



引言

今期通訊已是第八期了，回想本會當初成立中醫診所的初衷，是應政府的號召，推廣中醫藥。我們定下了三個目標，這三個目標都在我們的診所名字上有明確的表明，就是教、研、診。

在「教」的方面，每年本會都能招收八名應屆畢業中醫師作臨床培訓，在三年有計劃的培訓中，造就了多位博士及碩士，雖不能說非常成功，但成績有目共睹。在「診」症方面，本會已成功開辦共四間中醫診所，每年提供過二十萬人次服務，可是在「研」卻少有成績。出版本通訊的原意是希望推動研究而供之與世的作用。可是我們資深醫師並未參與，更何況領導發展現代企業，科學的成功有賴於科研，是世人公認的事實，本會資深醫師未能參與科研，本人深感遺憾。

本期的五位作家有共同議題「失禁」，王婉妮醫師的藥方沒有份量，林錦青醫師的文章並未提供療法，廖冠雄醫師的文筆平易閱讀，梁靜知醫師寫的是一篇很好的讀書報告，周艷秀醫師頗創意的作出中西醫結合比較詳細。

為了將「研」推上一層，本人已提出本會健康教育中心舉辦統計學予中醫師，本人將與資深醫師作深層次的分析以尋找本會的「強項」、「弱點」、「機會」及「挑戰」，從而訂下研發的目標及計劃，希望各位支持。

藍義方先生

香港防癆心臟及胸病協會

董事會主席



編輯委員會名單

督印人

藍義方先生

醫務編輯

談依菱博士

馬俊豪博士

項目統籌

朱遠婷醫師

李樂怡醫師

劉浩基先生

劉樂善小姐

本期作者

王婉妮醫師

林錦青醫師

廖冠雄醫師

梁靜知醫師

周艷秀醫師

中醫治療尿失禁的研究進展 — 王婉妮醫師

尿失禁 (SUI) 是近年來普遍的健康問題，尤其在女性中更為常見。根據研究^[1]，女性的尿失禁發病率可達 17% 至 60%。在香港，女性的發病率介於 13% 至 21% 之間，且隨著年齡的增長，發病風險顯著增加。女性的尿失禁大部分屬於壓力性尿失禁，通常由於分娩時盆底肌肉受損，導致尿道括約肌鬆弛。男性尿失禁主要見於中老年，常見病因包括前列腺炎和前列腺增生等。此外，神經系統疾病，如中風或脊柱損傷等，也可導致尿失禁的後遺症。本文將探討中醫在尿失禁治療中的應用與研究進展。

尿失禁的治療方法

尿失禁的治療方法中，最常用的是凱格爾盆底康復訓練法，該方法通過有意識地收縮陰道以增強盆底肌肉的血供和肌力，從而提高尿道阻力和小便控制能力。近年來，多項研究顯示中醫療法，包括中藥、針灸治療與盆底康復訓練的結合，在臨床應用中具有顯著的療效，且能有效改善尿失禁患者的生活質量。

中藥療法

根據山東中醫大學附屬臨沂市中醫院潘振亮等^[2]的研究，用健脾益腎方(包含炙黃芪 30 克、黨參 15 克、白術 15 克、甘草 6 克、升麻 6 克、柴胡 6 克、熟地 15 克、山藥 20 克、山萸肉 20 克、益智仁 30 克、烏藥 6 克、覆盆子 30 克、桑螵蛸 15 克等。辨證加減，脾虛重者加芡實 15 克、金櫻子 20 克，腎虛重者加枸杞子 10 克、菟絲子 20 克，伴有濕熱者加瞿麥 30 克、竹葉 6 克)對 60 例中老年中度壓力性尿失禁(SUI)患者進行了治療。研究使用尿失禁問卷簡表(ICI-Q-SF)評分、1h 尿墊試驗，記錄尿墊增重數量、紀錄盆底肌肌電活動情況等三項指標進行觀察。結果顯示，採用中藥治療組的效果在三項指標中都顯著高於採取盆底肌訓練組 ($P < 0.01$)。

黃鷹等^[3]觀察益氣補腎湯配合盆底肌訓練治療女性壓力性尿失禁的臨床療效。75 例女性 SUI 患者被隨機分為兩組：對照組 38 例接受盆底肌鍛煉，治療組 37 例則採用益氣補腎湯(配方包括黨參 15 克、覆盆子 15 克、炙黃芪 10 克、白術 10 克、菟絲子 10 克、五味子 10 克、桑螵蛸 10 克、柴胡 10 克、升麻 10 克、當歸 10 克及炙甘草 6 克)結合盆底肌鍛煉進行治療。結果顯示，治療組的總有效率為 94.59%，而對照組為 73.68%。研究表明，中藥聯合盆底肌訓練能有效增加患者的陰道壓力，改善盆底肌的肌力狀況，提高尿動力學水平，延長功能性尿道長度及排尿時間。

甘肅省康復中心醫院楊小霞等^[4]的一項研究中，將 2017 年 6 月至 2020 年 6 月期間收治的 200 例脊髓損傷尿失禁患者被分為觀察組和對照組各 100 例。觀察組採用補中益氣湯合真武湯加減聯合膀胱功能訓練進行尿失禁治療，藥物組成包括黃芪 20 克、黨參、陳皮、金櫻子、炒白芍、當歸、白術、續斷、桂枝及茯苓各 15 克，甘草、肉桂、蒸附片、升麻各 10 克。治療後，觀察組的 I-QOL (尿失禁生存質量表) 評分顯著高於對照組，而 ICI-Q-SF (國際尿失禁諮詢委員會問卷量表) 評分則顯著優於對照組。經濟學評價顯示，觀察組的花費低於對照組，顯示中藥聯合膀胱功能訓練在治療脊髓損傷尿失禁患者中不僅能顯著提高生活質量，還具有較低的治療成本，顯示良好的經濟效益。

針灸療法

黑龍江中醫藥大學第二附屬醫院朱路文等^[5]研究中，將 100 例產後早期 SUI 患者分為治療組和對照組各 50 例。治療組採用針刺結合盆底肌訓練法，針刺選取中極、子宮、氣海、關元等穴位；對照組則僅進行單純的盆底肌訓練。結果顯示，治療組的總有效率為 94.0%，而對照組為 74.0%。此外，治療組在臨床療效、尿墊試驗、盆底肌肌力值、ICI-Q-SF 評分等方面均顯著優於對照組，表明針刺結合盆底肌訓練法在改善產後早期 SUI 患者的症狀和生活質量方面效果顯著。

杭州市第一人民醫院泌尿外科洪媚等^[6]的研究中，232 例因良性前列腺增生接受經尿道鈦激光前列腺剷除術 (HoLEP) 的患者中，有 60 例術後出現壓力性尿失禁，並隨機分為治療組和對照組，各 30 例。對照組接受常規的盆底肌功能訓練，而治療組在此基礎上增加了電針和自製隔藥餅灸的治療。結果顯示，治療組的治癒率為 60.0%，總有效率為 93.3%；對照組的治癒率為 33.3%，總有效率為 73.3%。這表明針灸結合盆底肌功能訓練對前列腺術後壓力性尿失禁的治療效果優於單純的盆底肌訓練。

長春中醫藥大學附屬醫院鄭鵬等^[7]的研究對象為中風後尿失禁患者，共選取 60 名符合標準的受試者，其中男性 40 人，女性 20 人，平均年齡 66.95 歲。治療組採用中藥加針刺和艾灸等中醫綜合療法，聯合西醫的盆底肌訓練及排尿功能訓練進行康復。結果顯示治療組的有效率為 60%，而對照組僅為 10%。這些研究結果顯示了中醫治療尿失禁的潛在價值，值得在臨床上進一步推廣。

結論

綜上所述，中醫在治療不同病因所繼發的尿失禁研究中，顯示了良好的臨床效果。筆者在臨床上亦經常使用益氣補腎法治療單純老年性尿失禁，在沒有配合盆底肌功能訓練的情況下，服用中藥 1-3 個月不等，能有效改善症狀；而繼發性尿失禁，則以中藥加針灸等綜合療法，配合盆底肌功能訓練為佳。因此，中醫療法在改善尿失禁患者的症狀和生活質量方面，有其獨特的價值。

參考資料

1. 香港港安醫院(2024), 尿失禁, <https://www.hkaha.org.hk/tc/conditions-and-treatments/urinary-incontinence>
2. 潘振亮,唐明,李明國,基於脾腎論治的健脾益腎法治療中老年女性中度壓力性尿失禁的療效觀察[J].黑龍江科學, 2021, 12(08):48-50.
3. 黃鷹.益氣補腎湯配合盆底肌鍛練治療女性壓力性尿失禁 37 例療觀察[J].湖南中醫雜誌,2016,32(10):73-74.
4. 楊小霞,于慧金,軍弟等.中醫治療脊髓損傷尿失禁的衛生經濟學評價[J].西部中醫藥,2023,36(3):86-90
5. 朱路文,張繼瑤,李健.針刺配合盆底肌訓練治療產後早期壓力性尿失禁的療效觀察[J].上海針灸雜誌,2020,39(7):840-43.
6. 洪媚,宋雙臨,謝璽等.針刺配合盆底肌功能訓練治療良性前列腺增生術後壓力性尿失禁療效觀察[J].上海針灸雜誌,2020,39(2):206-211.
7. 鄭鵬,張悅,張影等.中醫綜合康復療法治療中風後尿失禁的臨床研究[J].長春中醫藥大學學報,2019,35(4):743-746.

王婉妮醫師簡介

- 香港註冊中醫師
- 香港中文大學中醫學學士
- 現職於香港防癆會—香港大學中醫診所暨教研中心(南區)

中醫探討尿失禁的病因病機 — 林錦青醫師

尿失禁為膀胱及尿道功能障礙疾病，主要表現為患者在清醒狀態下小便失於控制而流出，或在一些動作或刺激下小便自行流出。此病屬於中醫「遺尿」、「遺溺」、「小便失禁」等範疇，最早見於《內經》時期^[1]。尿失禁除了為患者生活上帶來不便，亦為其帶來心理壓力，影響身心健康。不少古代文獻都有記載有關尿失禁的內容，本文將綜合分析不同文獻論述尿失禁的病因病機。

從病位而論

尿失禁的主要病位在膀胱，其病因病機亦於肺、脾、肝、腎、三焦關係密切。

膀胱氣化失常

《素問·宣明五氣》首次提到「遺溺」一病，其中提及「膀胱不利為癃，不約為遺溺」^[2]。《素問·脈要精微論》亦記載「水泉不止者，是膀胱不藏也」和《太平聖惠方·治遺尿諸方》也提及「夫遺尿者，此由膀胱虛冷，不能制約水故也」皆指出尿失禁的病位在膀胱，而膀胱失於約束為小便自行流出的主要病機^[3]。膀胱主氣化，為貯存和排泌尿液的臟腑。《黃帝內經·靈樞·經脈》指出「膀胱者，州都之官，津液藏焉，氣化則能出矣」，即膀胱的氣化功能正常，才能有效地貯存和排泌尿液，故各種原因導致膀胱氣化功能失常，都可導致尿失禁。

腎氣虛不攝，腎陽虛不溫

腎主水，司二便，其功能失常亦是導致尿失禁的其一病因。《素問·痺論》提出「淫氣遺溺，痺聚在腎」。《奇效良方·遺溺失禁》亦提及「又腎屬水，合膀胱表裏，膀胱為水之府，水注於膀胱...若心腎氣虛，陰道衰冷，傳送失度，必遺尿失禁」，指出腎氣虛衰，固攝無力，小便失司而失禁^[3]。《諸病源候論·小便不禁候》提到「小便不禁者，腎氣虛，下焦受冷也...不能溫制其水液，故小便不禁也」，指出除腎氣虛外，腎陽不足亦可導致尿失禁。腎陽虛衰，命門火衰，不能溫陽利水，導致膀胱氣化無權而遺溺^[2]。

脾虛不運，中虛不固

《素問·經脈別論篇》記載「飲入於胃，游溢精氣，上輸於脾，脾氣散精，上歸於肺，通調水道，下輸膀胱」，可見脾胃主運水液，若脾運功能失常，人體水液代謝受阻，進而影響津液輸布及排泄^[4]。《脈經·胃足陽明經病證》提到「趺陽脈虛則遺溺」，《醫學心悟》亦提到「中氣虛則不能統攝以致遺溺」指出脾胃虛弱，中氣不足，無法有效運化和固攝水液，從而導致尿失禁^[3]。

肺失宣降

《醫貫》提到「肺主氣，以下降生水，則下輸膀胱者」，可見肺為水之上源，主一身之氣，有通調水道，下輸膀胱的功能，與尿液排泄有著密切關係。《雜病源流犀燭》提及「肺虛則不能為氣化之主，故溺不禁也」，指出肺氣虛弱，氣不布津，通調失司，水液無以下輸膀胱而導致小便失禁^[3]。

肝失疏泄

《靈樞·經脈》提到「肝足厥陰之脈...是主肝所生病者...遺溺，癃閉」。《黃帝內經靈樞集注》亦提到「肝

主疏泄。肝氣盛而熱，故遺溺也」指出肝主疏泄，其疏泄功能失調，氣機不暢則影響津液氣化及輸布，導致小便失禁^[3]。

三焦運化失調

《類經》記載「三焦氣治，則脈絡通而水道利」，三焦為氣血津液的運行通道，其氣化功能依賴肺脾腎三臟維持，若三焦氣化失常，肺脾腎對全身津液輸布的協調則失衡，導致膀胱疏泄失司而生遺溺^[1]。

從虛實而論

尿失禁的病機分虛實兩端，但以虛證為主。《靈樞·本輸》提到「實則癃閉，虛則遺溺」，指出虛為小便失禁的主要原因。古代文獻中提及的亦多以不同臟腑虧虛的病機為主，如《靈樞·經脈》提到的「手太陰之別...病虛則欠缺，小便遺數」，指出尿失禁與肺虛相關；《靈樞》提到的「中氣不足，溲便為之變」指出脾胃中虧，清陽不升為尿失禁的病機^[2]；《金匱要略》提到的「下焦竭，即遺溺失便，其氣不和，不能自禁制」指出下焦虧竭，津液代謝失常而導致尿失禁的病機。尿失禁的實證病因病機則主要與濕熱及瘀熱有關，《醫學六要·遺尿》記載「下部濕熱太盛，迫水妄行」，指出濕熱蘊結於下焦迫水妄行是導致尿失禁的病因病機。瘀熱導致小便失禁的病因病機則是因為血熱互結於下焦，少腹氣血受阻，影響膀胱氣化功能而致^[1]。

從寒熱而論

金元以前的文獻對於尿失禁的病因病機論述沒有涉及熱證，是由劉河間首次提出「此系熱證，不可不知」，其在《素問玄機原病式》中提到的「熱甚客於腎部，干於足厥陰之經，挺孔郁結，甚而氣血不能宣通，則痿痺，神無所用，故津液滲入膀胱，而漩溺遺失，不能收禁」，初步形成了尿失禁熱證的病機。《明醫雜著》提到的「小便不禁或頻數，古方多以為寒，而用溫澀之藥，殊不知屬熱者，蓋膀胱火邪妄動，水不得寧，故不能禁而頻數來也」及《丹溪心法·小便不禁》提到的「小便不禁，有虛熱、虛寒之分」，皆指出尿失禁的病因病機有寒熱之別^[2]。尿失禁的寒性病因而病機主要以陽虛不能約束津液而致，而熱證則因熱迫水妄行而致。而在熱證治療上，朱震亨在《丹溪心法·小便不禁四十一》提出「小便不禁者，屬熱屬虛，熱者，五苓散加解毒」，王綸在《明醫雜論·卷之三·小便不禁》亦提出「補膀胱陰血、瀉火邪為主，而佐以收澀之劑」的治法，選用龍肝瀉肝湯、黃連清肺飲等^[2]，但臨床用藥仍要辨證論治，分清病情的病位病性而至，不能一概而論。

從療法而論

尿失禁的治療大法離不開因應八綱辨証，以寒熱虛實為總綱。因虛而失禁者治以補虛固澀為治則，因實而失禁者治以活血化瘀為治則。臨床治療上根據尿失禁的各種證型分虛實，實證者以下焦濕熱、瘀血阻滯為主，治以清熱利濕，活血化瘀，選用八正散、桃仁承氣湯；虛證者以五臟失養為主，治以補虛固澀為大法，可根據病位病因選方如補中益氣湯、桑螵蛸散等。虛實夾雜者則宜攻補兼施，如腎虛膀胱氣化不利導致清濁不分之證可選萆薢分清飲加減。

尿失禁的寒證主要以陽虛不能約束津液而致，而熱證則因熱迫水妄行而致。故寒証以溫陽補虛為治法，熱證則以清熱利濕為治法。

總結

尿失禁的病位主要在膀胱，與肺、脾、肝、腎、三焦等臟腑有關，其病因病機分虛實兩端，寒熱之別。臨床上常見的尿失禁病人以長者為主，病機多與腎氣虛及腎陽虛有關，以補腎溫陽為治法，臨床效果明顯有助患者提高固攝尿液的功能。雖然臨床上尿失禁多以虛證寒證為主，但診療時應避免對此病有固有印象，需結合臨床症候作診斷，以防忽略其他證型的可能。

參考資料

1. 陳婷婷,夏濱祥.中醫對尿失禁分虛、實論治的理法分析[J]. 吉林中醫藥, 2012. 32(01): 22-23.
2. 何忠.尿失禁中醫病機述古輯要[J]. 河北中醫, 2024. 46(05): 853-857.
3. 張蕾.古代中醫文獻對於尿失禁的認識和治療述要[J]. 中醫文獻雜誌, 2013. 31(02):54-56.
4. 周冰瑩, 龐然.調理脾胃法治療尿失禁臨床探索[J].中國中醫藥信息雜誌, 2021. 28(01):128-130

林錦青醫師簡介

- 香港註冊中醫師
- 香港大學中醫全科學士
- 現職於香港防癆會—香港大學中醫診所暨教研中心(南區)

尿失禁的中醫外治法 — 廖冠雄醫師

尿失禁的定義和分類

尿失禁是指在非自願的情況下，尿液不自主地從尿道中流出，這種現象嚴重影響患者的生活質量。而臨床上，尿失禁可分為以下幾種類型^[1]：

壓力性尿失禁

最常見的一種尿失禁，由於尿道括約肌或支持結構的功能減弱，導致在腹壓增加時無法完全閉合尿道口，常在咳嗽、打噴嚏或提重物時發生。

急迫性尿失禁

這種類型的尿失禁通常伴隨著突然強烈的尿意，患者無法及時到達廁所而發生漏尿。這種情況常見於膀胱過度活動症患者，主要與膀胱的不自主收縮有關。

功能性尿失禁

患者由於身體或精神上的問題，無法及時到達廁所而發生漏尿，這與膀胱或尿道的功能無關。

溢流性尿失禁

這是由於膀胱排空不全或尿道阻塞，導致膀胱內尿液過多而引發的尿失禁。這種情況多見於前列腺增生患者，常出現量少且頻繁的排尿。

中醫對尿失禁的理解

在中醫理論中，尿失禁屬於“遺溺”或“尿頻”的範疇。尿失禁的發生主要與腎、脾、膀胱三臟功能失調有關。

腎虛為本，膀胱失約為標

《諸病源候論》：「小便不禁者，腎氣虛，下焦受冷也。腎主水，其氣下通於陰。腎虛下焦冷，不能溫制其水液，故小便不禁也」腎主水液，腎氣的充足與否直接關係到膀胱的開闔功能。腎氣虧虛、腎陽不足或腎陰虧虛，皆可導致膀胱氣化不利，無法正常控制尿液的排放，從而發生遺尿。

肺脾兩虛，氣虛下陷

《金匱·小便不禁》：「肺脾氣虛，不能約束水道而病不禁者……上虛不能製下者也」肺主通調水道，協調全身的水液代謝。肺氣不足時，宣發肅降功能減弱，氣機不暢，影響膀胱開闔；脾主運化水濕，升清降濁。脾氣虛弱則中焦氣機不升，水液失於運化，積聚於膀胱，膀胱氣化失常而成遺尿。

中醫外治法治療尿失禁

本病外治以針灸、艾灸、穴位貼敷為主，常近取腰骶部及任脈穴位，以補益脾腎，固攝止遺。

毫針刺

在針灸上，總結學界較多取用之穴位為百會、氣海、關元、中極、三陰交、腎俞、膀胱俞、八髎、命門、足三里^[2]。

以上穴位中，百會、氣海具有升陽舉陷、固攝之功，可用治脾虛下陷引起的遺溺；腎俞、關元、命門則能補益腎氣，以加強腎的封藏功能，補腎壯陽，調節膀胱氣化；氣海、三陰交、足三里等穴則可增強脾氣的運化和水液代謝能力，用治肺脾氣虛之遺溺；中極、膀胱俞、八髎則具有調理膀胱氣化功能之效，適用於膀胱氣化不利之遺溺，當中中極穴為足三陰與任脈之會，位鄰膀胱，為膀胱經經氣所聚，故可調攝膀胱氣機，溫補下焦，調節衝任，為治療遺溺之要穴^[3]。而中髎及次髎穴因可刺激 S2-S4 神經，故可增強膀胱逼尿肌及尿道外括約肌功能，以增強控尿能力，改善膀胱排尿功能^[2]。

艾灸

艾灸法具有溫腎助陽、固澀止遺作用，在治療本病中，可改善骨盆底肌的肌力，以減輕症狀。而早在《古今醫鑑》中，就已有記載使用艾灸治療遺溺：「治遺尿失禁.....宜氣海穴灸。」

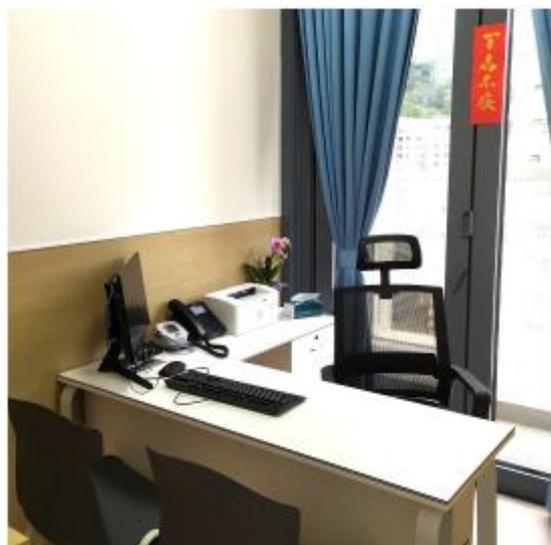
在具體取穴上，艾灸法採用之穴位與毫針刺相近，常見使用神闕、氣海、關元、中極、足三里、三陰交等穴。例如張麗麗等^[4]於脾腎陽虛型前列腺術後相關尿失禁患者取腎俞、八髎、神闕、氣海、關元、中極穴艾灸；歐鐳穎等^[2]在氣血虧虛型產後壓力性尿失禁患者先刺八髎穴再隔鹽灸神闕；以上研究取穴及艾灸手法上均稍有不同，但對於各種不同原因之尿失禁均具良好療效。

穴位貼敷

在穴位貼敷上，各家取穴相近，常用神闕、關元、氣海、中極、足三里等穴，常以補腎固攝，益氣升提之藥物製成外敷劑，貼敷於穴位 6-10 小時治療。如魏玉枝等^[3]以黃耆、桑螵蛸、山茱萸、菟絲子製成藥膏，貼敷於神闕、關元、氣海、中極、足三里、三陰交，用治壓力性尿失禁；陳瑩瑩等^[2]取用益氣升提散(黃耆、升麻、防風、白朮)外敷於關元、腎俞、氣海、足三里、脾俞，以治療產後壓力性尿失禁，均取得良好效果。

結語

中醫於外治治療本病手段較多，臨床可靈活運用，而其治則以調補脾腎，固攝升提為主，各種外治手法取穴亦相似。在結合患者之症狀表現後，可選擇合適的方藥和治療方法，綜合調理臟腑功能，以達到止遺固澀、調節氣機、恢復膀胱氣化能力的目標。



參考資料

1. 劉暢,劉志鵬,凌傳江,女性壓力性尿失禁合并不穩定膀胱 TVT 吊帶手術+中醫外治臨床研究[J].深圳中西醫結合雜誌, 2024.34(02):36-39.
2. 徐銘苑,中醫學對產后盆底功能障礙性疾病的認識及治療進展[J].河北中醫, 2024.46(01):153-157.
3. 魏玉枝,翟少華,中醫內外合治治療壓力性尿失禁的臨床觀察[J].世界中西醫結合雜誌, 2012.7(07): 601-603.
4. 張麗麗,火龍罐綜合灸在脾腎陽虛型前列腺術后輕中度壓力性尿失禁患者中的應用[J].中華男科學雜誌,2024.30(05):469-472.

廖冠雄醫師簡介

- 香港註冊中醫師
- 香港大學中醫全科學士
- 現職於香港防癆會—香港大學中醫診所暨教研中心(灣仔區)

中藥治療尿失禁概況 — 梁靜知 醫師

尿失禁是一種客觀存在且不自主的症狀，表現為經尿道漏出尿液，而非一種獨立疾病。其成因多樣，主要與膀胱的儲存及排泄功能受阻有關。根據現代醫學，尿失禁可分為四類：壓力性尿失禁、急迫性尿失禁、充盈性尿失禁及混合性尿失禁。在中醫學中，尿失禁被歸類為遺尿和小便失禁。儘管中醫對尿失禁的分型尚無統一標準，通常從虛實辨治的角度進行分析。

尿失禁的病因複雜，^{[1],[2]}傳統中醫多從虛證（如腎虛、脾虛等）與實證（如濕熱下注、膀胱熱鬱）兩方面辨析。近期的研究顯示，對於壓力性尿失禁的中醫治療已有了更為深入的探討。周艷艷^[3]的研究提出，輕中度患者以中醫藥為主，重度患者則需考慮手術介入。治療原則包括扶正祛邪、虛則補虛固澀，濕熱血瘀則先祛邪後扶正。

中醫辨證治療

治療原則包括扶正祛邪、虛則補虛固澀，濕熱血瘀則先祛邪後扶正。從腎虛不固證、中氣下陷證、脾腎兩虛證、肝郁腎虛證四方面認識^[3]：

1. 腎虛不固證

症狀：年老體弱，咳嗽、噴嚏等動作後尿液不自主流出，形寒肢冷，腰膝酸軟，舌淡，脈弱。

治法：補腎固本，固澀止遺。

方劑：金匱腎氣丸加減，麻黃附子細辛湯。

2. 中氣下陷證

症狀：脾虛運化失常，咳嗽後尿液不自主流出，脘腹重墜，神疲乏力，舌淡，脈弱。

治法：補中益氣，升提固攝。

方劑：補中益氣湯加減，醒脾升陷湯。

3. 脾腎兩虛證

症狀：清陽不升，咳嗽後尿液不自主流出，形寒肢冷，尿液清長，舌淡，脈細弱無力。

治法：補脾益腎，固攝止遺。

方劑：鞏堤湯，補中益氣湯加減。

4. 肝郁腎虛證

症狀：肝氣郁結，咳嗽後尿液不自主流出，情緒抑鬱，舌紅或淡紅，脈弦。

治法：疏肝固腎。

方劑：天台烏藥散加減，大補陰丸。

現代醫學與中醫的結合

黃春林教授^[4]提出了辨病辨證的思維，強調尿失禁的病位在於腎及膀胱，以腎虛不約為主要病機。診斷應根據現代醫學辨別尿失禁的具體類型，並以中醫的取象思維解讀病理生理變化，形成一種辨證從屬於辨病的治則治法。

在黃老主張「對於急迫性尿失禁，增加膀胱容量；對於壓力性尿失禁，增加尿道閉合壓；對於充溢性尿失禁，降低尿道閉合壓；對於尿道 - 陰道萎縮性尿失禁，使用雌激素類藥物」。

在這主張為基礎上，以中醫取象思維解讀病理生理變化，如急迫性尿失禁病性屬寒，治以溫經散寒，縮尿止遺；壓力性尿失禁病性屬腎虛不約、膀胱虛寒，採用溫陽固腎、補虛益氣之法；充溢性尿失禁根據本虛標實辨證，本虛多為脾腎虧虛，而標實為血瘀痰阻、肝郁氣滯，致膀胱開合失司而失約，故先開膀胱才能合。具體用藥方面溫通膀胱則選用烏藥，益智仁，肉桂；氣滯濕阻則使用木香，砂仁，寇仁，佩蘭，草果，藿香；脾腎不足則使用芡實，蓮子，山藥。

中藥與理療運動的結合

此外，中藥作為輔助治療亦有其獨特性及協同效應。盆底肌訓練為公認副作用少，而不良反應少的方法。中藥處方配合盆底肌訓練，在控制漏尿的頻率，程度均優於單純使用盆底肌訓練^{[5],[6]}，更有效縮短療程^[7]。其中使用之處方均以補氣固攝，溫陽補腎為主，而活血補血，益氣補中為次。此外，針對老年性中風後遺尿失禁，針灸配合補中益氣湯，腎氣丸，補陽還五湯比單用針刺更理想^{[8],[9]}。而針藥並用配合盆底肌治療則達症狀改善更為顯著。《黃帝內經》：「飲食有節，起居有常，故能形與神俱，盡終其天年」。由此可見，中醫講究勞逸結合，中醫治療本病，不單可以從針藥治療，配合適當運動養生，更為裨益。

案例分享

筆者有幸治療一例壓力性尿失禁：患者女，28歲，咳嗽時小便遺出，平素腰酸軟，臉蒼黃，舌淡，苔薄白，脈細弱。辨病為壓力性尿失禁，結合辨證為脾腎兩虛，以益氣健脾，固腎止遺法治之。處方縮泉丸合大補元煎。再配合盆底肌訓練，治療1月後症狀受控，基本不影響生活。可見中藥配合盆底肌訓練，能有效處理尿失禁。

結論

總括而言，目前中醫治療尿失禁在辨證論治的基礎上，多從腎虛、脾虛等虛證的角度出發，結合現代醫學的辨病思路，應用西醫的辨病分型，更能具體針對不同類型的尿失禁病種，分而治之，西學中用，更能夠有效提升治療的針對性與有效性。中藥的使用亦可協同其他療法，如盆底肌訓練及針灸，顯著改善症狀，縮短療程。未來的研究應進一步更廣泛應用此辨治模式，以期為尿失禁患者提供更為全面、持久的療效。



參考資料

1. 黃文東.實用中醫內科學[M].上海科學技術出版社.1985:308-309.
2. 冷方南.中醫內科臨床治療學[M].上海科學技術出版社、河南科學技術出版社:1987:435-439.
3. 周艷艷.女性壓力型尿失禁的中醫診療指南[M].中醫雜誌.2024,65(13):1408-1416.
4. 華俏麗.黃春林教授談尿失禁的中醫治療對策[J].中國中西醫結合腎病雜誌.2019,20(4):349-350.
5. 徐月紅.失笑散合四物湯配合康復治療盆底功能障礙性疾病的療效觀察[J].中國現代養生.2014,52(27):51-53.
6. 黃美施.補中益氣湯加味治療婦女壓力性尿失禁臨床研究[J].中國中醫藥信息雜誌.2012,19(5).
7. 尚春風.益氣溫陽中藥治療老年女性壓力型尿失禁 65 例[J].河南中醫.2013,33(7):1100-1101.
8. 吳兆梅.溫陽補腎灸在中風後尿失禁病人護理中的應用效果觀察[J].護理研究.2019,33(13):2340-2342.
9. 莊蘭英. 益腎活血方治療中風後尿失禁臨床研究[J]. 亞太傳統醫藥.2016,12(23):118-119.

梁靜知醫師簡介

- 香港註冊中醫師
- 香港中文大學中醫全科學士
- 現職於香港防癆會—香港大學中醫診所暨教研中心(南區)

中西醫結合治療尿失禁的概況 — 周艷秀醫師

尿失禁是一種常見的疾病,影響全球數百萬人的生活品質。中醫治療以針灸及藥物為主,西醫治療則以保守治療、藥物治療和手術干預。保守治療,包括骨盆底肌肉訓練、生活方式調整和行為療法,被推薦為大多數類型尿失禁的一線治療選擇。抗膽鹼藥和 $\beta 3$ 受體激動劑等藥物治療對急迫性尿失禁可能有效。對於保守治療無效的壓力性尿失禁,可考慮中尿道吊帶手術等手術干預。治療尿失禁應採用針對每位患者特定尿失禁類型、症狀嚴重程度和偏好的階梯式治療方法。

尿失禁定義為不自主漏尿。最常見的類型包括壓力性尿失禁(體力活動時漏尿)、急迫性尿失禁(與突然尿意相關的漏尿)和混合性尿失禁(壓力性和急迫性症狀的組合)。香港的基層醫療研究發現,中國籍 65 歲以上老年男性的尿失禁發病率達 24.3%,主要為急迫性尿失禁,與年齡和良性前列腺肥大顯著相關,並對生活質量造成負面影響^[1]。另一項研究發現,在香港兩家醫院的婦科門診中,66.4%的女性患有尿失禁症狀,其中 45.8%的生活質量受到影響,但只有 55.7%的患者尋求醫療幫助^[2]。除了身體症狀外,尿失禁還可能產生深刻的心理社會影響並降低生活品質^[3]。本文將基於近期臨床證據和指南討論尿失禁的當前治療方法。

尿失禁的類型

1. 急迫性尿失禁：患者會感到突然且無法抑制的尿意，常伴隨中至大量的尿液漏出。
2. 壓力性尿失禁：由於咳嗽、打噴嚏或提重物等腹內壓增加而引起的小量尿漏。
3. 溢出性尿失禁：由於膀胱過度充盈而導致的持續滴尿。
4. 功能性尿失禁：由於認知或身體障礙導致患者無法及時如廁。
5. 混合型尿失禁：以上任意類型的組合。

中醫治療概況

《素問·靈蘭秘典論》：「膀胱者，州都之官，津液藏焉，氣化則出矣」。古醫書如《黃帝內經·素問》、《類經》稱尿失禁為「遺洩」、「遺溺」、「小便失禁」等，以膀胱氣化失常，不能約束小便，並多屬虛證。《婦人大全良方》：「乃心腎之氣，傳送失度之所為也。」補充了不單膀胱主宰尿失禁，更要留意其他關聯臟腑如心腎之氣。治法常用補腎助陽。然而中醫並沒有把尿失禁分類，只有壓力性尿失禁有較完整的分辨證型，急迫性及壓力性尿失禁則有針灸的研究支持。

藥物治療

古方：

1. 腎虛：《證治準繩·類方》列舉溫腎助陽，固澀止遺的方劑，如菟絲子丸、姜附赤石脂硃砂丹、五苓散、肉蓯蓉丸。

2. 氣虛 - 《幼科證治大全》、《校註婦人良方》及《濟陽綱目》列舉了補氣升提的方藥，如補中益氣湯、參芪湯、參朮湯等。

辨證論治：

魏、徐、鄭(2010)把女性壓力性尿失禁整合了辨證分型，以下綜述三個分型。

1. 腎氣虧虛

症狀：先天稟賦不足，虧耗腎氣，久病勞損，老年體弱。小便頻數色白，滴瀝不淨，咳嗽或大笑時自動溢出；疲勞乏力，腰膝痠軟，形寒肢凍；白帶無味；舌淡苔白，脈虛^[4]。

治法：固腎縮尿，托氣升陽^[4]

方劑：桑螵蛸 - 桑螵蛸 30 g，黃芪 30 g，金櫻子 15 g，柴胡 6 g，升麻 6 g，枳殼 6 g^[4]

2. 氣血虧虛

症狀：先天不足，年老體弱，尤其於生育過多或難產史的女性。小便失禁，或咳嗽時，或矢氣時，甚則站立而尿液不禁自出；氣短聲低，體倦乏力；面色萎黃，頭暈，健忘；舌淡紅苔薄白，脈虛無力^[4]。

治法：益氣養血，收斂固澀^[4]

方劑：八珍湯加減 - 人參 6 g，黃芪 15 g，炒白朮 10 g，茯苓 6 g，熟地黃 15 g，當歸 10 g，川芎 6 g，芍藥 6 g，生龍骨 15 g，生牡蠣 15 g，炙甘草 6 g^[4]

3. 濕熱下注

症狀：小便頻數色黃，滴瀝不淨，咳嗽等腹部壓力增高時自動溢出；肢體困重，肢熱或汗；帶下黃臭；舌紅苔黃，脈滑^[4]。

治法：清熱化濕，降濁行氣^[4]

方劑：薏苡仁散加減 - 薏苡仁 30 g，黃柏 15 g，石韦 15 g，滑石 30 g，芡實 15 g，川棟子 10 g^[4]

針灸治療

針灸治療尿失禁透過調節膀胱和腎的功能來改善症狀，常用的針灸方法包括針刺、電針、艾灸以及穴位敷貼等，這些方法可單獨或結合其他療法如中藥或康復訓練來增強治療效果。根據 2022 年研究的 SUCRA 排序結果，針灸治療急迫性尿失禁的效果排序為：中藥+電針+艾灸>針刺+艾灸>康復訓練，針灸結合中藥、電針和艾灸的綜合療法，能顯著改善患者的尿失禁症狀和生活質量^[5]。

治法：補腎納氣

主穴：關元、氣海、中極、三陰交、足三里^[6]

西醫治療概況

保守治療: 保守治療被推薦作為大多數類型尿失禁的一線療法。這包括:

物理治療

1. 骨盆底肌肉訓練(PFMT):骨盆底肌肉的強化練習已被證明對壓力性、急迫性和混合性尿失禁有效^[7-9]。
2. 生活方式調整:超重/肥胖患者減重、戒煙和飲食改變(如減少咖啡因攝入)可改善尿失禁症狀^[9]。
3. 行為療法 (BT) : 改變不良排尿習慣, 如學習延遲排尿和控制尿急^[9]。
4. 經皮脛骨神經刺激 (PTNS) : 通過刺激脛骨神經來調節膀胱功能^[9]。
5. 電針療法: 利用針灸結合電流刺激來改善膀胱過度活動症狀^[9]。

藥物治療

藥物主要用於急迫性尿失禁或膀胱過度活躍症狀。選擇包括:

1. 抗膽鹼藥(如 oxybutynin, tolterodine):這些藥物可減少逼尿肌收縮, 但可能有口乾和便秘等副作用。
2. β_3 腎上腺素能受體激動劑(如 mirabegron):這些藥物可放鬆逼尿肌, 可能比抗膽鹼藥副作用更少。
3. 度洛西汀 Duloxetine:一種 5-羥色胺去甲腎上腺素(serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor) 再攝取抑制劑, 在某些國家可用於壓力性尿失禁。
4. 局部雌激素:可能改善絕經後婦女壓力性尿失禁的尿道閉合。

手術干預

手術通常考慮用於保守治療無效的壓力性尿失禁。選擇包括:

1. 中尿道吊帶:使用合成網片支撐尿道的微創手術。由於效果好和恢復時間短, 這些手術在很大程度上取代了舊的手術方式。
2. 填充劑:尿道周圍注射以改善閉合。相對不那麼侵入性, 但長期效果可能較差。
3. 陰道懸吊術:提升和支撐膀胱頸部的開放式或腹腔鏡手術。
4. 人工尿道括約肌:主要用於前列腺手術後男性嚴重壓力性尿失禁。

新興療法

幾種新方法正在研究中,包括:

1. 細胞療法:注射幹細胞或其他類型細胞以再生尿道組織。
2. 神經調節:用於急迫性尿失禁的骶神經刺激或經皮脛神經刺激。
3. 可調節禁尿治療裝置:可在術後調節的微創植入物。

一項研究在綜合和評估女性尿失禁保守治療的考科藍(Cochrane)系統評價, 檢索及納入了 29 篇相關的考科藍評論, 並整理了各種干預措施及其比較對象的數據。研究重點關注了兩個對女性重要的結果: 症狀是否治愈或改善, 以及生活質量是否提高。結果顯示, 骨盆底肌肉訓練對各類尿失禁都

有高確定性的療效證據，特別是當訓練更強化、有專業人員支持，並結合持續使用策略時效果更佳。生活方式的調整和電刺激等輔助治療也可能有益。然而，研究也發現證據質量參差不齊，許多分析僅來自單一試驗，缺乏長期隨訪，且對某些常用治療如心理療法缺乏評價。總的來說，雖然骨盆底肌肉訓練得到強有力的支持，但現有證據仍有諸多限制，難以支持明確的臨床決策，需更多高質量研究來解答尿失禁患者關心的問題^[10]。

結論

中醫辨證論治，治療可選擇藥物和針灸；西醫以階梯式治療，包括保守療法、藥物和手術，盆底肌肉訓練被強調為重要治療手段。中西醫可相輔相成，辨證論治，筆者認為適當時補腎固澀法助患者減輕小便次數、加強抑尿意的能力，幫助克服恐懼外出或改善失眠，個體化的綜合治療策略是提高患者生活品質的關鍵。

參考資料

1. Tse WY, Siu DCH, Yeung CK, Chung KW, Leung SY, Hui E. Prevalence of Urinary Incontinence in Chinese Elderly Male in Primary Care Setting and Their Quality of Life in Hong Kong. *Hong Kong Practitioner*. 2021;43:35-45.
2. Yu PM, Yu CH. Help-Seeking Behaviour among Women with Urinary Incontinence: A Cross-Sectional Study in Two Gynaecology Clinics. *Hong Kong Journal of Gynaecology, Obstetrics and Midwifery*. 2023;21(2).
3. Pizzol D, Demurtas J, Celotto S, Maggi S, Smith L, Angiolelli G, et al. Urinary Incontinence and Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Aging Clin Exp Res*. 2021;33(1):25-35.
4. 魏俊英, 徐立然, 鄭志攀. 女性壓力性尿失禁中醫辨證施治. *中醫學報*. 2010;25(151):1192-3.
5. 黃宇, 莫倩, 楊碩. 針灸治療急迫性尿失禁的系統評價和網狀 meta 分析. *中國針灸學會年會論文集*. 2022:623-35.
6. 陳美娟. 尿失禁的辨證施治. *哈爾濱醫藥*. 2008;28(5):45.
7. Ghaderi F, Kharaji G, Hajebrahimi S, Pashazadeh F, Berghmans B, Pourmehr HS. Physiotherapy in Patients with Stress Urinary Incontinence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Urol Res Pract*. 2023;49(5):293-306.
8. Leong B, Mok NW. Effectiveness of a New Standardised Urinary Continence Physiotherapy Programme for Community-Dwelling Older Women in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2015;21(1):30-7.
9. Li J. Physiotherapy Management for Overactive Bladder. *Hong Kong Continence Society Newsletter*. 2021; (40):2-5.
10. Todhunter-Brown A, Hazelton C, Campbell P, Elders A, Hagen S, McClurg D. Conservative Interventions for Treating Urinary Incontinence in Women: An Overview of Cochrane Systematic Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;2022(9).

周艷秀醫師簡介

- 香港註冊中醫師
- 香港中文大學中醫學學士
- 現職於香港防癆會—香港大學中醫診所暨教研中心(南區)

免責聲明

本通訊的內容只代表作者的意見，與「香港防癆心臟及胸病協會」無關。如對本通訊的內容有任何疑問，請向相關專業人士查詢。

香港防癆會梁仲清中醫診所

地址： 香港灣仔 灣仔道 83 號 18 樓

電話： 2861 0902

服務時間： 9am—2pm / 3pm— 8pm（星期一至五）， 9am—1pm / 2pm—5pm（星期六）

香港防癆會藍義方中醫診所

地址： 香港北角 英皇道 383 號 18 樓 1801-1802 室（近北角電車總站）

電話： 3460 3718

服務時間： 9am—2pm / 3pm— 8pm（星期一至五）， 9am—1pm / 2pm—5pm（星期六）

香港防癆會—香港大學中醫診所暨教研中心(灣仔區)

地址： 香港灣仔 皇后大道東 282 號 鄧肇堅醫院二樓

電話： 3553 3237

服務時間： 9am—8pm（星期一至五）， 9am—5pm（星期六）

香港防癆會—香港大學中醫診所暨教研中心(南區)

地址： 香港香港仔 香港仔水塘道 10 號二樓

電話： 3553 3237

服務時間： 9am—8pm（星期一至五）， 9am—5pm（星期六）