者治疗前后 E₂, FSH, PACAP 和 VIP 水平变化比较

与本组治疗前比较,对照组 E₂ 和 FSH 水平无统计学意义, PACAP 和 VIP 水平均明显升高($P<0.05$), 观察组 E₂, PACAP 和 VIP 均显著升高($P<0.01$), FSH 显著下降($P<0.01$);治疗后,观察组 E₂, PACAP 和 VIP 均显著高于对照组($P<0.01$), FSH 显著低于对照组($P<0.01$)。见表 4。

2.5 两组患者临床疗效比较

治疗后,观察组的治愈率为(29/50)58.00%,有效率为(47/50)94.00%,分别明显高于对照组的(18/48)37.50%和(38/48)79.17%,比较差异均有统计学意义($\chi^2=4.124, \chi^2=4.683, P<0.05$)。

表4 两组患者治疗前后E₂, FSH, PACAP和VIP水平变化比较(̄x±s)

Table 4 Comparison of E₂, FSH, PACAP and VIP levels before and after treatment between two groups (̄x±s)

组别	例数	时间	E ₂ /pmol·L ⁻¹	FSH/U·mL ⁻¹	PACAP/ng·L ⁻¹	VIP/ng·L ⁻¹
对照	48	治疗前	44.65±8.94	22.08±5.18	75.33±10.29	56.24±7.73
		治疗后	47.37±9.26	20.79±4.84	83.04±11.88 ¹⁾	61.16±8.56 ¹⁾
观察	50	治疗前	45.03±9.11	21.95±4.93	76.12±9.89	55.39±7.45
		治疗后	62.48±10.39 ^{2,3)}	16.32±4.25 ^{2,3)}	102.36±14.35 ^{2,3)}	78.42±9.81 ^{2,3)}

注:与本组治疗前比较¹⁾P<0.05,²⁾P<0.01;与对照组治疗后比较³⁾P<0.01。

3 讨论

围绝经期SUI虽不威胁生命,但难以启齿的症状影响患者的日常生活,严重时甚至产生精神困扰,被称为“社交癌”^[1]。围绝经期雌激素水平下降,年龄、阴道分娩、多产及肥胖均是SUI的危险因素^[11],生活方式干预、控制危险因素,避免或减少腹压增加的活动是SUI防治的基础措施^[7]。PFMT可减轻SUI的症状并且改善患者的生活质量,短期有效率可达50%~75%,但需要较长期的坚持训练,临床实际治疗效果仍不理想,有效的SUI防治仍为临床所迫切需要解决^[8,11]。

《黄帝内经·素问》曰:“膀胱者,州都之官,津液藏焉,气化则能出矣”,说明小便储存于膀胱,为膀胱所司,需要肾与膀胱的气化功能方能正常排出;又云:“膀胱咳状,咳而遗溺”,这与SUI颇多相似,并说明膀胱的排尿功能还与肺肃降功能相关,受到三焦水液气化通道的影响^[12]。《金匱翼·小便不禁》曰:“脾肺气虚,不能约束水道而病为不禁者,所谓上虚不能治下者也”,脾肺气虚,升降失调,中虚下陷,膀胱失约,水液无制则小便不禁^[13]。《太平圣惠方》亦曰:“夫遗尿者,此由膀胱虚冷,不能制约于水故也”,可见肾气、肾阳不足,膀胱气化失司,是导致遗尿、小便不禁的直接原因^[14]。因此治疗上应注重补脾益肾,益气温阳化水之法。

补中益气汤合二仙汤加减中炙黄芪、党参、炙甘草健脾益气、补中升气,升麻、北柴胡升举清阳,麸炒白术健脾益气,燥化湿浊,当归补血和营、调理冲任,仙茅、淫羊藿、巴戟天温肾阳、补肾精,炒山药健脾除湿、固肾益精,金樱子固精缩尿,五倍子敛肺涩精缩尿,芡实益肾固精、补脾止泻,桑螵蛸固精缩尿、补肾助阳,益智仁温脾暖肾,固气涩精。全方共奏补脾益气,温肾助阳,固精缩尿之功。缩泉丸具有补肾缩尿之功,是治疗肾虚遗溺、小便频数的有效中成药,本研究选择作为对照药物。

ICIQ-SF国际尿控协会推荐用于女性尿失禁的通用量表,含尿失禁发生频率、严重程度及对生活

质量的影响,综合全面评价了尿失禁对患者困扰,操作简便^[9]。尿流动力学能客观反映膀胱功能和盆底功能,可用于评价SUI严重程度。本组资料显示治疗后观察组ICIQ-SF量表尿失禁频率、严重程度和对生活质量影响3个维度评分及ICIQ-SF总分均低于对照组,24 h漏尿失禁次数、尿失禁漏尿程度评分,1 h漏尿量和脾肾阳虚证评分均低于对照组,Q_{max},MUCP,ALPP和BC均高于对照组,RUV低于对照组,观察组的临床治愈率和有效率均高于对照组,以上结果显示了补中益气汤合二仙汤加减内服可减轻围绝经期女性SUI的尿失禁症状和程度,提高生活质量,改善了尿流动力学参数,提高了临床治愈率和有效率。

围绝经期女性因卵巢功能减退,引起性激素水平波动,下丘脑-垂体-卵巢轴(HPOA)的平衡失调,从而导致相应脏器功能的异常。调查显示围绝经期女性激素代谢紊乱,表现在E₂和雄激素水平下降,FSH升高,E₂水平与围绝经期泌尿生殖系统症状等各症状呈负相关,与FSH水平正相关^[14]。围绝经期女性尿道旁组织的雌激素受体减少,可能在围绝经期女性SUI中起到重要作用^[15]。有研究证实SUI患者阴道组织PACAP和VIP水平均显著下降^[16],PACAP和VIP均具有扩张血管,舒张平滑肌作用,介导血管舒张功能,调节盆腔组织的血液流量^[17]。本组资料显示治疗后观察组E₂,PACAP和VIP均高于对照组,FSH低于对照组,表明了补中益气汤合二仙汤加减可调节围绝经期女性SUI患者性激素水平,PACAP和VIP,从而起到改善SUI相关症状的效果。

综上,在生活方式和PFMT干预的基础上,补中益气汤合二仙汤加减治疗绝经期女性SUI脾肾气虚证患者可取得较好的临床效果。

[利益冲突] 本文不存在任何利益冲突。

[参考文献]

[1] 顾一鸣,潘弘毅,盛少琴,等. 电针、中药二法联合盆底肌训练治疗围绝经期妇女压力性尿失禁的临床研

- 究[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2019, 24(4): 464-470.
- [2] 刘利芬,张营,朱维培. 芬吗通和雌三醇软膏分别联合生物反馈治疗围绝经期妇女压力性尿失禁的效果比较[J]. 中国妇幼保健, 2019, 34(17):3999-4002.
- [3] 刘林梅,王丽萍,王大雪,等. 中医辨证施护联合电针治疗对围绝经期妇女压力性尿失禁疗效及 TGF- β_1 与 CTGF 表达影响 [J]. 四川中医, 2020, 38(11): 203-206.
- [4] 张文兰,张叶鸣,赵仓焕. 中医治疗女性压力性尿失禁的研究与进展[J]. 现代中医药, 2020, 40(2): 98-101.
- [5] 赵鑫,刘莉君. 加味补中益气汤配合盆底肌训练治疗中老年女性压力性尿失禁疗效及对阴道压力和尿道力学参数的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(23):2559-2562.
- [6] 杨琳,马红. 二仙汤妇科临床运用及实验研究进展 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(10):94-97.
- [7] 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.
- [8] 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.
- [9] AVERY K, DONOVAN J, PETERS T J, et al. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence [J]. *Neurourol Urodyn*, 2004, 23(4):322-230.
- [10] LIEBERGALL-WISCHNITZER M, PALTIEL O, HOCHNER-CELNIKIER D, et al. Concordance between one-hour pad test and subjective assessment of stress incontinence [J]. *Urology*, 2010, 76(6): 1364-1368.
- [11] 谈诚,杨欣. 围绝经期及绝经后女性的盆底功能保健及康复[J]. 实用妇产科杂志, 2020, 36(9):652-655.
- [12] 陆永辉,刘志顺,刘保延. 压力性尿失禁中医病名规范化探讨[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(11): 1385-1386.
- [13] 张蕾,杨颀,刘慧林,等. 古代中医文献对于尿失禁的认识和治疗述要[J]. 中医文献杂志, 2013, 31(2): 54-56.
- [14] 秦家云,刘晓燕,王丽平,等. 血清性激素、血脂水平与围绝经期症状的相关性[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(9):1483-1486.
- [15] ADAMIAK-GODLEWSKA A, TARKOWSKI R, WINKLER I, et al. Stress urinary incontinent women, the influence of age and hormonal status on estrogen receptor alpha and beta gene expression and protein immunoexpression in paraurethral tissues [J]. *J Physiol Pharmacol*, 2018, 69(1):53-59.
- [16] FAN B, JIN X, SHI Y, et al. Expression and significance of TIMP-3, PACAP and VIP in vaginal wall tissues of patients with stress urinary incontinence [J]. *Exp Ther Med*, 2017, 13(2):624-628.
- [17] 左晓虎,洪莉. 压力性尿失禁发病机制研究进展[J]. 现代妇产科进展, 2021, 30(3):217-220.
- [责任编辑 何希荣]