

ICS *****
C**



团体标准

T/CACM *****—202*

女性压力性尿失禁中医诊疗指南

Diagnosis and Treatment Guideline for Chinese Medicine on female stress
urinary incontinence

（文件类型：公示稿）

（完成时间：2023 年 3 月）

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目 次

前言	2
引言	3
1 范围	4
2 规范性引用文件	4
3 术语和定义	4
3.1 压力性尿失禁	4
3.2 盆底肌训练	4
3.3 盆底肌电刺激	4
4 流行病学特点	5
5 诊断	5
5.1 中医诊断	5
5.2 西医诊断	5
6 辨证分型	7
6.1 肾虚下陷证	7
6.2 中气下陷证	7
6.3 脾肾两虚证	7
6.4 肝郁脾虚证	8
7 治疗	8
7.1 治疗原则	8
7.2 方药	8
7.3 中成药	9
7.4 针灸	10
7.4.1 毫针	10
7.4.2 电针	11
7.4.3 艾灸	11
7.4.4 针灸并用	11
7.5 针药并用	11
7.6 穴位贴敷、穴位埋线	12
7.6.1 穴位贴敷	11
7.6.2 穴位埋线	11
7.7 传统功法	12
7.7.1 收腹提肛运动	12
7.8 物理治疗	12
7.8.1 盆底肌训练	12
7.8.2 盆底电刺激治疗	13
7.9 心理干预	13
8 预防调摄	13
附录 A（资料性附录）	14
附录 B（规范性附录）	16
参考文献	18

前 言

本文件按照GB/T1.1—2020《标准化工作导则第1部分：标准的结构和编写》规定的规则起草。

本文件由中国中医科学院西苑医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件负责起草单位：中国中医科学院西苑医院。

本文件参与起草单位：湖北省中医院、中国中医科学院广安门医院、浙江中医药大学附属第二医院、成都中医药大学附属医院、北京中医药大学循证医学中心、中国中医科学院临床药理研究所、沈阳市红十字会医院、杭州市中医院、广东省中医院、广西中医药大学第一附属医院、北京大学第一医院、成都中医药大学附属医院、安徽省中医院、上海中医药大学附属曙光医院、首都医科大学附属朝阳医院、江苏省中医院。

本文件主要起草人：高瞻、高文喜、庞然、胡青、曾文彤。

本文件其他起草人（按姓氏笔画排序）：陈薇、高蕊、韩毅、黄亚胜、陆芳、李源、陆永辉、覃智标、沈建武、邵魁卿、肖云翔、夏雨果、赵娟、朱馥丽、邹建安、赵建华、张犁、张路、张鹏。

引 言

压力性尿失禁（**Stress urinary incontinence, SUI**）是影响女性生活质量的常见疾病，病因主要在于年老体弱、妊娠分娩损伤、肥胖等^[1]，随着人口老龄化、生活方式及饮食结构的改变，女性 SUI 患者数量逐渐增加^[2]，尿失禁所带来的生理及心理问题逐渐受到社会的重视，各种治疗的新技术、新药物不断出现。西医手术治疗限于中重度 SUI 以及部分合并有脏器脱垂者；对于轻中度 SUI 或手术禁忌症患者多采用西药治疗，但因副作用等限制难以推广^[3]。中药可从本论治 SUI，针灸亦具有“简、便、廉、验、安全”之特点，再配合盆底肌训练等方法，研究证实临床疗效显著^[2]。但目前国内外尚缺乏以中医证治方法为核心的女性 SUI 诊疗规范，严重影响了中医在诊治女性 SUI 的临床应用。有效规范的女性 SUI 中医临床诊疗方案，可以指导临床实践，并很大程度节约医疗卫生资源。

为进一步规范女性 SUI 的中医诊疗标准，促进中医诊治女性 SUI 水平的提高，根据《世界卫生组织指南制定手册》的指南制定流程、GRADE 系列文章的方法学及中华中医药学会团体标准管理办法等相关要求，考虑中医诊疗特色，针对疾病防治，制定《女性压力性尿失禁中医诊疗指南》，本文件供中医、中西医结合医师临床运用。

女性压力性尿失禁中医诊疗指南

1 范围

本文件规范了女性 SUI 的诊断标准、辨证分型、中医证候诊断标准、中药及非药物治疗手段、用药剂量及安全性等的內容。

本文件适用于中医院、中西医结合医院、民族医医院、综合医院、基层医院等泌尿外科、妇科、针灸科及生殖医学专业临床医师使用。

2 规范性引用文件

下列文件对本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T16751.1—1997《中医临床诊疗术语·疾病部分》

《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2020 版）》

《中华人民共和国药典（2020 年版）》

“Nonsurgical management of urinary incontinence in women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians”(2014,Ann Intern Med)

“EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Female Lower Urinary Tract Symptoms”(2023,Eur Uro)

“6th International Consultation on Incontinence”(2018,Neurourol Urodyn)

《女性压力性尿失禁诊断和治疗指南》（2017，《中华妇产科杂志》）

《尿失禁诊断治疗指南》（2022，《中国泌尿外科和男科疾病诊断治疗指南》）

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 压力性尿失禁 Stress urinary incontinence

喷嚏、咳嗽、大笑或运动等腹压增高时出现不自主的尿液自尿道口漏出。

3.2 盆底肌训练 Pelvic floor muscle training

通过使盆底肌达到相当的训练量进而达到治疗或改善尿失禁的训练。可参照如下方法实施：持续收缩盆底肌（提肛运动）2~6s，松弛休息 2~6s，如此反复 10~15 次。每天训练 3~8 次，持续 8 周以上或更长。主要用于改善尿失禁症状。

3.3 盆底肌电刺激 Electric stimulation of pelvic floor muscle

利用阴道或肛门内置电极，对盆底肌肉进行电刺激以增强盆底肌肌力的方法。

4 流行病学特点

2006 年我国进行的最大范围尿失禁流行病学调查结果显示，压力性尿失禁在我国成年女性中的发病率为 18.9%，其中城市患病率为 16.4%，农村患病率为 21.4%^[4]。此外 2005 年

子在加拿大、德国、意大利、瑞典和英国进行的 EPIC 电话调查显示，压力性尿失禁患病率为 6.4%，是女性发病率最高的尿失禁种类^[5]。2014 年瑞典针对 20-64 岁未产女性尿失禁患病的研究，单纯压力性尿失禁的女性患病率从 5.2% 逐渐增加到 7.9%，45-54 岁达到患病高峰^[6]。我国资料研究结果显示 50-59 岁是压力性尿失禁患病率最高，可达到 28.2%，女性压力性尿失禁的发病与年龄密切相关，此外妊娠、肥胖等也是常见诱因。

5 诊断标准

5.1 中医诊断

本病可见不同中医诊断名称，针对其病因症状中医称“遗溺”“膀胱咳”等，指在咳嗽、喷嚏、大笑、负重时出现遗溺现象^[7,8]。

5.2 西医诊断

根据《尿失禁诊断治疗指南》中女性压力性尿失禁的诊断标准为：

压力性尿失禁的诊断步骤应包括确定诊断、程度诊断、分型诊断、合并疾病诊断及鉴别诊断。

5.2.1 确定诊断：

5.2.1.1 病史及症状：包括一般情况、与腹压增加有关的尿失禁症状、泌尿系统其他症状及其他病史。与腹压增加有关的尿失禁症状包括打喷嚏、咳嗽、大笑或运动等各种腹压增加状态下，尿液是否漏出；停止腹部加压动作后漏尿是否随即终止；时间和严重程度。泌尿系统其他症状如血尿、排尿困难、尿路刺激征及夜尿等症状，下腹或腰部不适等。其他病史如产科和妇科病史、盆底伴随症状、既往盆腔手术史、消化系统伴随症状，及当前药物服用详细信息等。

5.2.1.2 体格检查：包括一般状态、全身体检、专科检查、神经系统检查。专科检查包括有无盆腔脏器膨出及程度；外阴部有无长期感染所引起的异味、皮疹；棉签试验了解尿道过度移动的程度；双合诊了解子宫水平、大小和盆底肌收缩力等；直肠指检检查括约肌肌力，并观察有无直肠膨出；压力诱发试验了解增加腹压时尿道口有无溢尿。神经系统检查包括下肢肌力、会阴部感觉、肛门括约肌肌力及病理征。

5.2.1.3 排尿日记。（参见附录 B）

5.2.1.4 国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷调查表简表（ICI-Q-SF）。（参见附录 B）

5.2.2 程度诊断：

5.2.2.1 临床症状：

轻度指一般活动及夜间无尿失禁，腹压增加时偶发尿失禁，不需佩戴尿垫；中度指腹压增加及体力活动时，有频繁尿失禁，需要佩戴尿垫生活；重度指起立活动或卧位体位变化时即有尿失禁，严重地影响患者的生活及社交活动。

5.2.2.2 国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷调查表简表（ICI-Q-SF）。

5.2.2.3 尿垫试验。（参见附录 B）

5.2.3 分型诊断:

5.2.3.1 解剖型/尿道固有括约肌缺陷 (intrinsic sphincter deficiency, ISD) 型 (参见附录 B)

5.2.3.2 腹压漏尿点压力

①ALPP $\geq$ 90cmH₂O. 提示尿道活动过度, 为 I 型压力性尿失禁; ②ALPP 介于 60~90cmH₂O, 提示尿道括约肌关闭功能受损和尿道过度活动同时存在, 为 II 型压力性尿失禁。③ALPP $\leq$ 60cmH₂O, 提示尿道括约肌关闭功能受损, 为 III 型压力性尿失禁; 若膀胱压 $>$ 150cmH₂O 仍未见尿液漏出, 提示尿失禁有其他因素存在。

5.2.4 常见合并疾病

5.2.4.1 膀胱过度活动症 (Overactive bladder, OAB): 如患者主诉存在尿频、尿急或不伴急迫性尿失禁, 应怀疑合并有膀胱过度活动症, 高度推荐用排尿日记详细了解患者症状具体程度。

5.2.4.2 盆底脏器脱垂 (Pelvic organ prolapse, POP): 高度推荐截石位下会阴检查明确盆腔脏器脱垂及程度, 并用 POP-Q 评分 (参见附录 B) 进行评估。

5.2.4.3 逼尿肌收缩力减弱 (underactive detrusor): 逼尿肌收缩力减弱常见于老年妇女, 首先高度推荐 B 超检查残余尿量, 如有异常, 推荐行尿动力学检查予以确认。

5.2.4.4 膀胱出口梗阻 (Bladder outlet obstruction, BOO): 女性膀胱出口梗阻多数属于功能性, 女性尿道狭窄少见。当 SUI 患者主诉排尿困难, 在排除逼尿肌收缩无力和 POP 所致因素后, 推荐行影像尿动力学检查进一步确诊。

5.2.5 鉴别诊断^[1, 9-13]

①急迫性尿失禁 (Urgency urinary incontinence, UUI)

临床表现多尿意感强烈, 失禁流出的尿量较多, 有的可完全排空, 多伴有尿频、尿急等储尿期症状。检查方面部分患者尿液常规检查可见白细胞, 细菌培养可有细菌生长; 尿动力学检查可发现膀胱逼尿肌过度活动, 膀胱感觉过敏, 同时尿道压力通常正常; 膀胱镜检查, 可以发现粘膜充血、出血、肿瘤等病变; 膀胱尿道造影示膀胱尿道后角及倾斜角均正常。

②混合性尿失禁

同时具有压力性和急迫性尿失禁的症状, 症状间具有相互影响相互加重倾向。

③充溢性尿失禁 (overflow incontinence)

多因尿道手术后、狭窄、梗阻或严重盆底脱垂引起的出口梗阻, 糖尿病末梢神经炎, 骶神经和阴部神经损伤等, 膀胱极度/过度充盈 (未确定病因) 时出现, 又称为慢性尿潴留或假性尿失禁。临床表现多为尿液不断溢出。体检见下腹部膀胱区膨隆, 膀胱胀满尿液, 叩诊为浊音, 有压痛, 膀胱残余尿超声有助于诊断。

④真性尿失禁 (continuous urinary incontinence)

临床表现为尿液持续不断地从尿道口滴出, 患者无排尿感觉。尿动力学检查常表现为尿

道闭合压力降低；B超、CT、MRI等检查可发现神经系统肿瘤或脊柱损伤，膀胱始终处于空虚状态，有神经系统的体征。

⑤膀胱膨出

临床症状可从尿潴留到严重压力性尿失禁，在两者之间有尿急、急迫性尿失禁、尿频、腹压排尿、尿线滴沥等症状。漏尿症状轻重不直接与膀胱脱垂的程度相对应，有些膀胱脱垂患者行脱垂手术纠正后出现尿失禁或尿失禁加重，主要是压力性尿失禁，这种情况称为隐匿性尿失禁。行体格检查时，需要恢复膀胱正常解剖后诱发尿失禁。

⑥输尿管口异位：

临床表现为除有正常排尿外，还于阴道、前庭、尿道口等部位见到持续性点滴漏尿或尿液喷溅而出，与增加腹压无关。输尿管口异位于尿道、阴道时可引起持续性漏尿，与膀胱内压力增加无关，而且有正常的排尿。开口异位于膀胱颈平面以上时，可引起膀胱输尿管反流或阻塞出现尿道感染症状。仔细检查可在女性的前庭、阴道和尿道等处找到针尖样细小的开口，尿液呈水珠样持续滴出。静脉尿路造影可了解异位输尿管开口的类型及开口的位置、异位输尿管开口的相应的重复肾上肾部的发育及积水情况，还可了解并发重肾双输尿管情况；CT尿路造影（CTU）、MRI具有良好的鉴别诊断价值。

⑦尿瘘：

多因产伤、盆腔手术后、盆腔放射治疗、子宫内膜异位症、盆腔炎等引起，临床多见尿液不断经阴道外流，术后多在5-14d被发现。当尿失禁程度较重，即在行走、站立和卧位时也有尿液溢出时，需与尿瘘进行鉴别。阴道检查时，不能发现瘘孔，美蓝实验可以进一步明确诊断；膀胱造影见造影剂进入阴道；膀胱镜检查可以看到瘘孔。

6 辨证分型

6.1 肾虚不固证

主症：咳嗽、喷嚏、大哭大笑、提取重物等动作后尿液不自主流出主症，形寒肢冷，腰膝酸软，遗尿；

兼症：小便频数而清，余溺不尽，大便不禁，胎动易滑，月经淋漓，耳鸣；

舌脉：舌淡苔白，脉弱。

6.2 中气下陷证

主症：咳嗽、喷嚏、大哭大笑、提取重物等动作后尿液不自主流出主症，脘腹重坠作胀，食后益甚，便意频数，便溏，神疲乏力；

兼症：小便频数而清，肛门重坠，久泄不止，小便浑浊如米泔，崩漏、胎漏，食少腹胀，眩晕；

舌脉：舌淡，脉弱。

6.3 脾肾两虚证

主症：咳嗽、喷嚏、大哭大笑、提取重物等动作后尿液不自主流出主症，形寒肢冷，尿

液清长，腰膝酸软，食少腹胀；

兼症：小腹坠胀，久泄不止，小便浑浊如米泔，崩漏、胎漏，神疲乏力，便溏，腰痛，耳鸣；

舌脉：舌淡，苔薄白，脉细弱无力。

6.4 肝郁肾虚证

主症：咳嗽、喷嚏、大哭大笑、提取重物等动作后尿液不自主流出主症，小便不禁，胁胀作痛，情绪抑郁；

兼症：腰膝酸软，耳鸣，五心烦热，失眠，健忘，发槁齿摇；

舌脉：舌红或淡红，苔薄白，脉弦、沉、细。

7 治疗

7.1 治疗原则

治疗应当选择相应适应症，对于轻中度SUI患者以中医药治疗为主，包括内治法和外治法、康复训练、传统功法；对于重度SUI患者，或合并重度脏器脱垂，以手术治疗为主，如尿道中段吊带术，中医药方法为辅。同时应当根据分型诊断选择适合患者的手术方式或者保守治疗方式。

中医药治疗应当遵循以下原则：本病病势较缓，病程较长，虚实夹杂，治当扶正祛邪。虚者治以补虚固涩，夹杂湿热血瘀之邪则先祛邪后扶正。

7.2 方药

7.2.1 肾虚不固证

治法：补肾固本，固涩止遗。

方药：

金匱肾气丸（《金匱要略》）加减^[14]（证据级别：Ⅲ级，推荐强度：强推荐）：地黄 10g，山药 15g，山茱萸 10g，牡丹皮 10g，桂枝 10g，附子 6g，黄芪 15g，桑螵蛸 10g，芡实 10g，金樱子 10g，炙甘草 5g。

麻黄附子细辛汤（《伤寒论》）加减^[15]（证据级别：Ⅱ级，推荐强度：弱推荐）：麻黄 6g、制附子 15g、细辛 3g。

随证加减：湿热可合八正散，单味药可加黄柏、川牛膝、薏苡仁、黄芩、枳壳等；血瘀可合桃红四物汤、血府逐瘀汤等，单味药加当归、丹参、川芎、红花等。

不良反应：除一篇补中益气汤研究文献提及腹泻症状，余文献无不良反应证据。

疗程：每日 1 付，早晚分服，服用 4-8 周。

7.2.2 中气下陷证

治法：补中益气，升提固摄

方药：

补中益气汤（《脾胃论》）加减^[16-20]（证据级别：Ⅱ级，推荐强度：强推荐）：黄芪 30g、

党参 15g、白术 15g、陈皮 9g、柴胡 9g、升麻 9g、当归 15g、大枣 5 枚、甘草 6g。

醒脾升陷汤（《医学衷中参西录》）加减^[21]（证据级别：II 级，推荐强度：强推荐）：黄芪 20g，白术 12g，桑寄生 12g，续断 12g，山茱萸 20g，龙骨 18g，牡蛎 18g，粉草薤 12g，炙甘草 6g。

随证加减：尿急症状较重者加桑螵蛸、覆盆子；气虚症状较重者加大党参、山药用量。

不良反应：除一篇补中益气汤研究文献提及腹泻症状，余文献无不良反应证据。

疗程：每日 1 付，早晚分服，服用 4-8 周。

7.2.3 脾肾两虚证

治法：补脾益肾，固摄止遗。

方药：

巩堤汤（《景岳全书》）加减^[24]（证据级别：I 级，推荐强度：强推荐）：熟地黄 20g、菟丝子 20g、麸炒白术 15g、五味子 10g、益智仁 10g、补骨脂 10g、制附子 10g、茯苓 15g、韭菜子 9g、山药 10g、黄芪 20g。

补中益气汤（《脾胃论》）加减^[20, 22, 23]（证据级别：II 级，推荐强度：强推荐）：黄芪 24g，五味子 9g，菟丝子 18g，白术 18g，桑螵蛸 15g，益智仁 6g，炙甘草 6g，柴胡 6g，党参 15g，当归 7g。

随证加减：若伴有偏肾虚者加补骨脂、山茱萸；若偏脾虚者加炒白扁豆、麸炒山药；若脾肾两虚兼血瘀者，可予芪实颗粒^[25-27]。

不良反应：除一篇补中益气汤研究文献提及腹泻症状，余文献无不良反应证据。

疗程：每日 1 付，早晚分服，服用 4-8 周。

7.2.4 肝郁肾虚证

治法：疏肝固肾；疏肝理气，固肾缩尿。

方药：

天台乌药散（《圣济总录》）加减^[28]（证据级别：III 级，推荐强度：弱推荐）：乌药 15g、木香 10g、炒小茴香 10g、青皮 10g、炒高良姜 12g，槟榔 10g，川楝子 15g，桑螵蛸 10g，覆盆子 10g，制吴茱萸 5g。

大补阴丸（《丹溪心法》）加减^[7]（证据级别：V 级，推荐强度：强推荐）：熟地黄 15g、知母 10g、龟板 15g、黄柏 10g、女贞子 10g、墨旱莲 10g、山茱萸 10g、五味子 10g、鳖甲 15g。

随证加减：肝郁可合用四逆散，或柴胡疏肝散；气郁化火加柴胡、黄芩、丹皮、赤芍。

不良反应：现有文献未提示不良反应。

疗程：每日 1 付，早晚分服，服用 4-8 周。

7.3 中成药

7.3.1 肾虚不固证

金匱腎氣丸^[29]（证据级别：Ⅱ级，推荐强度：强推荐）

处方来源：《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2020 年版）》。

功能主治：温补肾阳，化气行水。用于肾虚水肿，腰膝酸软，小便不利，畏寒肢冷。

用法用量：口服。水蜜丸一次 4～5 克（20～25 粒），大蜜丸一次 1 丸，一日 2 次，3 周为 1 疗程。

不良反应：说明书及现有文献未提示不良反应。孕妇忌服。

缩泉胶囊（证据级别：V 级，推荐强度：强推荐）

处方来源：《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2020 年版）》、《中华人民共和国药典（2020 年版）》。

功能主治：补肾缩尿。用于肾虚之小便频数，夜卧遗尿。

用法用量：口服。成人一次 6 粒，5 岁以上儿童一次 3 粒，一日 3 次，4-8 周为 1 疗程。

不良反应：说明书及现有文献未提示不良反应。

7.3.2 中气下陷证

补中益气丸/颗粒^[30-35]推荐合并盆底脏器脱垂的女性压力性尿失禁（证据级别：Ⅱ级，推荐强度：强推荐）

处方来源：《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2020 年版）》、《中华人民共和国药典（2020 年版）》。

功能主治：

丸剂补中益气，升阳举陷。用于脾胃虚弱，中气下陷所致的体倦乏力、食少腹胀、便溏久泻、肛门下坠，子宫脱垂。

颗粒剂补中益气，升阳举陷。用于脾胃虚弱、中气下陷所致的泄泻、脱肛、阴挺，症见体倦乏力、食少腹胀、便溏久泻、肛门下坠或脱肛、子宫脱垂。

推荐用法用量：口服。

丸剂一次 9 克（约一瓶盖），一日 2-3 次。

颗粒剂一次 3g，一日 2-3 次。4-8 周为 1 疗程。

不良反应：说明书未提示不良反应。现有文献研究提示服后偶见呕吐、头痛、腹泻、心悸。

7.4 针灸

7.4.1 毫针^[36-59]（证据级别：Ⅰ级；推荐强度：强推荐）

证型及治法：肾虚不固证，脾肾两虚证。

基础穴位：三阴交、关元、气海、中极、足三里、百会、太溪、中髎、中脘、肾俞、次髎。

配穴：肾虚配太溪、肾俞；气虚配关元、气海、足三里；肝郁配肝俞、大敦、太冲、行间；焦虑配百会、印堂、神庭。

操作工具及方法：取合适体位后常规消毒针刺部位，选用毫针规格（根据针刺穴位特点选择合适针具，常用0.30mm×40mm），选择合适角度及深度刺入穴位，行补泻手法（常用平补平泻法或补法），得气后留针20~30min。

不良反应：刺痛，皮下出血，血肿。

疗程：每日1次，每周治疗3次，共治疗6~8周。

7.4.2 电针^[60-98]（证据级别：I级；推荐强度：强推荐）

证型及治法：肾虚不固证，脾肾两虚证。

基础穴位：会阳、中髎、肾俞、次髎、中极、气海、水道、大赫、夹脊穴。

操作工具及方法：

操作方法：取合适体位后常规消毒针刺部位，选用毫针规格（根据针刺穴位特点选择合适针具，常用0.30mm×40mm），选择合适角度及深度刺入穴位，行补泻手法（常用平补平泻法或补法），得气后连接电针仪，留针30min。

电针参数：

- ①疏密波或断续波，从0开始逐渐增大电流强度以患者的针感和躯体耐受程度为度；
- ②连续波，频率50Hz，从0开始逐渐增大电流强度以患者的针感和躯体耐受程度为度；
- ③疏密波，频率50Hz，从0开始逐渐增大电流强度以患者的针感和躯体耐受程度为度。

不良反应：刺痛，皮下出血，血肿。

疗程：隔日治疗1次，每周治疗3次，连续6~8周。

7.4.3 艾灸^[99-112]（证据级别：I级；推荐强度：弱推荐）

证型及治法：肾虚不固证，脾肾两虚证。

基础穴位：中极、气海、关元、肾俞、次髎、神阙。

操作工具及方法

操作方法：对穴位进行温和灸、回旋灸、雀啄灸，或使用艾灸盒进行艾灸，每处灸5-7min，共20-30min。

其他灸法：热敏灸、隔姜灸、雷火灸。

不良反应：烫伤、呼吸道刺激。

疗程：隔日1次，每周治疗3次，持续8周左右。

7.4.4 针灸并用^[113-119]（证据级别：I级；推荐强度：强推荐）

证型及治法：肾虚不固证，脾肾两虚证。

基础穴位：中极、气海、三阴交、足三里、关元、肾俞、子宫。

操作工具及方法（参考毫针、电针、艾灸部分）。

不良反应（参考毫针、电针、艾灸部分）。

疗程：隔日1次，每周治疗3次，持续8周左右。

7.5 针药并用^[120, 121]（证据级别：III级，推荐强度：强推荐）

证型：中气下陷证，脾肾两虚证。

基础治疗：骶四穴电针刺激技术。

药物组成+针灸穴位：

①补中益气汤加减+电针：中髎、肾俞、会阳+毫针：三阴交、足三里、关元、中极。

②补中益气汤加减+毫针：关元、志室、中极、肾俞、气海、太冲、三阴交、阴陵泉、次髎。

疗程：针灸每周 3 次，中药每天 1 付，共 8 周左右。

7.6 穴位贴敷、穴位埋线

7.6.1 穴位贴敷^[122-124]（证据级别：Ⅲ级，推荐强度：弱推荐）

证型：中气下陷证

药物处方及敷贴部位

①固泉脐贴（益智仁、金樱子、覆盆子、乌药、五倍子、黄柏、肉桂、丁香）敷贴神阙穴；

②固泉贴（生黄芪、补骨脂、桑螵蛸、金樱子、菟丝子、肉桂等）敷贴神阙、关元、命门、足三里、三阴交；

③益气升提散（黄芪、白术、防风、升麻）敷贴气海、关元、肾俞、脾俞、足三里。

不良反应：皮肤过敏反应：红肿瘙痒。

疗程：每日贴敷 1 次（4 小时左右），连续 8 周左右。

7.6.2 穴位埋线^[125, 126]（证据级别：Ⅱ级，推荐强度：弱推荐）

取肾俞、三阴交、关元及中极穴，常规消毒、进针、得气后将羊肠线推入穴位、局部敷贴覆盖，可有效改善轻中度 SUI 患者控尿能力。

7.7 传统功法^[127, 128]（证据级别：Ⅱ级，推荐强度：强推荐）

7.7.1 收腹提肛

操作方法：全身放松站立，双脚略弯曲（亦可采用端坐或平卧体位），调呼吸，聚口津，收腹提肛，缓缓吸气，吸气时收小腹、提肛，如忍大便状，屏气，同时以意念引提，升至脐腹；屏气至极，张口呼气，呼气时下落肛门，咽下口中津唾。一提一松伴随一吸一呼为 1 次，每次持续时间约 25s，连续 30 次。

疗程：早晚各 1 次，连续 12 周左右。

7.8 物理治疗

7.8.1 盆底肌训练（PFMT）^[1]

盆底肌训练（pelvic floor muscle training, PFMT）通过使盆底肌达到相当的训练量进而达到治疗或改善尿失禁的训练。特别是产后及妊娠期女性，进行盆底肌训练可有效预防盆底功能障碍性疾病的发生。持续收缩盆底肌（即缩肛运动）不少于 3s，松弛休息 2~6s，连续做 15~30min，每天重复 3 遍；或每天做 150~200 次缩肛运动。持续 3 个月或更长时间。应在训练 3 个月后门诊随访，进行主客观治疗效果的评价。

7.8.2 盆底肌电刺激治疗^[3]

盆底电刺激通过增强盆底肌肉的力量，提高尿道闭合压来改善控尿能力。对于不能主动收缩盆底肌的患者可采用生物反馈和盆底电刺激的方法，可联合 PFMT 应用。

7.9 心理干预^[129, 130]

提高患者及家人对疾病的认知、建立良好的家庭关系、SUI 患者性生活的指导。

具体包括：盆底肌肉知识普及，主观加强对盆底肌的训练；耐心倾听与心理疏导，帮助患者建立自信心，减少对该病的恐惧；利用网络工具建立群组，减弱孤独感，增强患者间认同感，相互督促行 KEGEL 运动；设立学习交流小组，讲解发病的原理及每种分度的压力性尿失禁如何治疗；了解患者家庭情况，帮助患者主动克服困难；调整生活方式，制定健康食谱与运动计划，养成定期排尿的习惯。

8 预防调摄^[131, 132]

在中医“治未病”理论指导下的预防调摄包括“未病先防”和“既病防变”这两方面，提倡健康生活方式，消除不利于心理和身体健康的行为和习惯，以减少尿失禁发病危险，具体方法包括：

- (1) 减轻体质量，尤其是体质指数 (BMI) $>30\text{kg}/\text{m}^2$ 者；
- (2) 戒烟；
- (3) 减少饮用含咖啡因的饮料；
- (4) 饮食清淡，低盐低脂，食勿过饱，保持大便通畅，治疗便秘等慢性腹压增高的疾病；
- (5) 调摄精神，避免情绪波动；
- (6) 避免受寒，生活起居规律；
- (7) 劳逸结合，坚持适当活动。

附录 A (资料性附录)

证据质量分级及推荐意见强度^[133]

A.1 证据级别标准及推荐强度标准

证据等级	有效性	安全性
I 级	随机对照试验及其系统综述、N-of-1 试验系统综述	随机对照试验及其系统综述、队列研究及其系统综述
II 级	非随机临床对照试验、队列研究、N-of-1 试验	上市后药物流行病学研究、IV 期临床试验、主动监测(注册登记、数据库研究)
III 级	病例对照研究、前瞻性病例系列	病例对照研究
IV 级	规范化的专家共识1、回顾性病例系列、历史性对照研究	病例系列/病例报告
V 级	非规范化专家共识2、病例报告、经验总结	临床前安全性评价, 包括致畸、致癌、半数致死量、致敏和致毒评价

注:1 规范化的专家共识, 指通过正式共识方法(如德尔菲法, 名义群组法, 共识会议法, 以及改良德尔菲法等), 总结专家意见制订的, 为临床决策提供依据的文件; 2 非规范化的专家共识, 指早期应用非正式共识方法如集体讨论, 会议等, 所总结的专家经验性文件

A.2 证据等级升降级标准

A.2.1 RCT 降级标准:

条目	评价项目	评价指标
1	随机序列的产生	计算机产生的随机数字或类似方法(2分); 未描述随机分配的方法(0分); 采用交替分配的方法如单双号(0分)
2	随机化隐藏	中心或药房控制分配方案、或用序列编号一致的容器、现场计算机控制、密封不透光的信封或其他使临床医生和受试者无法预知分配序列的方法(1分); 未描述随机隐藏的方法(0分); 交替分配、病例号、星期日数、开放式随机号码表、系列编码信封以及任何不能防止分组可预测性的措施(0分); 未使用(0分)
3	盲法	采用了完全一致的安慰剂片或类似方法, 且文中描述表明不会被破盲(2分); 未施行盲法, 但对结果不会产生偏倚(2分); 只提及盲法, 但未描述具体方法(1分); 未采用双盲或盲的方法不恰当, 如片剂和注射剂比较(0分)
4	不完整结局报告	无研究对象失访(1分); 虽然有研究对象失访, 但与总样本对比, 失访人数小且失访理由与治疗无关, 失访情况对结果不会造成影响(1分); 未报告失访情况或失访情况会对结果造成偏倚(0分)
5	选择性报告结局	研究方案可及, 未改变研究方案中的结局指标(1分); 研究方案不可及, 但是报告了该疾病公认的重要结局(1分); 研究方案不可及, 未报告该疾病公认的重要结局(0分); 文章的结果部分与方法学部分的结局指标不符(0分)
6	样本含量	提供了样本含量估算公式, 样本含量计算正确, 保证足够的把握度(1分), 未提及如何计算样本含量(0分)

总分 7-8 分, 不降级; 5-6 分, 降一级; 0-4 分, 降两级

A.2.2 系统综述评价降级标准:

条目	评价指标
1	有明确的临床问题, 并正确按照 PICO 原则进行结构化(2分)
2	纳入标准恰当(1分)
3	纳入研究的选择和数据提取具有可重复性(1分)
4	检索全面、提供了明确的检索策略(1分)
5	描述纳入研究的特征(1分)
6	评价和报道了纳入研究的方法学质量(1分)
7	数据综合方法正确(2分)

总分 9-10 分，不降级；3-8 分，降一级；0-2 分，降两级

A. 2. 3 升级标准：由于本指南所纳入研究限于随机对照试验和 Meta 分析，因此没有适用于本指南的证据等级的升级标准

A. 3 GRADE 推荐强度

推荐意见由起草组初步起草后经过专家投票决定推荐强度，推荐强度参考 GRADE 证据推荐强度。

推荐强度	具体描述	表达符号/数字
支持使用某项干预措施的强推荐	确信干预措施利大于弊	↑ ↑
支持使用某项干预措施的弱推荐	干预措施可能利大于弊	↑
无明确推荐	利弊不确定或无论高低质量的证据均显示利弊相当	/
反对使用某项干预措施的弱推荐	干预措施可能弊大于利	↓
反对使用某项干预措施的强推荐	确信干预措施弊大于利	↓ ↓

附录 B (规范性附录)

B1 排尿日记

排尿日记

姓名:	日期:			
排尿时间/尿量	尿急?	漏尿?	备注?	饮水时间、类型和量
早 6: 00				
中午 12: 00				
下午 6: 00				
午夜 00: 00				

B2 国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷简表 (ICI-Q-SF)

国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷简表 (ICI-Q-SF)

许多患者时常漏尿, 该表将用于调查尿失禁的发生率和尿失禁对患者的影响程度。仔细回想你近 4 周来的症状, 尽可能回答以下问题。

1. 您的出生日期: □□□□年□□月□□日	
2. 性别 (在空格处打√) 男□女□	
3. 您漏尿的次数? (在空格内打√)	
从来不漏尿□0	
1 周约漏尿 1 次或经常不到 1 次□1	
1 周漏尿 2 次或 3 次□2	
每天约漏尿 1 次□3	
1 天漏尿数次□4	
一直漏尿□5	
4. 我们想知道您认为自己漏尿的量是多少? 在通常情况下, 您的漏尿量是多少 (不管您是否使用了防护用品) (在空格内打√)	
不漏尿□0	
少量漏尿□1	
中等量漏尿□2	
大量漏尿□5	
5. 总体上看, 漏尿对您日常生活影响的程度如何? 请在 0 (表示没有影响) ~10 (表示有很大影响) 之间的某个数字上画圈	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
没有影响	很大影响
ICI-Q-SF 评分 (把第 3、4、5 个问题的分数相加): □	
6. 什么时候发生漏尿? (请在与您情况相符合的那些空格打√)	
从不漏尿□	
未能到达厕所就会有尿液漏出□	

在咳嗽或打喷嚏时漏尿□
在睡着时漏尿□
在活动或体育运动时漏尿□
在小便完和穿好衣服时漏尿□
在没有明显理由的情况下漏尿□
在所有时间内漏尿□

非常感谢您回答以上的问题！

根据国际尿控协会的建议按问卷的评分，可将尿失禁的严重程度分为 3 个等级： ≤ 7 分为轻度；8-13 分为中度；14-21 分为重度。

B3 ICS 1 小时尿垫试验

方法：①患者无排尿；②安放好已经称重的收集装置，试验开始；③15 分钟内喝 500ml 无钠液体，然后坐下或躺下；④步行 30 分钟，包括上下一层楼梯；⑤起立和坐下 10 次；⑥剧烈咳嗽 10 次；⑦原地跑 1 分钟；⑧弯腰拾小物体 5 次；⑨流动水中洗手 1 分钟；⑩1 小时终末去除收集装置并称重。

结果判断：轻度：1 小时漏尿 $\leq 1\text{g}$ ；中度： $1\text{g} < 1$ 小时漏尿 $< 10\text{g}$ ；重度： $10\text{g} \leq 1$ 小时漏尿 $< 50\text{g}$ ；极重度：1 小时漏尿 $\geq 50\text{g}$ 。

B4 常用压力性尿失禁的分型方法

0 型压力性尿失禁：典型压力性尿失禁病史，但临床和尿动力学检查未能显示尿失禁，影像尿动力学示膀胱颈近端尿道位于耻骨联合下缘上方，应力状态下膀胱颈近端尿道开放并有所下降。

I 型：在应力状态下出现漏尿，膀胱底部下移 $< 2\text{cm}$ 。

II 型：在应力状态下出现漏尿，膀胱底部下移 $> 2\text{cm}$ 。

IIA 型：膀胱底部下移在应力状态下出现者。

IIB 型：膀胱底部下移在静息状态下就出现者。

III 型：在静息期膀胱充满时，膀胱颈和近段尿道就已经处于开放状态，可伴有或不伴有下移。

II 型真性压力性尿失禁（genuine stress incontinence, GSI）与尿道过度移动有明显的关系。

I 型和 III 型 GSI 意味着不同程度的 ISD。最大尿道闭合压（maximum urethral closure pressure, MUCP） $< 30\text{cmH}_2\text{O}$ 提示为 ISD 型。

B5 女性盆底疾病 POP-Q 评分表（pelvic organ prolapse quantification）

Aa 点：阴道前壁处女膜上缘 3cm。变化范围 $-3\text{cm} \sim +3\text{cm}$ 。

Ba 点：Aa 点以上阴道前壁最低点。变化范围 $-3\text{cm} \sim$ 阴道全长。

C 点：宫颈或宫颈阴道疤痕最低点。变化范围 $-10\text{cm} \sim +10\text{cm}$ 。

D 点：后穹隆高点（子宫保留时）。

Ap 点：阴道后壁处女膜上缘 3cmbs 变化范围 $-3\text{cm} \sim +3\text{cm}$ 。

Bp 点：Ap 点以上阴道后壁最低点。变化范围 $-3\text{cm} \sim$ 阴道全长。

生殖器裂孔（genital hiatus, gh）：尿道外口至处女膜后缘距离。

会阴体距离（perineal body, pb）：处女膜后缘到肛门口距离。

阴道全长（total vaginal length, tvl）：C 点或 D 点在正常位置时的阴道长度。

根据 POP-Q 评分进行分级：

0 级：Aa、Ap、Ba、Bp $\leq -3\text{cm}$ ，C 或 D $\leq -(\text{TVL}-2)\text{cm}$ 。

I 级：大于 0 级，但最低点 $\leq -1\text{cm}$ 。

II 级： $-1\text{cm} \leq$ 最低点 $\leq +1\text{cm}$ 。

III 级： $+1\text{cm} \leq$ 最低点 $\leq +(\text{TVL}-2)\text{cm}$ 。

IV 级：最低点 $\geq +(\text{TVL}-2)\text{cm}$ 。

参考文献

- [1] 黄健. 中国泌尿外科和男科疾病诊断治疗指南[M]. 北京:科学出版社, 2019:388-391.
- [2] 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(02):98-101.
- [3] 朱兰, 孙智晶. 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(05):289-293.
- [4] Zhang L, Zhu Xu T, et al. A Population-based survey of the Prevalence, potential risk Factors, and symptom-specific bother of lower urinary tract symptoms in adult Chinese women[J]. Eur Urol, 2015, 68(1):97-112.
- [5] Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC Study[J]. Eur Urol, 2006, 50(6):1306-1314.
- [6] Al-Mukhtar Othman J, Akervall S, Milsom I, et al. Urinary incontinence in nulliparous women aged 25-64 years: a national survey [J]. Am J Obstet Gynecol, 2017, 216(2):149.
- [7] 李七一主编. 中医老年病学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009. 09.
- [8] 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):2.
- [9] 葛宏发, 李慎勤主编. 泌尿外科疾病诊断和鉴别诊断 第2版[M]. 北京:人民卫生出版社, 1988. 08.
- [10] 姚榛祥主编. 外科症状鉴别诊断[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2004. 11.
- [11] 卞度宏著. 妇产科症状鉴别诊断[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2010. 01.
- [12] 罗德毅, 沈宏. 女性尿失禁的诊断与鉴别诊断[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2017, 33(10):1002-1005.
- [13] 谷现恩. 尿失禁 第4讲混合型压力性/急迫性尿失禁、充盈性尿失禁[J]. 中国临床医生, 2004(08):25.
- [14] 邹纯纯, 赵霞. 金匮肾气丸加味联合生物反馈电刺激治疗女性压力性尿失禁的临床观察. 浙江临床医学, 2020. 22(2):250-252.
- [15] 于明杰, 梁学梅, 易虎, 等. 麻黄附子细辛汤治疗老年妇女压力性尿失禁的临床效果分析[J]. 中国妇幼保健, 2020, 35(19):3526-3529.
- [16] 苏笑, 加味补中益气汤联合生物反馈治疗气虚型产后压力性尿失禁的临床研究, 2019, 山东中医药大学.
- [17] 陈丹, 吴春晓, 林妙珊. 补中益气汤联合电刺激治疗中老年女性压力性尿失禁临床研究[J]. 深圳中西医结合杂志, 2020, 30(18):33-35.
- [18] 梅雪峰, 夏雨果, 田英, 等. 补中益气汤加味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(08):64-66.
- [19] 丁毅, 赵建华, 翟新宇. 补中益气汤联合酒石酸托特罗定治疗女性压力性尿失禁的疗效观察[J]. 世界中医药, 2017, 12(04):783-785.
- [20] 舒芳芳等. 补中益气汤联合盆底肌训练治疗女性压力性尿失禁临床疗效的 Meta 分析. 护理学, 2021. 10(6):11.
- [21] 崔建锋, 阮巧姿. 醒脾升陷汤联合盆底肌训练治疗女性压力性尿失禁 22 例[J]. 河南中医, 2012, 32(04):447-448.
- [22] 赵鑫, 刘莉君. 加味补中益气汤对女性压力性尿失禁的影响[J]. 当代医学, 2020, 26(18):128-129.
- [23] 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动力学参数的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(23):2559-2562.
- [24] 时建华. 巩堤汤联合 PFMT 治疗女性脾肾亏虚型轻中度压力性尿失禁的临床研究[D]. 北京中医药大学, 2018.
- [25] 邵魁卿, 高瞻, 沈建武, 等. 芪实颗粒联合盆底肌训练对女性轻中度压力性尿失禁患者尿失禁问卷表简表评分、尿失禁生活质量量表评分的影响[J]. 中国医院用药评价与分

- 析, 2019, 19(06):696-698+701.
- [26]高虹, 邹科, 张广敏, 等. 芪实颗粒联合盆底肌训练治疗女性轻中度压力性尿失禁的临床观察[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(08):1939-1942.
- [27]张林. 芪实颗粒联合 Kegel 训练治疗女性中度 SUI 疗效观察及转归[D]. 中国中医科学院, 2018.
- [28]张春梅. 天台乌药散加减治疗女性压力性尿失禁的临床研究[J]. 中国现代医生, 2017, 55(30):131-133+142.
- [29]缪雪钦, 王红日, 高美云, 等. 金匱肾气丸联合盆底生物反馈治疗肾虚型产后压力性尿失禁临床研究[J]. 康复学报, 2021, 31(03):222-227.
- [30]胡静, 袁明. 仿生物电技术联合补中益气颗粒在产后压力性尿失禁的应用研究[J]. 时珍国医国药, 2020, 31(08):1930-1931.
- [32]徐攀. 生物反馈电刺激联合补中益气丸治疗绝经后女性压力性尿失禁临床研究[J]. 新中医, 2020, 52(12):48-50.
- [32]王肃敬, 胡春峰. 超声评估补中益气丸治疗产后压力性尿失禁的临床疗效[J]. 徐州医科大学学报, 2020, 40(02):118-121.
- [33]刘水清清, 叶平. 补中益气颗粒联合生物反馈盆底肌训练治疗产后压力性尿失禁的疗效及对尿动力学指标水平影响[J]. 中华中医药学刊, 2020, 38(10):202-205.
- [34]姚嵩梅, 薛君来, 高永梅. 补中益气丸治疗女性压力性尿失禁临床疗效观察[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(15):3037-3039.
- [35]徐扬, 刘娟, 赵玲, 等. 补中益气丸配合盆底功能锻炼在治疗产后压力性尿失禁的疗效分析[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(23):168-169.
- [36]黄艺, 刘军楹, 周文强. 基于生物电反馈研究不同取穴方法针刺对产后压力性尿失禁患者的影响[J]. 中医药通报, 2022, 21(08):17-19+43.
- [37]陈慧杰, 李保龙, 李宇婷, 张春艳. 浮针结合 Kegel 训练治疗女性压力性尿失禁临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2021, 37(10):19-23.
- [38]王喜凤, 刘丹, 谭曾德, 等. 以足运感区针刺为主结合盆底肌训练治疗女性轻中度压力性尿失禁的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(20):2198-2202.
- [39]马粉香. 针刺联合电刺激生物反馈治疗压力性尿失禁的临床研究[D]. 新疆医科大学, 2021.
- [40]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(06):109-112.
- [41]朱路文, 张继瑶, 李健. 针刺配合盆底肌训练治疗产后早期压力性尿失禁的疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2020, 39(07):840-843.
- [42]田苗利, 郭磊. 针灸辅助治疗围绝经期妇女压力性尿失禁疗效观察[J]. 人民军医, 2019, 62(04):343-345+352.
- [43]李莉, 高慧娟, 张庆蔚, 等. 针刺干预辅助盆底肌训练治疗产后压力性尿失禁临床观察[J]. 云南中医学院学报, 2018, 41(04):73-75.
- [44]王子臣, 杨晓锋, 左晓玲, 等. 沈氏芒针治疗女性压力性尿失禁的临床研究[J]. 河北中医药学报, 2019, 34(01):34-36.
- [45]严春红, 黄慧, 俞秋波, 等. 针刺联合盆底肌训练治疗产后压力性尿失禁临床研究[J]. 新中医, 2019, 51(02):217-219.
- [46]杨明, 叶和松, 秦远, 等. 针灸联合生物反馈治疗女性轻中度压力性尿失禁[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2018, 24(03):290-293.
- [47]孙利, 魏兆莲. 针灸与康复理疗联合盆底肌锻炼治疗产后早期压力性尿失禁[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(04):828-830.
- [48]陈卓伟, 王敦建, 袁瑗芹. 针刺夹脊穴配合盆底肌功能锻炼治疗产后压力性尿失禁疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2017, 36(03):308-311.
- [49]王晓凤, 吴淑华, 安静. 盆底肌训练配合针灸治疗女性压力性尿失禁的临床研究[J]. 护理研究, 2011, 25(18):1656-1657.
- [50]王燕丽, 位珍珍, 王麟鹏. “老十针” 加减方治疗中老年女性轻中度压力性尿失禁临床研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2021, 28(06):100-103.

- [51]方盛,时宽,吕晓丹.头体针对女性轻、中度单纯性压力性尿失禁的临床疗效观察[J].浙江中医药大学学报,2021,45(01):79-82.
- [52]叶丁纯.头体针配合治疗绝经后女性压力性尿失禁的临床研究[D].长春中医药大学,2013.
- [53]王海军,曹玉霞,姬俊强,等.“秩边透水道”针法治疗女性压力性尿失禁:随机对照研究[J].中国针灸,2020,40(10):1061-1064.
- [54]陈宁.盆底功能障碍治疗仪结合温针灸治疗女性压力性尿失禁临床疗效评价[J].中国医疗设备,2019,34(S2):7+19.
- [55]陈艳明,董玉喜,易姣姣.温针灸治疗女性压力性尿失禁30例临床观察[J].湖南中医杂志,2019,35(06):69-70.
- [56]何鸳,柳玲,董卫涛,等.实时三维盆底超声对温针灸联合盆底肌锻炼治疗女性压力性尿失禁的疗效评估[J].临床超声医学杂志,2018,20(12):823-825.
- [57]刘首一.温针灸治疗女性肾气不固型压力性尿失禁的临床疗效观察[D].黑龙江中医药大学,2016.
- [58]王晓宇.电针结合浮针治疗女性压力性尿失禁的临床疗效观察[D].新疆医科大学,2021.
- [59]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(06):46-52.
- [60]Xiuhua Lai, Jiapeng Zhang, Jing Chen, et al. Is electroacupuncture safe and effective for treatment of stress urinary incontinence in women? A systematic review and meta-analysis[J]. The Journal of international medical research, 2020, 48(10).
- [61]Zhong Yajing, Song Yang, Zeng Fanzhu, et al. Effectiveness of electroacupuncture for female stress urinary incontinence: a systematic review and Meta-analysis[J]. Journal of Traditional Chinese Medicine, 2020, 40(05):707-720.
- [62]李娜.电针联合盆底肌肉锻炼治疗女性压力性尿失禁效果Meta分析[J].新中医,2019,51(08):208-211.
- [63]张小晋,范轶斌,王秋月,等.电针阴部神经刺激疗法与常规电针疗法治疗产后压力性尿失禁的疗效比较[J].上海中医药杂志,2021,55(09):45-49.
- [64]孙兴华,武文鹏,赵静,等.针刺联合盆底功能训练治疗女性压力性尿失禁对漏尿量及尿动力学影响的临床研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2021,42(13):1126-1129.
- [65]吴婷.电针联合盆底肌训练治疗女性压力性尿失禁的疗效观察及对盆底功能的影响[D].福建中医药大学,2021.
- [66]黄慧,俞秋波,严春红,等.电针联合凯格尔运动治疗产后压力性尿失禁临床研究[J].新中医,2020,52(05):118-120.
- [67]费凌志,王晓颖,张海峰.头针结合骶四针治疗女性压力性尿失禁临床研究[J].新中医,2020,52(01):142-145.
- [68]陈驹(Chan Kui).赖氏通元针法治疗女性压力性尿失禁的临床研究[D].广州中医药大学,2019.
- [69]侯文光,明树人,汤康敏,等.电针对轻、中度女性压力性尿失禁的防治效应研究[J].上海针灸杂志,2017,36(08):956-959.
- [70]薛宁,夏兆新,朱栋华.腹针疗法加低频电刺激结合盆底肌训练治疗女性压力性尿失禁的临床研究[J].上海中医药杂志,2016,50(08):54-57.
- [71]陈利,张海峰,费凌志,头针联合“骶四针”治疗女性压力性尿失禁的超声评价.浙江临床医学,2022,24(4):534-536.
- [72]徐蕾等.电针深刺八髎穴治疗女性压力性尿失禁的临床观察.针灸推拿医学(英文版),2020,18(2):111-115.
- [73]王小云等.电针或穴位埋线联合盆底肌生物反馈训练治疗压力性尿失禁的疗效观察.中华物理医学与康复杂志,2016,38(08):615-617.
- [74]马提雅 MwaseMatia.电针和盆底肌训练治疗女性单纯性压力性尿失禁疗效比较,2016,南京中医药大学.
- [75]苏同生,刘保延,刘志顺,等.电针与盆底肌训练治疗女性压力性尿失禁多中心随机对照试验[J].中医杂志,2021,62(05):414-418.

- [76]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(02):200-205.
- [77]柳向荣,臧志伟,李晓玲,等.电针中髎、会阳治疗女性压力性尿失禁疗效观察[J].中国中医基础医学杂志,2016,22(07):955-957.
- [78]洪领俊,赵晋.电针阴部神经刺激疗法治疗压力性尿失禁的临床观察[J].中华中医药杂志,2016,31(07):2857-2860.
- [79]程楚.电针与盆底肌训练治疗女性单纯压力性尿失禁临床疗效比较[D].安徽中医药大学,2016.
- [80]陈云霄,马睿杰.电针会阳、中髎穴结合头针治疗女性压力性尿失禁临床观察[J].上海针灸杂志,2015,34(12):1159-1161.
- [81]周竞.电针和盆底肌训练治疗女性压力性尿失禁疗效比较研究[D].陕西中医药大学,2015.
- [82]郑慧敏,徐世芬,尹平,等.电针治疗轻中度女性压力性尿失禁的近远期疗效观察[J].世界中西医结合杂志,2015,10(02):191-193+209.
- [83]陈申旭,张馥晴,汪司右.电针阴部神经刺激疗法治疗女性压力性尿失禁临床研究[J].针灸临床杂志,2014,30(03):5-8.
- [84]Xu Huanfang,Liu Baoyan,Wu Jiani et al.A Pilot Randomized Placebo Controlled Trial of Electroacupuncture for Women with Pure Stress Urinary Incontinence.[J].PLoS One,2016,11:e0150821.
- [85]Liu Zhishun,Liu Yan,Xu Huanfang,et al.Effect of Electroacupuncture on Urinary Leakage Among Women With Stress Urinary Incontinence:A Randomized Clinical Trial.[J].JAMA,2017,317:2493-2501.
- [86]Wang Weiming,Liu Yan,Sun Shaoxin,et al.Electroacupuncture for postmenopausal women with stress urinary incontinence: secondary analysis of a randomized controlled trial.[J].World J Urol,2019,37:1421-1427.
- [87]王千怀,王杰,武峻艳.电针治疗女性单纯性压力性尿失禁的临床研究[J].世界中西医结合杂志,2021,16(04):693-695.
- [88]赵雨薇.电针减少中重度女性压力性尿失禁次数[D].北京中医药大学,2019.
- [89]汤康敏,沈睿,江帆,等.针刺治疗女性单纯性压力性尿失禁临床疗效评价[J].上海针灸杂志,2016,35(12):1439-1441.
- [920]河恩惠,陈胤希,田鸿芳,等.电针治疗女性压力性尿失禁不同针刺疗程的疗效观察[J].中国针灸,2016,36(04):351-354.
- [91]金良夏(Kim Yangha).电针治疗女性单纯性压力性尿失禁的远期疗效评价[D].南京中医药大学,2015.
- [92]许焕芳,杜若桑,莫倩,等.电针治疗女性轻中度压力性尿失禁有效性的 I 期临床研究[J].中华中医药杂志,2014,29(12):3755-3758.
- [93]束彦页.电针治疗女性单纯性压力性尿失禁有效性及安全性的临床观察[D].南京中医药大学,2014.
- [94]王伟,姜义明,王蓉,等.电针治疗轻中度女性压力性尿失禁疗效观察[J].上海针灸杂志,2016,35(01):47-49.
- [95]于春晓,张东磊,陈朝明.电针联合盆底肌训练治疗女性压力性尿失禁 38 例临床观察[J].江苏中医药,2017,49(06):51-53.
- [96]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(08):1485-1490.
- [97]苏婉祯,钟伟泉,唐纯志.“八髎穴”配合 Kegel 运动治疗女性压力性尿失禁的临床研究[J].中医药导报,2019,25(06):106-107+115.
- [98]史金环.电针治疗压力性尿失禁的临床研究[D].黑龙江中医药大学,2007.
- [99]余芳芳.艾灸结合盆底肌训练治疗女性轻中度压力性尿失禁的临床观察,2019,陕西中医药大学.
- [100]王夏.艾灸治疗女性轻中度单纯性压力性尿失禁的临床疗效观察,2017,陕西中医药大学.
- [101]杨鹏程,热敏灸联合盆底肌训练治疗女性轻中度压力性尿失禁的临床观察,2020,陕西

中医药大学.

[102]李春梅,周娟华,蒋露霞,等.盆底功能障碍治疗仪联合雷火灸八髎穴护理干预在女性压力性尿失禁患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(18):134-136.

[103]刘锦辉.艾灸联合生物反馈电刺激治疗产后压力性尿失禁的临床观察[D].福建中医药大学,2020.

[104]李秋凤.任脉灸配合盆底肌训练治疗女性压力性尿失禁的临床观察[D].长春中医药大学,2020.

[105]蒋莉,息金波,刘冬,等.盆底肌功能训练联合艾灸关元穴治疗女性压力性尿失禁的临床研究[J].世界中医药,2019,14(11):3058-3062.

[106]张鼎,安军明,王夏,等.艾灸联合盆底肌训练对女性单纯压力性尿失禁患者尿失禁严重指数的影响[J].河南中医,2019,39(01):117-121.

[107]王艳,董传菲,宫双,等.艾灸加生物反馈电刺激结合运动疗法治疗女性轻中度压力性尿失禁的临床研究[J].针灸临床杂志,2018,34(10):1-5.

[108]彭玉勃,孙丹,黄敬文,等.俞募配穴艾灸法为主治疗女性压力性尿失禁的疗效观察[J].上海针灸杂志,2018,37(07):773-776.

[109]胡丹,邓鹏,焦琳,等.热敏灸联合Kegel锻炼疗法治疗女性压力性尿失禁疗效观察[J].针刺研究,2017,42(04):338-341.

[110]陈丽.艾灸联合生物反馈与电刺激治疗女性压力性尿失禁的临床观察[D].湖北中医药大学,2017.

[111]李莎.隔盐灸神阙穴为主治疗女性肾虚型压力性尿失禁的临床研究[D].广州中医药大学,2016.

[112]肖春风等.艾灸关元穴治疗老年女性压力性尿失禁30例.国际中医中药杂志,2013.35(05):442.

[113]王佳,姚婷婷,周倩,等.针灸联合Kegel盆底肌训练对产后压力性尿失禁患者盆底肌肌力、尿失禁次数及性生活质量的影响[J].解放军医药杂志,2021,33(11):101-104.

[114]张晨,息金波,骆睿翔,等.腹针、艾灸联合盆底肌训练治疗女性压力性尿失禁60例临床研究[J].江苏中医药,2021,53(07):44-47.

[115]陈艳明.针灸调经督任法治女性压力性尿失禁疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2020,29(14):1517-1521.

[116]陈志珍,柴晟,谢蔚.培补肾气针灸法对女性轻中度压力性尿失禁患者尿动力学参数及生活质量的影响[J].中国药物与临床,2020,20(03):463-465.

[117]张春敏.盆底康复训练联合针灸对产妇产后压力性尿失禁及盆底肌力的影响[J].中国妇幼保健,2018,33(09):1975-1978.

[118]王琳琳,任志欣,朱敬云,等.电针联合透灸治疗产后压力性尿失禁疗效观察[J].中国针灸,2019,39(06):599-603.

[119]冯春雨,孟珊.穴位针灸疗法联合盆底康复治疗仪对高龄产后压力性尿失禁患者盆底功能及预后的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(20):2230-2233.

[120]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(04):464-470.

[121]彭英克,赵莉.针药结合治疗女性压力性尿失禁临床研究[J].中医学报,2013,28(01):142-143.

[122]龚晓娟,廖奕歆,俞勋甫.温肾固涩贴敷治疗女性压力性尿失禁[J].现代中医临床,2017,24(04):39-42.

[123]曾镜祥.中药穴位敷贴治疗产后气虚型压力性尿失禁的临床研究[D].广州中医药大学,2014.

[124]王丽珍,王江,胡利.固泉贴治疗女性压力性尿失禁疗效观察[J].护理研究,2013,27(26):2881-2882.

[125]王小云等.电针或穴位埋线联合盆底肌生物反馈训练治疗压力性尿失禁的疗效观察.中华物理医学与康复杂志,2016.38(08):615-617.

[126]黄好,贾虹,万锐杰,等.生物反馈电刺激联合穴位埋线对轻中度盆底损伤康复的研究与应用[J].中国性科学,2020,29(12):78-81.

- [127] 庞秋实. 传统提肛运动联合健康指导改善女性 SUI 生活质量的临床疗效观察[D]. 北京中医药大学, 2019.
- [128] 林红, 王旭东. 传统提肛运动对女性压力性尿失禁的康复作用观察[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(12): 3542-3544.
- [129] 李敏, 曹彦明, 高宝山. 健康宣教及心理疏导在老年女性压力性尿失禁患者生物反馈治疗中的应用[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(4): 3.
- [130] 李欣洁, 关永辉, 李晓东, 等. 盆底电刺激生物反馈联合心理行为干预治疗女性压力性尿失禁[J]. 现代泌尿外科杂志, 2019, 24(4): 280-283.
- [131] 祝青, 林色奇, 查青林, 等. 基于中医饮食养生探讨肥胖症的预防调摄[J]. 江西中医药, 2022, 53(08): 8-11.
- [132] 何静之. 中医调摄方法联合生化汤合补中益气汤加减在早期干预产后盆底肌康复的临床疗效研究[D]. 浙江中医药大学, 2015.
- [133] 陈薇, 方赛男, 刘建平. 基于证据体的中医药临床证据分级标准建议[J]. 中国中西医结合杂志, 2019, 39(03): 358-364.