

补中益气汤联用二仙汤加减治疗对 SUI 患者的影响

毛正 陈贵恒[#]

(湖南省人民医院星沙院区 长沙 410142)

摘要:目的:研究补中益气汤联用二仙汤加减治疗对女性压力性尿失禁(SUI)患者尿失禁频率与尿流动力学的影响。方法:选取 2020 年 5 月至 2021 年 5 月收治的 116 例女性 SUI 患者作为研究对象,采用随机数字表法分为研究组和对照组,每组 58 例。对照组采用补中益气汤治疗,研究组采用补中益气汤联用二仙汤加减治疗。治疗 8 周,比较两组临床疗效,治疗前后尿失禁生活质量问卷(I-QOL)评分、盆底肌力分级、尿失禁频率、尿流动力学指标。结果:研究组治疗总有效率为 96.55%,高于对照组的 81.03%,差异有统计学意义($\chi^2=7.017\ 2, P<0.05$);治疗后,研究组 I-QOL 评分为(83.1±4.9)分,高于对照组的(75.2±4.2)分,且尿失禁频率(2.2±0.3)次/周低于对照组的(4.1±0.9)次/周,差异有统计学意义($t=9.322\ 5, 15.252\ 7, P<0.05$);治疗后,研究组盆底肌力分级明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,研究组各项尿流动力学指标优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:补中益气汤联用二仙汤治疗女性 SUI 患者,可有效提升 SUI 患者的盆底肌力,激发膀胱功能,改善尿动力学指标,降低尿失禁发生率,疗效显著。

关键词:压力性尿失禁;女性;补中益气汤;二仙汤;尿失禁频率;尿流动力学

中图分类号:R714.46

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.02.010

压力性尿失禁 (Stress Urinary Incontinence, SUI) 是指因运动、大笑、打喷嚏、或咳嗽等原因导致腹压增高引起尿液不自主外漏的现象^[1-2],与阴道分娩、雌激素水平降低、慢性咳嗽、盆腔手术、盆腔脏器脱垂等有关,会引起行动不便、社交活动障碍、心理障碍。尿失禁归属于中医学“遗溺、小便不禁”范畴,多因脾肾亏虚、气血不足、中气下陷导致膀胱不约、固摄无力导致,治疗原则为健脾补肾、补气升阳。《脾胃论》中记载补中益气汤具有升阳举陷、甘温除热、补中益气的功效;二仙汤是由张伯讷教授提出的治疗更年期综合征的经验方剂。临床关于二者联合应用治疗 SUI 的报道较少^[3]。本研究选取医院女性 SUI 患者为研究对象,分析补中益气汤联用二仙汤加减对患者尿失禁频率与尿流动力学的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取医院 2020 年 5 月至 2021 年 5 月收治的 116 例女性 SUI 患者为研究对象,采用随机数字表法将患者分为研究组和对照组,每组 58 例。对照组年龄 34~66 岁,平均(51.9±3.9)岁;病程 2 个月至 10 年,平均(3.9±1.1)年;文化程度,高中及以下 18 例,专科 26 例,本科及以上 14 例;Gullen

分度标准,Ⅰ度 13 例,Ⅱ度 28 例,Ⅲ度 17 例。研究组年龄 33~66 岁,平均(51.6±3.8)岁;病程 3 个月至 10 年,平均(3.8±1.0)年;文化程度,高中及以下 19 例,专科 27 例,本科及以上 12 例;Gullen 分度标准,Ⅰ度 14 例,Ⅱ度 26 例,Ⅲ度 18 例。两组一般资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:(1)均为女性,符合《中药新药临床研究指导原则》关于尿失禁诊断标准^[4];(2)压力诱发试验结果为阳性;(3)病程≥2 个月;(4)沟通交流能力正常,临床资料完整;(5)对本研究内容知情,签署知情同意书。排除标准:(1)患有精神疾病者;(2)恶性肿瘤者;(3)严重肝、心、肾功能障碍者;(4)神经性尿失禁、心理性尿失禁需手术治疗者;(5)近 1 月接受其他影响观察结果方案治疗者;(6)中途退出本研究者。

1.3 治疗方法 对照组采用补中益气汤治疗,药物组成:黄芪 30 g,党参、当归各 20 g,白术、陈皮各 15 g,柴胡、山药、芡实、金樱子各 12 g,升麻、炙甘草各 6 g。每日 1 剂,将所有药物在冷水中浸泡 30 min,加 1 L 水先用武火煎煮至沸腾,再改为文火缓慢煎煮,

[#] 通信作者:陈贵恒, E-mail: 178286620@qq.com

取汁 300 ml。早晚饭前各服用 150 ml，治疗 8 周。研究组采用补中益气汤联用二仙汤加减治疗：黄芪、熟地黄、菟丝子各 30 g，党参、黄柏、当归各 20 g，白术、知母、巴戟天、陈皮、仙茅各 15 g，柴胡、山药、芡实、金樱子各 12 g，红花、肉苁蓉、桃仁各 10 g，升麻、炙甘草各 6 g。脾虚明显者加炒扁豆 30 g，夜尿多者加补骨脂 15 g，血虚者加熟地黄、何首乌各 20 g。每日 1 剂，将所有药物在冷水中浸泡 30 min，加 1 L 水先用武火煎煮至沸腾，再改为文火缓慢煎煮，取汁 300 ml。早晚饭前各服用 150 ml，治疗 8 周。

1.4 观察指标 比较两组临床疗效，治疗前后尿失禁生活质量问卷 (I-QOL) 评分、盆底肌力分级、尿失禁频率、尿流动力学指标 [Valsalva 漏尿点压力 (PVLP)、尿道最大闭合压力 (PMUC)、膀胱顺应性 (BC)]。I-QOL 评分通过行为限制、心理影响、社会障碍三个维度评估患者的生活质量，总分 100 分，得分越高提示患者的生活质量越好。盆底肌力分级分为 I 级、II 级、III 级、IV 级，通过手测肌力方法测试盆底肌力，级别越低，提示肌力越低。采用北京莱凯医疗器械有限公司生产的尿动力检测仪 Urodynamic System 测定尿动力学指标。

1.5 疗效评价标准 治愈，尿失禁现象完全消失，I-QOL 评分提高 $\geq 90\%$ ；显效，尿失禁发作频率降低 $\geq 70\%$ ，I-QOL 评分提高 70%~89%；有效，尿失禁发作频率降低 30%~69%，I-QOL 评分提高 30%~69%；无效，尿失禁症状无改善，I-QOL 评分提高 $< 30\%$ 。总有效率 = (治愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.6 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件处理数据。计数资料采用 % 表示，组间数据对比采用 χ^2 检验；计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 研究组治疗总有效率为

96.55%，高于对照组的 81.03%，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

组别	<i>n</i>	治愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效 [例 (%)]
研究组	58	27	18	11	2	56 (96.55)
对照组	58	15	17	15	11	47 (81.03)
χ^2						7.017 2
<i>P</i>						0.008 1

2.2 两组 I-QOL 评分、尿失禁频率比较 治疗前，两组 I-QOL 评分、尿失禁频率对比，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；治疗后，两组 I-QOL 评分明显提高，尿失禁频率明显降低，且研究组 I-QOL 评分高于对照组，尿失禁频率低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组 I-QOL 评分、尿失禁频率比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	I-QOL 评分 (分)		尿失禁频率 (次 / 周)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	58	65.7 $\pm$ 4.0	83.1 $\pm$ 4.9	14.9 $\pm$ 3.4	2.2 $\pm$ 0.3
对照组	58	65.3 $\pm$ 3.6	75.2 $\pm$ 4.2	14.7 $\pm$ 3.2	4.1 $\pm$ 0.9
<i>t</i>		0.566 1	9.322 5	0.326 2	15.252 7
<i>P</i>		0.572 5	0.000 0	0.744 9	0.000 0

2.3 两组盆底肌力分级比较 治疗后，研究组盆底肌力分级明显优于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组盆底肌力分级比较 (例)

组别	<i>n</i>	时间	I 级	II 级	III 级	IV 级
研究组	58	治疗前	50	8	0	0
		治疗后	3**	3**	30*	22**
对照组	58	治疗前	49	9	0	0
		治疗后	10*	10*	26*	12*

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

2.4 两组尿流动力学指标比较 治疗后，研究组各项尿流动力学指标优于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组尿流动力学指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	BC (ml/cm H ₂ O)		PVLP (ml/s)		PMUC (cm/s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	58	37.7 $\pm$ 3.1	49.8 $\pm$ 5.0	82.1 $\pm$ 5.6	98.2 $\pm$ 5.9	71.8 $\pm$ 3.5	86.4 $\pm$ 4.2
对照组	58	37.5 $\pm$ 3.4	42.5 $\pm$ 4.7	82.2 $\pm$ 5.7	91.0 $\pm$ 5.5	71.6 $\pm$ 3.6	79.9 $\pm$ 4.5
<i>t</i>		0.331 0	8.101 6	0.095 3	6.798 1	0.303 4	8.042 0
<i>P</i>		0.741 2	0.000 0	0.924 2	0.000 0	0.762 2	0.000 0

3 讨论

SUI 好发于产后盆底功能障碍、肥胖、年老体弱的女性,发病率高达 30%,随着年龄的增加发病率持续上升。SUI 患者常伴有盆底肌力减弱、尿流动力学异常现象,腹压增高会拉伸盆底组织,对盆底肌肉产生机械性损伤,同时阻碍盆腔血液回流,引起盆底肌纤维、结缔组织血液循环障碍,导致肌纤维电生理异常、盆底肌力减弱,不能控制尿意,尿液就会不自主外溢^[9]。相关研究结果显示,SUI 的医疗费用远超过骨质疏松症、高血压、冠心病等慢性疾病,容易引发心理疾病,也加重了国家与家庭的经济负担。重度尿失禁患者主要采用手术治疗,轻中度尿失禁患者则主要采用保守治疗。中医将 SUI 称为“淋证、遗溺、遗尿、小便不禁”,认为脾肾气虚导致固摄无力是其主要病机,尤其是产后女性气血亏损严重,脾肾亏虚,损伤胞络、带脉失约、冲任不调,不能约束尿道。治疗原则为补脾益气、温肾助阳。常用的治疗方法有中药汤剂、艾灸、推拿等,均有较好的治疗效果,但是缺乏标准的治疗方案。

SUI 患者多伴有膀胱功能紊乱,膀胱逼尿肌收缩力不稳定、尿道括约肌功能减弱、膀胱颈下移、尿道黏膜封闭功能减退、支配控尿组织的神经功能障碍都会导致尿流动力学异常。频繁尿失禁对患者的生活质量和心理健康均有严重不良影响。公元 1249 年,李东垣的脾胃学说中提出“人以水谷为本,以土为万物之母,故独重脾胃”,认为疾病多与脾胃有关。其著作《脾胃论》中记载补中益气汤具有补中益气、温肾固摄、升阳举陷的功效,能祛除潜藏热邪,使元气充足,恢复膀胱的正常约束功能。梁艳^[6]学者研究发现,补中益气汤能有效改善 SUI 患者的生活质量、盆底功能和尿动力学指标,相较于单纯盆底康复功能锻炼效果更为显著。本研究发现,研究组总有效率、I-QOL 评分均高于对照组,与其他学者研究结果具有一致性。补中益气汤中黄芪为君药,味甘性微温,归脾、肺经,具有升阳固表、补气养血、利尿托毒的功效,补全身之气,可改善脾胃气虚症状,使元气充足,膀胱开阖有度,恢复正常尿流动力学,降低尿失禁频率^[7]。党参性平、味甘,归脾、肺经,具有健脾益肺、补中益气、养血生津的功效,主要用于治疗气虚、脾肺气虚、气血双亏等症^[8-9]。人体的“气”具有固

摄作用,通过补气能增强开合之力,膀胱动力充足,开闭正常,尿失禁频率则会显著降低^[10]。柴胡、白术、金樱子具有和解表里、固精缩尿、疏肝升阳的功效,与党参配伍共为臣药,能升华脾肺之气,增强膀胱气化功能,改善小便频数现象。当归、陈皮、山药、芡实、升麻为佐药,具有养血和营、健脾补肺、固肾益精、理气和胃的功效,协助黄芪提升下陷中气^[11]。炙甘草调和药性,为使药。补中益气汤成分中的槲皮素、7-甲氧基-2-甲基异黄酮、利可考酮、美迪紫檀素等活性成分均为作用靶点,通过纤维细胞胶原代谢通路促进胶原蛋白信使核糖核酸(mRNA)、I 型胶原蛋白 α1 链(COL1A1)、转化生长因子-β₃(TGF-β₃)、III 型胶原蛋白 α1 链(COL3A1)表达,提升尿道支撑组织中的胶原水平,有效改善尿失禁现象。二仙汤在《妇产科学》有记载^[12],由巴戟天、仙茅、黄柏、仙灵脾、知母、当归组成,具有调理冲任、补肾温阳的功效,主治肾阴阳二虚证、肾虚火旺证、绝经期前后诸证。本研究用补中益气汤连用二仙汤加减治疗,巴戟天性温味甘,归肾经,具有补肾助阳的功效,有利于促进脾胃气血运化,解除身体虚空^[13-14],与知母、黄柏配伍增强扶虚补正功效。仙茅、仙灵脾具有强筋健骨、补肾助阳、益精血、除风湿、强筋骨的功效,主治尿频失禁、阳痿遗精等症。根据患者症状辨证加减切准病机,增强补中益气、温肾固涩的功效,提高膀胱顺应性,使膀胱开阖有度,改善 PVLP、PMUC、BC 水平^[15]。治疗后研究组 III~IV 级患者达到 52 例(89.66%),高于对照组的 38 例(65.52%),且尿流动力学指标改善效果更显著,说明联合二仙汤治疗优化了整体治疗效果。但本研究所选病例较少,研究时间较短,需临床进一步深入研究以提高结论的准确性。

综上所述,补中益气汤联用二仙汤治疗女性 SUI,组方科学、严谨,切准病机,靶点明确,辨证加减针对性强,增强补气健脾、缩尿止禁、温肾固涩的功效,使清阳得升,膀胱气化如常、开阖有度,可有效降低患者尿失禁频率,改善尿流动力学指标。

参考文献

[1]梅雪峰,夏雨果,田英,等.补中益气汤加减联合凯格尔运动治疗女性压力性尿失禁临床研究[J].新中医,2017,49(8):64-66.
[2]郑娉,翟新宇,王琛.基于网络药理学探析补中益气汤治疗压力性尿失禁的机制[J].世界中医药,2021,16(7):1054-1059.
[3]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(下转第 63 页)