

八正散加减对痔瘕术后湿热下注型尿潴留患者排尿时间及自行排尿能力恢复的影响

陈爱霞^{1*}, 王欣², 吴春晓¹, 江雪¹, 王梅青¹, 周颖¹, 刘占伦¹

(1. 河北省中医院, 石家庄 056006; 2. 沧州医学高等专科学校, 河北 沧州 061001)

[摘要] **目的:**观察八正散加减对痔瘕术后湿热下注型尿潴留患者排尿时间及自行排尿能力恢复的影响,并探讨其作用机制。**方法:**选取106例痔瘕术后尿潴留患者,随机分成对照组和研究组,每组53例。两组均予听流水声诱导、心理疏导和膀胱区按摩等基础治疗,对照组予溴新斯的明口服,研究组予八正散加减。检测尿动力学,评价膀胱功能和中医主要症状评分,记录排尿情况,比较治疗效果。**结果:**与治疗前比较,治疗后两组尿动力学参数最大尿流量(Q-max),最大尿率时逼尿肌压(Pdet-Q-max)升高($P < 0.01$),最大尿意膀胱容量(VMCC),残余尿量(PVR)降低($P < 0.01$),逼尿肌受损、膀胱低顺应性和膀胱感觉缺失发生率降低($P < 0.05$),排尿无力、小腹坠胀和倦怠乏力症状评分降低($P < 0.01$);与对照组治疗后比较,研究组Q-max, Pdet-Q-max升高($P < 0.01$), VMCC, PVR降低($P < 0.01$),逼尿肌受损、膀胱低顺应性和膀胱感觉缺失发生率降低($P < 0.05$),自行排尿、完全通畅排尿、排便、进食时间缩短($P < 0.01$),排尿无力、小腹坠胀和倦怠乏力症状评分降低($P < 0.01$),总有效率升高($P < 0.05$)。**结论:**八正散加减可促进膀胱尿液排出,减少残余尿量,缩短自行排尿时间,提高自主排尿能力的恢复,有效治疗痔瘕术后湿热下注型尿潴留。

[关键词] 痔瘕术后; 湿热下注型; 尿潴留; 八正散; 排尿能力

[中图分类号] R287;R694+56 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2017)20-0169-05

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.2017200169

[网络出版地址] <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20170731.1038.046.html>

[网络出版时间] 2017-07-31 10:38

Effect of Modified Bazhengsan on Time of Urination and Ability Restoration of Self Urination in Patients with Damp-heat Pouring Downward Syndrome Type Urinary Retention After Anal Fistula Surgery

CHEN Ai-xia^{1*}, WANG Xin², WU Chun-xiao¹, JIANG Xue¹,
WANG Mei-qing¹, ZHOU Ying¹, LIU Zhan-lun¹

(1. Hebei Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang 056006, China;

2. Medical College of Cangzhou, Cangzhou 061001, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the effect of modified Bazhengsan on time of urination and ability restoration of self urination in patients with damp-heat pouring downward syndrome urinary retention after anal fistula surgery, and explore its action mechanism. **Method:** The 106 patients with urinary retention after anal fistula surgery were randomly divided into 2 groups, 53 cases in control group and 53 cases in treatment group. Patients in two groups were given with basic treatment such as listening to the sound of water induction, psychological counseling and bladder area massage therapy. Then patients in control group received neostigmine bromide by oral administration, and patients in treatment group received modified Bazhengsan. Urinary dynamics were detected; bladder function and the main traditional Chinese medicine (TCM) symptom scores were evaluated;

[收稿日期] 20170312(006)

[基金项目] 河北省中医药管理局科研计划项目(2013057)

[通讯作者] * 陈爱霞,副主任中医师,从事肛肠科疾病研究, Tel:18033850869, E-mail:hbzyax75@126.com

urination situation was recorded and compared after the treatment. **Result:** Urodynamic parameters such as maximum urination quantity (Q-max) and detrusor pressure at maximum urine rate Pdet-Q-max were increased in both groups after treatment ($P < 0.01$); maximum cysto-metric capacity (VMCC) and postvoiding residual volume (PRV) were decreased ($P < 0.01$); bladder detrusor dysfunction, low bladder compliance and incidence of bladder sensory were decreased ($P < 0.05$); acraturessis, abdominal bulge and languid symptom scores were decreased in both groups after treatment ($P < 0.01$). As compared with control group after treatment, levels of Q-max and Pdet-Q-max were higher ($P < 0.01$); VMCC, PVR levels were lower ($P < 0.01$); the incidences of bladder detrusor dysfunction, bladder compliance and bladder sensory loss were lower ($P < 0.05$); self urination, completely unobstructed urination, defecation and eating time was shorter ($P < 0.01$); acraturessis, abdominal bulge and fatigue symptom scores were lower ($P < 0.01$); and the total efficiency was higher in treatment group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Modified Bazhengsan can promote the bladder urination, reduce the residual urine volume, shorten the self urination time, and improve the ability restoration of automatic micturition, so it can be used to effectively treat damp-heat pouring downward syndrome postoperative urinary retention.

[Key words] after anal fistula surgery; damp-heat pouring downward syndrome; urinary retention; Bazhengsan; voiding ability

尿潴留是痔瘕术后常见并发症之一^[1],是指术后排尿感,经努力后仍解不出,少腹胀满,伴膀胱区叩诊浊音或术后 15 d 内仍不能(或自行)排尿,但残余尿量(PVR) ≥ 100 mL。其发生率高达 12% ~ 52%^[2],尿液的潴留利于细菌繁殖,大大增加了尿路感染风险,且感染后难以治愈。痔瘕术对肛门直肠以及邻近组织损伤引起局部水肿,导致反射性尿道或膀胱括约肌痉挛^[3],引起会阴部感觉丧失,神经功能失调引起排尿障碍。虽然引起术后尿潴留原因众多,一般分为阻塞性和非阻塞性^[4],给患者带来生理上的不适和心理上的恐惧。目前,针对痔瘕术后尿潴留方法颇多,包括热敷法、暗示诱导、针灸和神灯治疗仪(TDP)照射等^[5]治疗方法。本病属中医学“癃闭”范畴,病位主要在膀胱。中医学认为,手术创伤致筋脉瘀滞,阻塞膀胱气道导致气化不利^[6],故小便不通、腹胀而发为癃闭。“腑以通为用”,故着眼于通。八正散源于《太平惠民和剂局方》,由车前子、瞿麦、萹蓄、滑石、甘草、木通等药物组成,具有清热泻火,利水通淋的功效,已被广泛应用于泌尿系统疾病^[7-10]。笔者应用八正散加减治疗痔瘕术后尿潴留,探讨其作用机制。

1 资料和方法

1.1 一般资料 研究对象均来自 2014 年 3 月—2015 年 12 月在河北省中医院因肛周脓肿、肛瘘以及混合痔等肛周疾病行痔瘕术,术中均行局部浸润麻醉方式,发生术后尿潴留的湿热下注型患者 106 例,参照随机数字表法分成两组,每组 53 例。对照组男性 28 例,女性 25 例。年龄 20 ~ 76 岁,平均

年龄(37.86 \pm 5.23)岁。术后尿潴留时间 6 ~ 22 h,平均时间(12.79 \pm 1.64)h。小便闭塞 26 例,小便不利 27 例;研究组男性 32 例,女性 21 例。年龄 24 ~ 72 岁,平均年龄(38.16 \pm 5.30)岁。术后尿潴留时间 6 ~ 24 h,平均时间(13.03 \pm 1.81)h。小便闭塞 30 例,小便不利 23 例。两组尿潴留基线情况比较无差异,具有可比性,两组患者治疗过程中未出现因不良反应或其他原因所导致的病例脱落。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 肛周脓肿和肛瘘符合《SICCR 共识声明:肛周脓肿和肛瘘的评估和管理》相关诊断^[11];痔符合《痔临床诊治指南(2006 版)》^[12]有关诊断;尿潴留符合《现代外科学》^[13]诊断标准,下腹尿胀难忍,耻骨上区触及膨大膀胱,按压尿意感加重。

1.2.2 中医诊断标准 均符合《中医病证诊断疗效标准》^[14]中“癃闭”诊断要点,主证,小便不利,点滴不出,或小便闭塞不通,点滴全无,触、叩小腹膀胱区明显胀满;次证,小腹坠胀,语声低微,气短,精神疲乏,食欲不振,舌质淡,脉弱,凡具备以上主证中 2 项及次证中任 1 项,即可纳入。

1.3 纳入标准 年龄 20 ~ 76 岁;均符合临床肛瘘、痔诊断标准,且行痔瘕术;术后 6 ~ 24 h,不能自行排尿;查体耻骨上区膨隆肿物,按之波动感,叩诊呈浊音;影像检查示膀胱残余尿量 > 600 mL;经河北省中医院医学会伦理会审核通过(批号 2014-03-18),本人或家属知情同意,签署知情同意书,自愿参与研究。

1.4 排除标准 伴其他肛门疾病所致尿潴留者;术前排尿功能障碍,前列腺肥大或泌尿系感染者;伴严重心、脑、肝肾及造血系统等原发性疾病者;妊娠期或哺乳期妇女;术后使用镇痛泵或肛门局部注射长效镇痛剂者;严重不良反应事件或并发症或特殊病理变化等不宜继续治疗者;精神病史,表述不清,依从性差者。

1.5 治疗方法 均予听流水声诱导、心理疏导和膀胱区按摩等基础治疗,对照组予溴新斯的明(上海信谊药厂有限公司,国药准字 H31020610) 15 mg/次,口服,3 次/d,同时给予癃闭舒胶囊(石家庄科迪药业有限公司,国药准字 Z10960007),3 粒/次,2 次/d;研究组予八正散加减口服,组方:黄芪 30 g,篇蓄 15 g,木通 15 g,车前子 15 g,滑石 15 g,瞿麦 15 g,石韦 15 g,泽泻 15 g,葱白 15 g。以上诸药均来源于河北省中医院门诊中药房,由河北省中医院药学部相聪坤副主任中药师鉴定为正品,加水 500 mL,文火煎煮至 200 mL,每日 1 剂,间隔 1 h 分 2 次服用,并将药渣(温度控制 50 °C 左右)置于少腹局部热敷 15 min。

1.6 观察指标

1.6.1 尿动力学参数 采用加拿大 Laborie 公司生产 UDS 600 型尿动力学仪和 B 超检测相关尿动力学参数,最大尿流量(Q-max),最大尿意膀胱容量(VMCC),最大尿率时逼尿肌压(Pdet-Q-max),PVR。

1.6.2 膀胱功能 采用 UDS 600 型尿动力学仪行充盈性膀胱测压、括约肌肌电图检查,并使用 Schafer 线性被动尿道阻力关系(LPURR)图进行分析。逼尿肌受损,LPURR 示,逼尿肌收缩力很弱(VW)或弱减(W⁻)或弱加(W⁺)级别。低顺应性,充盈期膀胱顺应性≤20 mL·(cm H₂O)⁻¹。膀胱感觉缺失,充盈期膀胱初感容量至少 200 mL。逼尿肌过度活动,膀胱充盈期可见逼尿肌自发或刺激诱发

不自主收缩。

1.6.3 恢复时间 专人动态检测所有患者排尿情况,包括自行排尿和完全排尿通畅,以及首次排便和进食时间,并详细记录、整理。

1.6.4 中医主要症状评分 参照《中药新药临床研究指导原则》^[15]评价术后尿潴留主要症状(排尿无力、小腹坠胀、怠倦乏力)评分。排尿无力,排尿流畅,0 分;稍有困难,需加腹压才能排尽,1 分;困难,加腹压仍有尿不尽感,2 分;困难,加腹压亦不能排出,3 分。小腹坠胀,无,0 分;少腹坠胀不适,时有时无,1 分;少腹坠胀不适,持续存在,2 分;少腹坠胀难以忍受,3 分。倦怠乏力,无,0 分;偶尔疲乏,可坚持轻体力,1 分;一般体力即感乏力,勉强支持日常活动,2 分;休息亦感乏力,不能坚持正常生活,3 分。

1.6.5 疗效评价标准^[16] 临床疗效评价标准拟定如下,痊愈,1 h 内排尿,且 2 h 内排尽,少腹无胀满感和膀胱充盈感,PVR 在正常范围;好转,2 h 内排尿,且 4 h 内排完,少腹胀满感和膀胱充盈感不明显,PVR 接近正常值;无效,4 h 内仍不能自主排尿,少腹胀满感和膀胱充盈感未见消失,甚至加重,酌情需留置导尿管引流尿液。

$$\text{总有效率} = (\text{痊愈例数} + \text{好转例数}) / \text{总例数} \times 100\%$$

1.7 统计学方法 使用 SPSS 17.0 软件进行统计学分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料以 % 表示,采用 χ^2 检验,等级资料以 % 表示,采用非参数检验,以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者尿动力学参数比较 与治疗前比较,两组尿动力学参数 Q-max, Pdet-Q-max 水平显著升高 (*P* < 0.01), VMCC, PVR 水平显著降低 (*P* < 0.01); 与治疗后对照组比较,研究组 Q-max 及 Pdet-Q-max 水平显著升高 (*P* < 0.01), VMCC 及 PVR 水平显著降低 (*P* < 0.01)。见表 1。

表 1 两组患者尿动力学参数比较($\bar{x} \pm s, n = 53$)

Table 1 Comparison of urinary kinetic parameters between two groups($\bar{x} \pm s, n = 53$)

组别	时间	Q-max/mL·s ⁻¹	VMCC/mL	Pdet-Q-max/cmH ₂ O ⁻¹	PVR/mL
对照	治疗前	7.64 ± 1.03	174.39 ± 22.55	25.74 ± 3.44	86.49 ± 11.36
	治疗后	14.76 ± 2.09 ¹⁾	283.28 ± 38.39 ¹⁾	31.46 ± 4.38 ¹⁾	41.27 ± 5.57 ¹⁾
研究	治疗前	7.70 ± 1.06	172.69 ± 23.18	24.88 ± 3.50	87.21 ± 12.16
	治疗后	19.87 ± 2.38 ^{1,2)}	384.56 ± 53.28 ^{1,2)}	39.79 ± 5.64 ^{1,2)}	28.43 ± 4.02 ^{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 4 同)。

2.2 两组患者膀胱功能比较 与治疗前比较,两组逼尿肌受损、膀胱低顺应性和膀胱感觉缺失发生率均

明显降低 (*P* < 0.05),逼尿肌过度活动发生率无明显变化;与治疗后对照组比较,研究组逼尿肌受损、膀胱

低顺应性和膀胱感觉缺失发生率均明显较低 ($P < 0.05$), 逼尿肌过度活动发生率无差异。见表 2。

表 2 两组患者膀胱功能比较 ($n = 53$)

Table 2 Comparison of Bladder function indexes between two groups ($n = 53$)

组别	阶段	逼尿肌受损	膀胱低顺应性	膀胱感觉缺失	逼尿肌过度活动
对照	治疗前	48(90.57)	26(49.06)	43(81.13)	7(13.20)
	治疗后	17(32.08) ¹⁾	12(22.64) ¹⁾	14(26.42) ¹⁾	4(7.55)
研究	治疗前	50(94.34)	27(50.94)	45(84.91)	8(15.09)
	治疗后	5(9.43) ^{1,2)}	2(3.77) ^{1,2)}	3(5.66) ^{1,2)}	5(9.43)

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

2.3 两组患者症状恢复时间比较 动态检测显示, 研究组自行排尿时间, 完全通畅排尿时间, 首次排便时间, 进食时间均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者症状恢复时间的比较 ($\bar{x} \pm s, n = 53$)

Table 3 Comparison of Symptom recovery time between two groups ($\bar{x} \pm s, n = 53$)

组别	自行排尿 /min	完全通畅 排尿/h	首次排便 /h	进食 /d
对照	47.52 ± 6.63	5.27 ± 0.72	44.79 ± 6.28	2.13 ± 0.27
研究	38.84 ± 5.44 ²⁾	4.50 ± 0.57 ¹⁾	35.48 ± 5.01 ¹⁾	1.48 ± 0.20 ¹⁾

注: 与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者中医主要症状评分 与治疗前比较, 两组排尿无力、小腹坠胀和倦怠乏力主要症状评分均显著降低 ($P < 0.01$); 与治疗前对照组比较, 研究组排尿无力、小腹坠胀和倦怠乏力主要症状评分均显著降低 ($P < 0.01$)。见表 4。

表 4 两组患者中医主要症状评分的比较 ($\bar{x} \pm s, n = 53$)

Table 4 Comparison of main traditional Chinese medicine symptom scores between two groups ($\bar{x} \pm s, n = 53$)

组别	时间	排尿无力	小腹坠胀	倦怠乏力
对照	治疗前	2.49 ± 0.29	2.57 ± 0.28	1.56 ± 0.19
	治疗后	1.72 ± 0.22 ¹⁾	1.42 ± 0.18 ¹⁾	0.93 ± 0.10 ¹⁾
研究	治疗前	2.50 ± 0.32	2.61 ± 0.33	1.60 ± 0.20
	治疗后	1.43 ± 0.17 ^{1,2)}	1.12 ± 0.14 ^{1,2)}	0.51 ± 0.07 ^{1,2)}

2.5 两组患者临床疗效比较 治疗后, 对照组总有效率 84.91%; 研究组总有效率 94.34%, 研究组高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组患者临床疗效比较 ($n = 53$)

Table 5 Comparison of clinical efficacy between two groups ($n = 53$)

组别	痊愈 /例 (%)	好转 /例 (%)	无效 /例 (%)	总有效率 /%
对照	28(52.83)	17(32.08)	8(15.09)	84.91
研究	40(75.47)	10(18.87)	3(5.66)	94.34

2.6 安全性评价 对照组发生 1 例头疼, 1 例头晕, 1 例轻微胃肠道反应, 研究组发生 1 例头晕, 1 例轻微胃肠道反应, 两组患者症状均未经特殊处置自行缓解, 两组不良反应发生率差异无统计学意义。

3 讨论

正常情况下, 大脑皮质到脑干均存在针对排尿反射的易化、抑制中枢, 调控排尿反射, 是骶 2~4 发出的盆神经中副交感神经, 其兴奋能使逼尿肌收缩、膀胱内括约肌松弛^[15], 从而促进排尿活动。术中麻醉、手术刺激和疼痛等^[16], 作用会阴部神经及肌肉, 极易引起膀胱颈或尿道括约肌痉挛, 从而发生尿潴留。其能导致膀胱过度膨胀以及永久性逼尿肌损伤^[17], 不仅增加住院经费, 还给患者带来极大痛苦, 严重影响生活质量。痔瘕术后尿潴留发病因素, 多与患者本身生理特点、疼痛、麻醉药物、手术损伤以及肛门填充物过多等^[18]有关。目前, 临床上针对肛肠术后尿潴留多以听流水声、热敷、会阴冲洗等诱导法促使排尿, 无效时再行导尿术。但导尿术属侵入治疗方法, 不仅带来新的痛苦, 还容易引起泌尿系的感染^[19]。因此, 寻求高效、易接受的防治痔瘕术后尿潴留具有重要临床价值。

尿潴留归属于中医学“癃闭”范畴, “癃”是指小便点滴量少, “闭”是指小便点滴不通^[20]。癃闭始见于《黄帝内经》, 在《素问·五常政大论》指出“其病癃闭, 邪伤肾也”。古书亦记载“膀胱不利为癃, 不约为遗溺”、“膀胱者州都之官, 津液藏焉, 气化则出矣”, 故认为其责在膀胱^[21]。现代医家认为, 尿潴留病耗伤正, 而手术伤筋、伤精血, 肾之阴阳具虚, 从而导致三焦气化功能障碍^[22], 引起膀胱开合失司, 形成“癃闭”。《灵枢·本输》曰: “三焦者……实则闭癃, 虚则遗溺, 遗溺则补之, 闭癃则泻之。”故“癃闭”病位主在膀胱, 与三焦、肺、脾、肾密切相关。根据“腑以通为用”原则, 因此“癃闭”当以通。方中黄芪益气补虚, 兼可利水, 瞿麦、泽泻均具利水渗湿之功, 石韦清热利湿, 利尿通淋, 佐以萹蓄、车前子、滑石则更添渗泄水道之功, 木通泻火行水、通利血脉。本方重用黄芪, 性甘、微温, 益气健脾, 取“治水先以益气”之意, 气行则水行。大量实验已证实, 黄芪通过提高肾小球滤过率, 从而改善多种疾病状态下的水钠潴留^[23], 有较强的利尿作用。萹蓄, “利湿热, 通小便之药也”, 并有显著利尿作用。木通、瞿麦利尿通淋。车前子, 《神农本草经》指出“主气癃, 止痛, 利水道小便”, 有显著利尿作用^[24]。滑石性甘、淡、寒, “主癃闭, 利小便”, 是治淋证、暑湿常用药。石

韦,《神农本草经》曰:“主劳热邪气,五癰闭不通,利小便水道”,并对变形杆菌、大肠埃希菌等有不同程度抑制作用。泽泻甘、寒,利水渗湿,可“治五淋,利膀胱热,宣通水”,其中 24-乙酰泽泻醇 A 和泽泻醇 B 是利尿主要活性成分,其机制与所含钾离子有关。葱白辛温,宣通阳气,使阳气上下顺接、内外通畅,利于膀胱气机恢复。上述药物合理配伍,发挥强大通利膀胱、利尿作用。兼以药渣烫熨,疏通脏腑经脉,暖肾温脾,疏导气机和下气降逆,改善局部微循环和血管扩张。研究组总有效率高于对照组,提示八正散加减调配兼以加热外敷,起效快,用药直接、方便,且操作简单。

尿潴留是痔瘕术后常见并发症,且发生率高。痔瘕术后尿潴留使患者十分痛苦,对其基础疾病的恢复极为不利,而且加重患者负担,因此关键在于预防。尿动力学参数作为一种评价尿路功能的新方法、新指标,逐渐受到临床的重视。尿动力学参数可提供准确的病理生理学量化参数,进而区别患者排尿功能障碍程度,对患者下尿路功能障碍诊断具有重要意义,同时也是评价手术疗效的评价指标。本研究中,尿动力学参数 Q -max, Pdet- Q -max, VMCC 及 PVR 水平均有明显改善,表明八正散加减有助于排尿功能的恢复。尿流动力学定量指标综合分析,可作为客观评价排尿困难程度的量化评估指标。通过研究可看出,研究组尿流动力学参数、膀胱功能以及中医主要症状评分均明显优于对照组,因此,本课题组推测八正散加减可能促进痔瘕术后神经修复和功能代偿,提高逼尿肌收缩力,从而提高膀胱张力以及内压力,升高排尿阈值,促进膀胱尿液排出,减少残余尿量,与其方剂中利尿通淋的中药密切相关,从而佐证了八正散加减治疗痔瘕术后尿潴留有满意的临床效果,但其具体作用机制有待下一步探讨。

综上,八正散加减能有效改善痔瘕术后湿热下注型尿潴留症状,促进排尿,缩短自行排尿时间,提高自主排尿能力,治疗效果满意,且方法简便、经济、痛苦少,易于接受,凸显中医药多途径、多靶点论治的优势和特色,值得临床推广。

【参考文献】

[1] 朱惠琴,李兰,朱惠芳.耳穴压豆在肛肠科术后尿潴留患者中的应用[J].中国民间疗法,2013,21(3):17.
[2] 毛丹丹,周建平.耳穴压籽配合放松训练治疗痔瘕术后尿潴留效果评价[J].现代实用医学,2016,28(7):900-901.
[3] 王萍,袁可,张开凤.中药八正散预防痔瘕手术后尿潴留的临床疗效观察[J].河北医学,2015,21(9):

1567-1569.

[4] 陈本会,薛萍,吴灵.艾灸穴位预防痔瘕术后尿潴留的疗效观察[J].华西医学,2015,30(2):321-322.
[5] 孙健,陆金根,林晖.耳压结合体穴低频电刺激预防混合痔术后尿潴留 80 例[J].上海中医药杂志,2015,49(2):58-60.
[6] 王迎霞.耳穴压豆治疗痔、瘕术后尿潴留 474 例效果比较[J].内蒙古中医药,2013,32(29):37.
[7] 林茂,雷燕,袁芳.八正散加针刺治疗痔疮、术后尿潴留[J].吉林中医药,2014,34(7):741-742.
[8] 王桂香,顾凤莲,孙江丽,等.八正散加味治疗急性尿路感染 62 例[J].辽宁中医杂志,2006,33(9):1161-1162.
[9] 李勋,孙自学,门波.爱活尿通片联合八正散加减治疗湿热下注型慢性前列腺炎[J].中国实验方剂学杂志,2014,20(10):233-235.
[10] 赵琛.八正散干预治疗腰硬联合麻醉术后尿潴留 98 例疗效观察[J].中药药理与临床,2015,31(1):317-318.
[11] 李国栋,寇玉明.中西医临床肛肠病学[M].北京:中国中医药出版社,1999:75-76.
[12] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组,中华中医药学会肛肠病专业委员会,中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会.痔临床诊治指南(2006 版)[J].中华胃肠外科杂志,2005,9(6):461-463.
[13] 石美鑫,张延龄.现代外科学[M].上海:复旦大学出版社,2002:1798.
[14] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:82.
[15] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:29.
[16] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:10-11.
[17] 冯晓敏,马建君.针灸配合穴位按摩治疗老年肛肠术后尿潴留的临床观察[J].上海针灸杂志,2014,33(5):405-407.
[18] 何涛宏,张敏,黄德铨.甲基硫酸新斯的明足三里穴位注射治疗肛肠术后尿潴留[J].实用中西医结合临床,2013,13(8):33-34.
[19] 杨书周.中西医结合阶梯方案治疗痔瘕术后尿潴留 186 例[J].中外医学研究,2016,14(19):130-132.
[20] 王秋赛,冯德魁.中医多途径综合疗法对肛肠术后尿潴留临床症状及生活质量的影响[J].中国老年学杂志,2016,36(18):4536-4538.
[21] 任耀龙,王永刚,崔淑兰,等.补气药利尿与抗利尿作用及其临床配伍应用[J].辽宁中医药大学学报,2014,16(7):101-103.
[22] 王芳,王敏.车前子的新药理作用及机制的研究进展[J].医学综述,2013,19(19):3562-3564.
[23] 赵宇辉,唐丹丹,陈丹倩,等.利尿药茯苓、茯苓皮、猪苓和泽泻的化学成分及其利尿作用机制研究进展[J].中国药理学与毒理学杂志,2014,28(4):594-599.
[24] 全仁夫,陈荣良,许世超,等.芒针透刺秩边-水道穴对脊髓损伤后尿潴留膀胱尿动力学的影响[J].中国骨伤,2013,26(1):54-58.

【责任编辑 张丰丰】