

引用:周琳,陶方泽,邵杨,杨海甜,曾庆琪.基于中气学说运用李氏清暑益气汤辨治压力性尿失禁[J].中医药导报,2025,31(3):196-199.

基于中气学说运用李氏清暑益气汤辨治压力性尿失禁^{*}

周琳¹,陶方泽¹,邵杨¹,杨海甜¹,曾庆琪²

(1.南京中医药大学附属南京中医院,江苏南京210001;

2.江苏卫生健康职业学院,江苏南京211800)

[摘要] 压力性尿失禁临床表现为腹压增高时,出现小便不自主漏出的症状,是一类影响患者身心健康和社会交际的常见疾病。压力性尿失禁属于中医“遗溺”范畴,《黄帝内经》即有“中气不足,溲便为之变”论述,故压力性尿失禁以中气不足、中焦脾胃运化失常为基本病机。李东垣为中医补土派大家,其创制的名方补中益气汤及清暑益气汤等皆是调补中气的代表方。基于中气学说理论探讨运用李氏清暑益气汤辨治压力性尿失禁,并以案示理,以期为临床应用提供参考。

[关键词] 压力性尿失禁;中气学说;李东垣;清暑益气汤;益气升阳;临床经验

[中图分类号] R249 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1672-951X(2025)03-0196-04

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.03.035

压力性尿失禁主要表现为用力、体力活动、咳嗽、大笑及打喷嚏时腹压增高,出现尿液不自主地从尿道口漏出的症状^[1]。据报道,尿失禁患者的年平均发病率为1%~9%,且患病率随着年龄的增长而升高^[2]。压力性尿失禁虽不会危及患者生命安全,但经久不愈的尿失禁除影响患者的生活质量外^[3],一定程度上还会影响患者的心理健康^[4],被称为“社交癌”。现代医学通常采用手术或药物治疗,虽能改善患者症状,但手术的有创性及药物相关不良反应等问题导致临床应用时多有局限性。中医药治疗压力性尿失禁优势显著,通过辨证施治,能明显缓解临床症状,提高患者生活质量,有益于患者身心健康。

李东垣,著《脾胃论》一书,提出“内伤脾胃,百病由生”的观点,并首创脾胃内伤学说,成为“金元四大家”之补土派的代表。其创制的经典名方补中益气汤及清暑益气汤等为调补中气的代表方,尤其是清暑益气汤,后世多有所发挥,用于治疗脾胃气虚、气阴两伤夹湿热所致各科疾病^[5]。《黄帝内经》云“中气不足,溲便为之变”^[6]。中气即脾胃之气,中气亏虚,脾胃受损,清气不能上升,浊阴亦难以下降,而致大、小便排泄传输失调,与李东垣脾胃学说相得益彰。笔者基于中气学说,探析运用李氏清暑益气汤辨治压力性尿失禁。

1 中气学说内涵

“中气”一词首见于《黄帝内经》。中气即中焦脾胃之气对饮食物的运化腐熟及水谷精微纳化输布、升清降浊等生理功

能。中气理论认为,脾胃属土,居中央而灌溉四旁,主运化水谷,化生气血,滋养五脏六腑,并作为脏腑气机升降之枢纽,协调其他四时四脏,为“五脏之本”“六腑之大源”^[7],维持机体生命活动的正常进行。脾胃和则五脏安,脾胃受损则五脏不和,脾胃为后天之本、气血生化之源。

李东垣在《黄帝内经》中气理论基础上,主张“人以胃气为本”,“内伤脾胃,百病由生”,其认为中气即中焦元气,为脾胃所化。脾属太阴,胃属阳明,两者阴阳相合,升降相因,燥湿相济。脾胃之气合为中气,为人体气机升降枢纽。中气不足,脾胃之气亏虚,则机体升降气机失常,清阳不升、浊阴不降,复感外邪而生诸病。

2 病因病机

压力性尿失禁在《黄帝内经》中被称为“遗溺”。中医对于遗溺的认识历史悠久。《素问·咳论篇》言“膀胱咳状,咳而遗溺”^[8],《素问·宣明五气篇》曰“膀胱不利为癃,不约为遗溺”^[9],皆认为其病位在膀胱,膀胱气化失司为主要病因。其与多脏腑相关,脾土最为关键,肺金为辅,同时与肾、肝等脏腑亦有密切关系。

2.1 脾气亏虚,运化失常 《景岳全书·卷二十九·遗溺》载:“膀胱不约为遗溺、小便不禁,常常出而不觉也,若小便频数,或劳而益甚,属脾气虚。”^[10]压力性尿失禁以尿液不自主漏出为主要临床表现,而尿液的生成与排泄与机体脏腑之气的激

*基金项目:南京市中医药青年人才培养计划(宁卫中医[2020]4号);第七批全国老中医药专家学术经验继承工作(国中医药人教函[2022]76号);江苏省研究生科研与实践创新计划和学位与研究生教育教学改革课题(苏学位字函[2023]4号)

通信作者:陶方泽,男,副主任中医师,研究方向为中西医结合治疗泌尿男科疾病

发、推动、固摄功能相关,尤以脾胃最为密切。脾气主升,胃气主降,为机体气机升降之枢纽。脾胃气虚则中气下陷,致小便不禁自下而出。津血同源,可相互转化。津可入血,血可化津。若脾胃损伤,气血生化乏源,久而气血亏虚,不能充养下焦,则膀胱失约,小便不觉自出。脾主运化水液,脾气亏虚,水液代谢及运行失常,停滞于机体内,酿生水湿,阻碍膀胱气机,膀胱气化不利则小便自溢。

脾主肌肉,与现代医学认为支持尿道的肌肉及其他组织(盆底肌)或控制尿道的肌肉(尿道括约肌)力量的减弱导致尿失禁认识基本一致。如怀孕、分娩、产后恢复不良、长期腹压高、衰老尤其是女性绝经后、既往有盆腔手术等原因导致盆底肌松弛亦是压力性尿失禁常见的发病因素^[10-12],契合“中气不足,溲便为之变”的病机论述。综上,中气亏虚、中焦运化失常为压力性尿失禁之基本病机。

2.2 肺脾气虚,不能制下 《素问·经脉别论篇》载“饮入于胃,游溢精气,上输于脾。脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱”^[13]。可见小便的生成依赖于膀胱之气化作用来完成。人体的津液来源于脾胃摄入的水谷精微,通过肺的宣发肃降作用输布至全身,下输于肾。肾的蒸腾作用将其分开,清者归于体内,浊者下注膀胱生成尿液,排出体外^[13]。肺为水之上源,有主治节,通调水道,下输膀胱的作用。且肺主一身之气,调畅气机。肺气虚弱,子病及母,损伤脾气,而致肺脾两虚。气不布津,宣发肃降功能失职,中气下陷,水液泛滥,下注膀胱无制则生遗溺。正如清代医家尤怡在《金匱翼·小便不禁》中所言:“肺脾气虚,不能约束水道而病不禁者……上虚不能制下者也。”^[14]

2.3 脾肾两虚,固摄无权 肾为先天之本,脾胃为后天之本,脾胃对水液的代谢依赖于肾阳的蒸腾作用,脾胃运化之水谷精微又可滋养于肾。《诸病源候论》载:“小便不禁者,肾气虚,下焦受冷也。肾主水,其气下通于阴。肾虚下焦冷,不能温制其水液,故小便不禁也。”^[15]肾气亏虚,肾阳不足,肾阳蒸腾作用失司,下焦虚寒,不能温阳利水,水湿停滞,致膀胱气化无权,而使小便失于固摄。压力性尿失禁多老年患者,病程缠绵,久病必虚,体虚日久则耗气伤精。脾气亏虚,肾气不固,气不摄津,而致小便自出。中气不足,渐致脾肾两虚,肾虚而固摄无权,遗溺得生。

2.4 肝郁脾虚,决渎无力 元代医家朱震亨于《格致余论·阳有余阴不足论》中明确提出:“主闭藏者肾也,司疏泄者肝也。”^[16]人体水液正常代谢有赖于三焦的气化功能正常,三焦的气化功能又依靠肝主疏泄和脾主运化之功,肝气郁结,疏泄失司,横乘脾土,而致脾气虚损,运化失职,三焦决渎无力,从而影响三焦水液的运送及气化功能,向下溢出而成遗溺。脾主肌肉,肝在体合筋,筋主束骨而利机关,主连接和约束骨骼和肌肉,保护内脏组织。盆底肌通过协调收缩和舒张来支持盆腔器官^[17]。若盆底肌肉松弛或功能发生改变,盆底支持功能降低,可致盆腔脏器移位,引发其他脏器的位置或功能异常,从而出现尿失禁等症状^[18]。肝的正常疏泄功能,可协同脾气主升之功固定脏器组织,从而避免脏器的脱垂下陷和尿液不受自主意识控制的溢出。

3 辨证施治

3.1 治则治法 《景岳全书卷十七·论治脾胃》谓:“脾为土脏,灌溉四旁,是以五脏中皆有脾气,而脾胃中亦有五脏之气,此其互为相使……故善治脾者能调五脏,即所以治脾胃也;能治脾胃而使食进胃强,即所以安五脏也。”^[19]张景岳发展了李东垣的中气脾胃学说,并提出了“治脾胃以安五脏”学说。压力性尿失禁当以补中益气、健脾升陷法为基本治则,但不应拘泥于补中健脾,同时要兼顾其他脏腑,尤以肝肾为要,要重视肝肾同源理论的运用。足厥阴肝经绕阴器,肾司二阴主二便,两者生理上类同。肝主疏泄,阴经阖为泄,故厥阴为阖^[19]。肾主闭藏,肝之疏泄与肾之闭藏相反相成。肝气疏泄可使肾气闭藏而开阖有度,肾气闭藏又可制约肝之疏泄太过,也可助其疏泄不及。故压力性尿失禁治疗上总以培中健脾,升阳举陷为先,佐以培土生金,兼顾肝肾。

3.2 专病专方 李东垣创立的清暑益气汤最早收录于《内外伤辨或论·暑伤胃气论》中,原用于治疗长夏暑湿困脾之证。方由黄芪、人参、陈皮、当归、甘草、苍术、白术、泽泻、升麻、葛根、青皮、神曲、黄柏、麦冬、五味子共15味中药组成。方中黄芪为君药,有促进盆底平滑肌肌肉收缩的作用^[20]。黄芪水提液能够改善老年大鼠膀胱功能,降低残余尿量,增加膀胱容量及漏尿点压力,降低膀胱逼尿肌纤维化程度^[21]。该方用药貌似庞杂,实则有章可循,临证时可将该方视为补中益气汤、生脉饮和二妙丸三方加减合方,有助于对方义及功效的理解。补中益气汤健脾升陷,然该方药性偏温躁,而生脉饮敛气生津固肾同时亦可兼制补中益气汤之温躁,二妙丸则清下焦湿热。故在临证时,不必拘于长夏暑湿困脾之证,凡脉证符合中气亏虚,湿热阴伤证,均可以清暑益气汤加减灵活运用。压力性尿失禁病因多与劳损伤及脾胃中气有关,治疗上谨遵《黄帝内经》“劳者温之,损者温之”^[13]之治则,而李氏清暑益气汤方义又完全契合“惟当以甘温之剂,补其中,升其阳,甘寒以泻其火则愈”^[22]之治法,故李氏清暑益气汤可视为压力性尿失禁之专病专方。中医重视专病专方、专证专方,一病有一病之专方,一证有一证之专方,总结专方要“病证结合”^[23],先病后证,再据证遣方用药。

3.3 合方加减 李氏清暑益气汤可作为治疗压力性尿失禁专病基本方。当病机仅为中气亏虚,湿热阴伤时,清暑益气汤即可对症治疗。当病证比较复杂,尚有兼夹证存在时,合方之应用就突出了其功效上的优势。合方的应用以病证的病机变化为依据^[24],灵活地适应了临床病情的变化。

若伴小便点滴不畅,闭塞不通,口渴不欲饮,烦躁不安之湿热蕴结膀胱,耗伤肾阴者,加知母、黄柏、肉桂,是为滋肾通关丸,滋肾通关,降火燥湿;若伴小便频数、夜卧遗尿、舌淡脉沉,见下元虚寒之征,加山药、乌药、益智仁,则为缩泉丸,补肾缩尿,增强固摄之功;若伴小便不禁兼见腰膝酸软、遗精、带下、脉沉无力者,加芡实、金樱子合为水陆二仙丹,以增固涩止遗之效;若伴小便不利、头痛微热、烦渴欲饮,甚则水入即吐或脐下动悸,吐涎沫而头目眩晕,舌苔白,脉浮或浮数之膀胱蓄水证,合用五苓散,利水渗湿,温阳化气,培土制水,运化下焦水液。

4 验案举隅

4.1 痘案1 患者,女,70岁,2022年10月14日初诊。主诉:小便不能自控1年余,加重1个月。患者诉1年前行尿道肉阜病损切除术,术后并发大出血,此后出现小便不能自控,近1个月来自觉症状加重,表现为咳嗽、剧烈活动后小便即不能自控。刻下症见:小便不自主漏出,咳嗽、活动后明显,自觉尿道口及外阴附近皮肤有瘙痒感,无尿频尿痛,食纳可,夜寐一般,大便如常。舌淡红,苔薄白,脉缓。既往有膝盖外伤手术史,高血压、2型糖尿病病史。西医诊断:压力性尿失禁。中医诊断:遗溺;辨证:脾肾气虚,膀胱失约证。治法:健脾补肾,缩尿固脬。方选清暑益气汤合缩泉丸加减,处方:生黄芪30g,麸炒苍术9g,麸炒白术6g,党参10g,麦冬12g,醋五味子6g,炙甘草3g,焦六神曲15g,酒炒当归6g,炒青皮6g,陈皮3g,蜜升麻6g,葛根15g,泽泻10g,地肤子10g,白鲜皮10g,山药15g,盐益智仁10g,乌药10g。10剂,1剂/d,水煎服,分早晚温服。

2诊:2022年10月26日,患者诉服药2d后小便即可控制,会阴部皮肤瘙痒好转。故效不更方,继服初诊方。14剂,煎服法同前。

1个月后随访,患者诉症状已改善,未再复发。

按语:本案患者年老体虚,肾气衰惫,加之手术中出血,气随血脱,气血亏虚,术后出血再致气血复损,元气大伤,脾胃渐损,中气不足,气虚下陷,膀胱失于约束,不能固摄小便,故见小便不自主漏出。舌淡红,苔薄白,脉缓,提示脾虚证。患者既往有糖尿病病史,糖尿病属于中医“消渴”范畴,阴虚燥热为主要病机。阴虚为本、燥热为标,燥热损伤阴津,气随阴耗,久病多气阴两伤。其病机为脾肾气虚,膀胱失司,中气下陷,膀胱不得肾阳蒸腾气化,水液不得约束,渗下则小便失禁,发为遗溺。《黄帝内经》主张“劳者温之,损者温之”与“惟当以甘温之剂,补其中,升其阳,甘寒以泻其火则愈”,故治以健脾补肾,益气固摄,拟清暑益气汤为主方。方中黄芪益气固摄,为君药。党参、陈皮、当归、甘草,性甘微温,补中益气,共为臣药。君臣合用共扶脾胃之气。苍术、白术、泽泻淡渗利湿;升麻、葛根二药共用使脾胃之气得升,又可升举阳气,使火郁得散;脾虚湿困者水液运化失司,易生痞满,故以青皮、神曲破气消积;麦冬性甘苦微寒,滋阴润肺;五味子酸甘性温,敛气生津,以上9药共为佐药。患者无尿痛、尿道灼热之下焦湿热证故不用黄柏,另加乌药、益智仁、山药合方缩泉丸缩尿固脬,在益气健脾的基础上增强固摄之功。患者小便不能自控,尿道口外阴部常受尿液浸渍,以及尿频经常擦拭会阴部,日久皮肤受损,湿疹病变,故而瘙痒感明显,加地肤子、白鲜皮祛湿止痒。诸药合用,药证相合,得以治愈。2诊时患者症状明显改善,小便可控制且会阴部皮肤瘙痒好转,故继服初诊方以巩固疗效。

绝经后女性雌激素水平不断下降,导致尿道及周围盆底组织肌肉逐渐萎缩,加之分娩后盆底支持组织松弛、尿道括约肌功能下降。本案患者为七旬女性,又行尿道肉阜病损切除手术治疗,术后并发大出血致正气戕伤,盆底肌进一步受损无力控尿,更易引发压力性尿失禁。尿道综合征多因尿道

肌群失调,故治脾可以调整肌群的协调性^[25],健脾益气升陷可固摄尿液而治。压力性尿失禁中医主要病机是中气亏虚致膀胱固摄无权,与西医病理机制平滑肌松弛不能控尿认识较为一致,故从中气学说论治本病具有积极的临床意义。

4.2 痘案2 患者,男,84岁,2022年9月21日初诊。主诉:小便不能自控10余年。患者10余年来小便不能自控,表现为尿频、尿急、尿后余沥不尽,小便不自主漏出,长期口服改善前列腺增生药物治疗,停药后症状反复。刻下症见:小便不能自控,时有漏尿,伴尿频、尿急、尿不尽感,头晕时作,食纳一般,夜寐欠佳,大便溏。舌淡边有齿痕,苔白腻,脉缓。既往有良性前列腺增生症、高血压、2型糖尿病、脑梗死、间质性肺炎、冠状动脉粥样硬化性心脏病等病史。西医诊断:压力性尿失禁。中医诊断:遗溺;辨证:脾虚夹湿证。治法:健脾化湿,益气升阳。方选清暑益气汤合清震汤加减,处方:生黄芪15g,麸炒苍术9g,麸炒白术6g,党参10g,麦冬10g,醋五味子6g,炙甘草3g,盐黄柏10g,焦六神曲15g,酒炒当归6g,炒青皮6g,陈皮3g,升麻6g,葛根30g,泽泻12g,荷叶15g,天麻20g,川芎10g。10剂,1剂/d,水煎服,分早晚温服。

2诊:2022年9月28日,患者诉小便较前可控,咳嗽咳痰时仍有漏尿,尿线细,尿后余沥,大便溏、味臭,口苦,咳嗽咳痰时作,痰黄质黏。舌淡边有齿痕,苔白腻微黄,脉缓。予初诊方去泽泻、荷叶、天麻、川芎,加姜黄连3g,法半夏10g,炒瓜蒌皮15g,芡实20g,金樱子肉20g。6剂,煎服法同前。

3诊:2022年10月14日,患者诉小便自控较前进一步改善,仅咳嗽时偶有漏尿,排解较前顺畅,大便日行一次,较前成型,无口干口苦,咳黄黏痰。故效不更方,继服2诊方。6剂,煎服法同前。

4诊:2022年10月28日,患者因皮肤过敏来院就诊,诉小便基本可自控。继服2诊方以巩固治疗。6剂,煎服法同前。并配合改善前列腺增生药物口服。

后患者每间隔1个月来院取药,随访得知目前小便基本可自控。

按语:本案患者为老年男性,年老体弱,病程缠绵,其气自虚,患者纳食不香、大便稀溏,为脾虚证,舌淡边有齿痕,苔白腻,脉缓,为脾气亏虚夹有湿邪之象。脾主运化水液,脾气亏虚,水液代谢及运行失常,停滞于机体内,酿生湿邪。其病机为脾虚夹湿,中焦运化水液失常,阻碍膀胱气机,膀胱气化不利,小便自溢,诊断为遗溺(脾虚夹湿证)。初诊时以健脾补气,化湿利水为主,方以清暑益气汤加减化裁,患者时有头晕,加荷叶,与升麻、苍术合为清震汤升阳止痛,并能加强升清降浊之效,初用稍有成效。然患者年近九旬,天癸衰竭,加之基础疾病繁多,前列腺增生、肥大,阻碍尿路而致排尿不顺畅,又有脑梗死病史多年。年龄增长是前列腺增生和心血管疾病的一个共同危险因素,近年来两者的发病率均有相伴上升趋势,前列腺增生是引起老年男性下尿路症状(LUTS)最为常见的良性疾病,脑梗死也是引起LUTS的重要原因^[26-27]。有研究^[28]表明,前列腺增生合并脑血管疾病者,由于脑组织损伤后,对脑桥上部的抑制作用减弱,脑高级中枢(排尿中枢)或支配膀胱逼尿肌功能的周围神经通路受损,引起膀胱活动异

常,导致逼尿肌功能失调,括约肌反射性亢进,进一步引发压力性尿失禁。本案患者髓海失养,肾元虚衰,日久损益更甚,故脾肾两虚之象明显,结合舌苔脉象,认为虚中夹有湿邪,故2诊时调整治则,治疗上当以补脾益肾为主,兼祛湿邪,在清暑益气汤基础上加以芡实、金樱子肉为水陆二仙丹,一生于山,一生于水。芡实甘涩而平,能益肾固精,且可补脾气;金樱子酸涩而平,能固精涩肠,缩尿止泻。患者痰多黄黏难咳,加用黄连、瓜蒌、半夏(小陷胸汤)宽胸开结涤痰。脾胃中气得补,肾气固摄,先后天之本互相滋养,膀胱得约,则自身控尿能力得以加强。3诊、4诊时,患者症状进一步改善,效不更方,续服2诊方以巩固疗效。

5 结语

压力性尿失禁患者多因中气亏虚,脾胃不足,升降枢纽失调,膀胱不约,而致小便不禁。本文基于中气学说,辨治压力性尿失禁当以补益脾胃中气为主,兼顾他脏,以李氏清暑益气汤为基本方,再据证合方,充分体现中医学辨证论治体系,异病同治之法,为临床论治压力性尿失禁提供了新思路。

参考文献

- [1] THÜROFF J W, ABRAMS P, ANDERSSON K E, et al. EAU guidelines on urinary incontinence[J]. Eur Urol, 2011, 59(3):387–400.
- [2] MILSOM I, GYHAGEN M. The prevalence of urinary incontinence[J]. Climacteric, 2019, 22(3):217–222.
- [3] HALL K D, CLARK R C. A prospective, descriptive, quality improvement study to decrease incontinence-associated dermatitis and hospital-acquired pressure ulcers[J]. Ostomy Wound Manage, 2015, 61(7):26–30.
- [4] YAZDANY T, BHATIA N, REINA A. Association of depression and anxiety in underserved women with and without urinary incontinence[J]. Female Pelvic Med Reconstr Surg, 2014, 20(6):349–353.
- [5] 邓逸菲,刘端勇,赵海梅.李氏清暑益气汤异病同治临床应用研究进展[J].江西中医药,2023,54(2):74–77.
- [6] 南京中医药大学中医系.黄帝内经灵枢译释[M].上海:上海科学技术出版社,1986.
- [7] 彭鑫,杜松,于峰,等.《黄帝内经》“中气”理论的渊源与构建[J].中国中医基础医学杂志,2022,28(5):665–668,672.
- [8] 王冰注.内经[M].北京:科学技术文献出版社,1996.
- [9] 张介宾.景岳全书[M].新1版.上海:上海科学技术出版社,1959.
- [10] 高泽寿,黄锦华.女性压力性尿失禁盆底电生理及危险因素分析[J].云南医药,2022,43(5):40–43.
- [11] 颜新丽.阴道分娩与剖宫产对产后压力性尿失禁的影响及早期康复锻炼效果观察[J].中国实用医药,2022,17(21):178–180.
- [12] 许军丽,陈天亮,吴梓芳.产后女性盆底超声与盆底肌电生理参数及压力性尿失禁的影响因素分析[J].中外医学研究,2022,20(30):172–176.
- [13] 黄念文,王成李,陈小均,等.基于肝、脾、肾三脏治疗女性压力性尿失禁的临证思路[J].中国中医基础医学杂志,2022,28(8):1363–1366.
- [14] 尤怡.金匮翼[M].张印生,校注.北京:中医古籍出版社,2003:236–237.
- [15] 巢元方.诸病源候论[M].黄作阵,点校.沈阳:辽宁科学技术出版社,1997:78.
- [16] 朱震亨.格致余论[M].毛俊同,点注.南京:江苏科学技术出版社,1985:3.
- [17] 周慧清,尚华,李晓冬,等.女性盆底肌解剖与功能[J].解剖学杂志,2020,43(5):434–437.
- [18] 雷欢,赵婉妮,安军明,等.安军明“扶阳治水法”针灸治疗女性压力性尿失禁[J].按摩与康复医学,2023,14(11):59–62.
- [19] 麻永胜,翟雪娟,毛慧芳,等.从开阖枢论肝脾不调型泄泻[J].光明中医,2021,36(6):892–894.
- [20] 谷雨龙,刘斌,姜艳艳.LCMS-IT-TOF法分析黄芪赤风汤提取物的化学成分[J].中华中医药学刊,2018,36(3):630–637.
- [21] 钱乐,胡青,颜俊锋,等.黄芪水提液对老年大鼠膀胱功能及组织学的影响[J].浙江中医药大学学报,2018,42(1):29–34.
- [22] 李杲.内外伤辨惑论[M].北京:人民卫生出版社,1959:3.
- [23] 唐今扬,周彩云,马芳,等.房定亚“病证结合、专方专药”学术理论与实践[J].辽宁中医杂志,2017,44(8):1589–1593.
- [24] 张智华,张倩.国医大师梅国强临证合方经验探微[J].中华中医药杂志,2021,36(12):7117–7120.
- [25] 杨思霞,陈宝国.伍炳彩运用东垣清暑益气汤经验[J].江西中医药,2014,45(12):19–21.
- [26] MIYAZATO M, TANA T, HIGA A, et al. A questionnaire survey to assess lower urinary tract symptoms in patients with chronic stroke[J]. Neurourol Urodyn, 2017, 36(7):1890–1895.
- [27] TIBAEK S, GARD G, DEHLENDORFF C, et al. Lower urinary tract symptoms, erectile dysfunction, and quality of life in poststroke men: A controlled cross-sectional study[J]. Am J Mens Health, 2017, 11(3):748–756.
- [28] KUPTNIRATSAIKUL V, KOVINDHA A, SUETHANA-PORNKUL S, et al. Long-term morbidities in stroke survivors: A prospective multicenter study of Thai stroke rehabilitation registry[J]. BMC Geriatr, 2013, 13:33.

(收稿日期:2024-01-07 编辑:时格格)