

# 八正散加减对湿热下注型痔瘘术后尿潴留疗效及对恢复排尿时间的影响

陈爱霞<sup>1\*</sup>, 王欣<sup>2</sup>, 吴春晓<sup>1</sup>, 江雪<sup>1</sup>, 王梅青<sup>1</sup>, 周颖<sup>1</sup>, 刘占伦<sup>1</sup>

(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:**探讨湿热下注型痔瘘术后尿潴留(UR)应用八正散加减治疗的临床效果及对患者排尿功能恢复时间的影响。**方法:**选取河北省中医院2015年3月—2017年3月收治的134例痔瘘术后UR患者,运用随机数字表法均分为两组。所有患者均予以相同的基础治疗,对照组在此基础上联合新斯的明治疗,观察组在对照组基础上加用八正散加减治疗。记录比较两组治疗前后视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS),焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)评分,术后首次排尿情况、临床疗效及不良反应情况。**结果:**与治疗前比较,两组治疗后VAS, SAS评分较治疗前均显著降低( $P < 0.01$ );与对照组治疗后比较,观察组下降更显著( $P < 0.01$ )。观察组术后首次排尿时间显著缩短、膀胱残余尿量(RUV)显著减少、最大尿流率( $Q_{max}$ )较对照组显著升高( $P < 0.01$ )。治疗后,观察组总有效率为94.0%,对照组总有效率79.1%,观察组优于对照组( $P < 0.05$ )。治疗后观察组患者尿路感染、出血、疼痛及再次发生尿潴留发生率明显低于对照组( $P < 0.05$ )。两组不良反应比较差异无统计学意义。**结论:**湿热下注型痔瘘术后尿潴留应用八正散加减治疗更能迅速缓解患者的临床症状体征、恢复自主排尿功能,临床疗效优于新斯的明。

**[关键词]** 痔瘘; 术后尿潴留; 湿热下注型; 八正散加减; 恢复排尿时间

**[中图分类号]** R24; R22; R2-03; R287; R277.5 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2018)02-0170-05

**[doi]** 10.13422/j.cnki.syfjx.2018020170

**[网络出版地址]** <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20171011.1431.052.html>

**[网络出版时间]** 2017-10-11 14:31

## Effect of Modified Bazhengsan on Postoperative Retention of Urine with Symptom of Downward Flow of Damp-heat After Hemorrhoid Fistula and Urination Function Recovery Time

CHEN Ai-xia<sup>1\*</sup>, WANG Xin<sup>2</sup>, WU Chun-xiao<sup>1</sup>, JIANG Xue<sup>1</sup>,  
WANG Mei-qing<sup>1</sup>, ZHOU Ying<sup>1</sup>, LIU Zhan-lun<sup>1</sup>

(1. Hebei Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang 050011, China;

2. Cangzhou Medical College, Cangzhou 061001, China)

**[Abstract]** **Objective:** To explore the effect of modified Bazhengsan on postoperative retention of urine (UR) with symptom of downward flow of damp-heat after hemorrhoid fistula and urination function recovery time. **Method:** A total of 134 cases with UR after hemorrhoid fistula in our hospital from March 2015 to March 2017 were selected as research objectives and divided into two groups randomly. The same basic therapies were provided to both groups. Besides, neostigmine (Neo) was additionally administered to control group, while modified Bazhengsan was additionally administered to observation group. The two groups' visual analogue scale (VAS), self-rating anxiety scale (SAS) score before and after treatment, first postoperative urination, clinical efficacy and adverse reactions were recorded and compared. **Result:** The two groups' VAS and SAS scores after treatment were

**[收稿日期]** 20170525(007)

**[基金项目]** 河北省中医药管理局科研计划项目(2013057)

**[通信作者]** \* 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

significant lower than those before treatment ( $P < 0.01$ ), particularly the observation group ( $P < 0.01$ ). Compared with control group, observation group had a significantly shorter first postoperative urination time, with a significant decrease in residual urine volume (RUV) and a significant increase in maximum urinary flow rate ( $Q_{\max}$ ) ( $P < 0.01$ ). After treatment, observation group's total effective rate was 94.0%, which was significantly higher than 79.1% of control group ( $P < 0.05$ ). There was no obvious adverse reaction/event in two groups. After treatment, the differences in incidence of urinary tract infection, hemorrhage, pain and re-occurrence of urinary retention were statistically significant between two groups ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Modified Bazhengsan can relieve clinical symptoms and signs among patients with retention of urine with symptom of downward flow of damp-heat after hemorrhoid fistula, with a better clinical efficacy than neostigmine.

[ **Key words** ] hemorrhoid fistula; postoperative urinary retention; symptom of downward flow of damp-heat sign; modified Bazhengsan; urination recovery time

痔瘕属临床多发病与常见病,其主要症状有脱出、疼痛、便血、排便困难及局部分泌物增多等。外科手术是目前治疗痔瘕最为广泛、有效的方式<sup>[1]</sup>。因肛门直肠生理功能、解剖结构的特殊性,再加之手术及有创操作对机体的损伤,术后极易出现并发症,进而直接影响手术效果。尿潴留(UR)是痔瘕术后常见并发症。若处理不及时、有效,易引发膀胱过度膨胀、尿路感染,更甚者发生逼尿肌永久损伤、肾盂积水、肾功能受损等<sup>[2]</sup>。当前临床对于痔瘕术后UR的常规处理措施较多,包括心理疏导、诱导排尿、腹部热敷、药物治疗等,但总体治疗效果并不理想<sup>[3-4]</sup>。中医药在防治肛肠术后UR方面历史悠久、经验丰富<sup>[5]</sup>。痔瘕术后UR属中医“癃闭”范畴,其患者中医证型以湿热下注型更为多见。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<sup>[6]</sup>,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8味药物组成,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<sup>[7-10]</sup>。本研究以河北省中医院收治的痔瘕术后UR患者为研究对象,探讨痔瘕术后UR湿热下注型应用八正散加减治疗的临床效果及对患者排尿功能恢复时间的影响。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取河北省中医院2015年3月—2017年3月收治的142例痔瘕术后UR患者,运用随机数字表法均分为两组。其中治疗期间剔除5例(3例因服药依从性差,2例临床资料不全),脱落3例(2例失访,1例主动要求退出),故实际纳入134例患者。观察组67例,男性37例,女性30例;年龄( $41.3 \pm 6.5$ )岁;术后日补液量( $884.3 \pm 47.1$ )mL;手术时间( $51.2 \pm 7.8$ )min;体质量指数(BMI)

( $23.4 \pm 1.7$ ) $\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$ ;UR病情程度<sup>[11]</sup>,轻度23例,中度33例,重度11例;疾病种类,肛瘘26例,混合痔41例。对照组67例,男性35例,女性32例;年龄( $40.8 \pm 6.6$ )岁;术后日补液量( $875.3 \pm 49.3$ )mL;手术时间( $49.8 \pm 7.9$ )min;BMI( $23.1 \pm 1.8$ ) $\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$ ;UR病情程度,轻度21例,中度36例,重度10例;疾病种类,肛瘘24例,混合痔43例。两组基线资料对比差异均不显著,具有临床可比性,本研究经河北省中医院医学伦理委员会审核通过(编号2015-03-22),患者知情并自愿签署知情同意书。

**1.2 西医诊断标准** 参照《手术并发症学》<sup>[12]</sup>中制定的术后UR西医诊断标准,①患者于术后6~8h未排尿;②症状,下腹拒按、胀痛,尿意窘迫、尿急;③检查,耻骨上隆起,有压痛,可触及胀大的膀胱,叩诊呈独音。

**1.3 中医辨证标准** 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[11]</sup>中癃闭湿热下注证的中医辨证标准,主证,①小腹胀满;②尿闭不通;③小便量少、点滴而出。次证,①口渴不欲饮;②口苦口黏。舌脉象,舌苔黄腻、舌质红,脉数。主证必备参考舌脉象与次证,即可诊断。

**1.4 纳入标准** ①符合上述术后UR西医诊断标准,并经腹部B超确诊;②符合以上湿热下注型癃闭的中医辨证标准;③因高位肛瘘、混合痔等痔瘕病人入院行手术治疗者,麻醉方式为骶管麻醉,手术时间 $\leq 90$ min;④年龄18~65岁;⑤术前常规排空膀胱、禁食禁饮4~6h,术后日补液量 $< 1\ 000$ mL,经诱导排尿后仍无法自主排尿;⑥所有患者手术操作均由同一组外科医师完成,麻醉过程亦由同一位麻醉师进行;⑦未合并创面感染、水肿、术后出血等其他并发症;⑧BMI $\leq 30$  $\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$ ;⑨患者临床资料完整,自愿参加本研究,并签署知情同意书;⑩依从性

高,能积极配合本研究相关治疗与检查。

**1.5 排除标准** ①合并精神病或严重造血系统、肝脏系统、心血管系统等原发疾病者;②因膀胱颈结石、急(慢)性肾功能衰竭、尿道狭窄、肿瘤、尿路结石等原因所致的无尿或少尿者;③过敏体质或对本研究使用药物过敏者;④哺乳或妊娠期妇女;⑤术后有解痉镇痛药物使用史者;⑥伴有前列腺肥大、尿路手术史、泌尿系统感染者;⑦排除同期服用类似功效药物治疗者。

**1.6 方法** 所有患者参照《痔临床诊治指南(2006版)》<sup>[13]</sup>给予患者基础治疗,包括①心理疏导,以增加自行排尿信心;②诱导排尿,有听流水声及膀胱区热敷、穴位按摩等干预措施。对照组在此基础上,联合新斯的明(Neo,江苏浦金药业有限公司,国药准字 H20044811)治疗;具体为臀部常规肌内注射,1 mg/次,1 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),1 次 3 粒,每日 2 次;观察组在对照组基础上,加用八正散加减治疗;方药组成:黄柏 15 g,篇蓄、滑石、木通、车前子、丹参各 12 g,黄连、泽泻、瞿麦、金银花、石韦、葱白各 10 g,炙甘草 6 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。水煎温服,由本院煎药室统一用文火煎制,每剂煎取 200 mL,均分为 100 mL/袋后真空无菌包装,分 2 次间隔 1 h 内服。随证加减,术后发热甚者,加黄芩、连翘各 15 g;术后疼痛甚者,加川楝子、延胡索各 10 g;术后血瘀甚者,加桃仁、牡丹皮、赤芍各 10 g。经以上措施处理后,仍无法自行排尿者应及时行常规导尿术治疗。

**1.7 观察指标** 疼痛评估<sup>[14]</sup>,采用视觉模拟评分法(VAS)对每位患者治疗前后疼痛程度进行判定;VAS 共分为 11 级(以 0~10 cm 表示),依次又以 0~10 分表示,0 分代表无痛,10 分表示难以忍受、最剧烈的疼痛;分数越高说明疼痛感越强烈。

焦虑状态评估<sup>[15]</sup>,采取焦虑自评量表(SAS)对所有患者治疗前后焦虑症状进行评价;SAS 共包含 20 个项目,每项均采取 4 级评分(以 1~4 分表示),各项得分相加总和即为粗分,标准分 = 1.25 × 粗分(结果取整数部分),故标准分最高分为 100 分;以 50 分为分界,<50 分表明无焦虑情绪,≥50 分说明有焦虑症状,且评分越高表示症状越明显。

术后首次排尿情况,①首次排尿时间,详细记录每位患者术毕至第 1 次自主排尿的间隔时间;

②首次排尿膀胱残余尿量(RUV)测定,运用 MD-6000 型膀胱超声测容仪(天津迈达公司)进行测算,超声频率 2.5 MHz,扫描深度 20 cm,以三维机械扇形扫描为扫描方式。③最大尿流率( $Q_{max}$ )测定,采用 Helix 型尿动力仪(德国 Andromeda 公司)对经治疗后能自主排尿的患者进行  $Q_{max}$ 测定。

疗效判定标准<sup>[11]</sup>,①临床控制,疗效指数(N) ≥ 90%;②显效,60% ≤ N < 90%;③有效,15% ≤ N < 60%;④无效,N < 15%。湿热下注型癃闭中医证候(主、次证)分级量化标准参照文献[6]。总有效率 = (临床控制 + 显效 + 有效)/总例数 × 100%,N = (治疗前积分 - 治疗后积分)/治疗前积分 × 100%。

不良反应情况,对每位患者药物治疗期间所发生的不良反应(事件)进行详细记录。

**1.8 安全性评价** 治疗期间可能发生的不良反应;用药前后血尿常规、肝肾功能等检查。

**1.9 统计学分析** 运用统计软件 SPSS 20.0 分析数据,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,应用 *t* 检验,计数资料以 % 表示,采取  $\chi^2$  检验,以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者治疗前后 VAS,SAS 评分比较** 两组治疗后 VAS,SAS 评分较治疗前均显著降低(*P* < 0.01),且观察组下降更显著(*P* < 0.01)。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 VAS,SAS 评分比较( $\bar{x} \pm s, n = 67$ )

Table 1 Comparison of VAS, SAS scores before and after treatment between two groups( $\bar{x} \pm s, n = 67$ )			
组别	时间	VAS 评分	SAS 评分
对照	治疗前	4.71 ± 1.25	50.19 ± 6.93
	治疗后	3.84 ± 1.09 <sup>1)</sup>	40.83 ± 5.74 <sup>1)</sup>
观察	治疗前	4.68 ± 1.27	51.37 ± 6.85
	治疗后	2.47 ± 0.83 <sup>1,2)</sup>	32.28 ± 4.15 <sup>1,2)</sup>

注:与本组治疗前比较<sup>1)</sup>*P* < 0.01;与对照组治疗后比较<sup>2)</sup>*P* < 0.01。

**2.2 两组患者术后首次排尿情况比较** 与对照组治疗后相比,观察组术后首次排尿时间显著缩短,完全通畅排尿时间、膀胱 RUV 显著减少, $Q_{max}$ 显著升高(*P* < 0.01)。见表 2。

表 2 两组患者术后首次排尿情况比较( $\bar{x} \pm s, n = 67$ )

Table 2 Comparison of first postoperative urination between two groups( $\bar{x} \pm s, n = 67$ )				
组别	首次排尿时间 /h	完全通畅排尿 /h	膀胱 RUV /mL	$Q_{max}$ /mL·s <sup>-1</sup>
观察	4.32 ± 0.67 <sup>1)</sup>	5.53 ± 0.68 <sup>1)</sup>	23.47 ± 4.28 <sup>1)</sup>	7.58 ± 1.79 <sup>1)</sup>
对照	6.85 ± 0.94	7.12 ± 0.52	37.62 ± 7.15	5.26 ± 1.65

注:与对照组比较<sup>1)</sup>*P* < 0.01(表 3 同)。

**2.3 两组患者临床疗效比较** 治疗后,观察组总有效率为 94.0%,较对照组(79.1%)显著升高( $P < 0.01$ )。见表 3。

表 3 两组患者临床疗效比较

Table 3 Comparison of clinical effect between two groups

组别	临床控制 /例	显效 /例	有效 /例	无效 /例	总有效 /例(%)
观察	23	25	15	4	63(94.0) <sup>1)</sup>
对照	15	18	20	14	53(79.1)

**2.4 两组患者尿路感染、出血、疼痛及尿潴留再次发生率比较** 治疗后,观察组患者尿路感染、出血、疼痛及再次发生尿潴留发生率明显低于对照组( $P < 0.05, P < 0.01$ )。见表 4。

表 4 两组患者尿路感染、出血、疼痛及尿潴留再次发生率比较

Table 4 Comparison of urinary tract infection, bleeding, pain and recurrence of urinary retention in two groups between two groups

组别	尿路感染	出血	疼痛	再次发生尿潴留 例(%)
观察	2(2.99) <sup>2)</sup>	1(1.49) <sup>2)</sup>	1(1.49) <sup>2)</sup>	2(2.99) <sup>1)</sup>
对照	9(13.43)	8(11.94)	7(10.45)	8(11.94)

注:与对照组比较<sup>1)</sup> $P < 0.05, ^{2)}$  $P < 0.01$ 。

**2.5 不良反应** 对照组发生 1 例腹痛,2 例皮疹,2 例轻微胃肠道反应,观察组发生 2 例呕吐,2 例轻微胃肠道反应,两组患者症状经对证处理后自行缓解,不良反应发生率差异无统计学意义。

### 3 讨论

排尿是一种复杂的反射活动,若其反射弧任何环节出现异常,均可引发排尿功能障碍。西医学认为导致痔瘕术后 UR 的原因较为繁杂,主要包括手术因素(如手术的操作过程与时间、术后切口疼痛、麻醉方式、围术期补液过多或过快、术前未排空膀胱等),心理精神因素(如对环境改变和手术未知而产生恐惧等不良情绪、患者不习惯床上排尿等)。Neo 属抗胆碱酯酶药,是当下临床治疗术后 UR 的常规用药。Neo 应用于治疗痔瘕术后 UR 的作用机制与优势在于①能通过对胆碱酯酶(ChE)活性的可逆性抑制,间接兴奋胆碱能神经,使得乙酰胆碱(ACh)大量蓄积于突触部位,进而可有效延长并增加 ACh 的胆碱能作用,增加胃肠道与膀胱平滑肌挛缩,从而有助于胃肠蠕动与排尿;②还可通过刺激尿道括约肌与膀胱逼尿肌、缓解尿道痉挛等途径促进排尿;③同时 Neo 不易透过血脑屏障,对支气管、眼及血管等部位平滑肌作用较弱,故而 Neo 具有对中枢神经系统

(CNS)副作用较小、缩瞳作用较弱,且并不增加泌尿系统感染风险等优势<sup>[16]</sup>。

中医学认为肾主水、膀胱为津液之腑,肾与膀胱均属下焦,痔瘕手术会使下焦气化不利、湿热蕴结于下焦,气机失调致使肾与膀胱俱热,热入于胞、热气大盛,故而发为癃闭。因此湿热下注是引发痔瘕术后 UR 的重要中医病因病机,其治则应以清热利湿、补气利尿为主<sup>[17]</sup>。本研究针对以上中医基本病机,采用八正散加减治疗。方中黄柏有泻火解毒、清热燥湿之功,为君药;篇蓄有清热、利尿之效,滑石亦有渗湿、清热之功,木通可用于通利血脉、泻火行水,车前子具有渗湿通淋、清热利尿之功效,丹参有清心除烦、祛瘀止痛之功,此五者共为臣药;黄连则利于解毒、燥湿、泻火,泽泻、石韦有泄热通淋、利水渗湿之效,瞿麦则可用于破血通经、利尿通淋,金银花有清热解毒之效,葱白具有发汗解表、通阳、利尿之功,此六者共为使药;炙甘草为佐药,有益气复脉、补脾和胃之功。全方可共奏清热利湿、止痛通淋之功效,切中湿热下注型癃闭的中医病机要点。

手术操作会造成组织损伤而引发机体大量释放如 P 物质、组胺、缓激肽(BK)等炎症介质,产生术后疼痛,进而引起膀胱或尿道痉挛、出现 UR。本研究显示,采取 Neo 联合八正散加减治疗的观察组经治疗后 VAS 评分显著低于仅予以 Neo 治疗的对照同期;提示痔瘕术后 UR 采用 Neo 联合八正散加减治疗更能有效缓解患者疼痛。究其原因可能与黄柏、车前子、金银花、石韦等本八正散加减中的单味药能通过各自明显的抗炎机制,起到显著的镇痛效果有关<sup>[18-21]</sup>。手术属强烈应激源,极易造成患者术后产生焦虑等心理应激反应。有研究指出焦虑、紧张等不良情绪会增加患者尿道括约肌痉挛,从而使其出现排尿困难<sup>[22]</sup>。本研究中,与对照组同期比较,观察组治疗后 SAS 评分下降更显著;说明加用八正散加减治疗更有利于改善痔瘕术后 UR 患者的焦虑情绪。分析原因可能与本经验方中丹参、黄连等单味药材具有抗抑郁、抗焦虑等药理作用关系密切<sup>[23-24]</sup>。本研究结果显示,与对照组相比,观察组术后首次排尿时间显著缩短,膀胱 RUV 显著减少, $Q_{max}$ 显著升高;表明痔瘕术后 UR 患者加用八正散治疗更有助于迅速调节其膀胱功能,恢复自主排尿。究其原因不仅与术后 UR 患者疼痛、焦虑等致病因素的缓解有关,还与以下单味药材的药理机制关系密切,现代药理研究显示篇蓄、泽泻、葱白等具有利尿作用<sup>[25-27]</sup>,动物实验亦发现车前草总黄酮具有

增强膀胱排泄、利尿等药理作用<sup>[28]</sup>。本研究中,与对照组对比,观察组总有效率明显升高;提示加用八正散加减治疗更能短期内缓解痔瘕术后 UR 患者的中医症状体征,提升治疗效果。这可能与该方能从整体的角度出发,对痔瘕术后 UR 实现标本兼治有关。另外从药物安全性角度分析,两组用药期间均未有明显不良反应(事件);说明该联合用药的方案是安全可靠的。

综上所述,湿热下注型痔瘕术后尿潴留应用八正散加减治疗更能迅速缓解患者的临床症状体征、恢复自主排尿功能,疗效显著且安全性高。但对于八正散加减的具体作用机制及有效性与安全性,仍需更多临床研究进一步论证与分析。

[参考文献]

[1] van Iersel J J, Formijne J H A, Verheijen P M, et al. High-grade hemorrhoids requiring surgical treatment are common after laparoscopic ventral mesh rectopexy [J]. *Tech Coloproctol*, 2016, 20(4): 235-242.

[2] LIU H H, Tsung-Hsun T, SHANG S L, et al. Maximum urine flow rate of less than 15 mL/sec increasing risk of urine retention and prostate surgery among patients with alpha-1 blockers: a 10-year follow up study [J]. *PLoS One*, 2016, 11(8): e0160689.

[3] 艾建华, 蔺秀红, 尹秀珍. 普外科术后尿潴留的原因及临床护理措施 [J]. *河北医学*, 2015, 21(6): 1026-1028.

[4] 杨文艳. 肛肠术后尿潴留原因及中西医护理 [J]. *西部中医药*, 2016, 29(7): 140-143.

[5] 董蓓蓓, 史仁杰. 中医药治疗肛肠病术后尿潴留研究近况 [J]. *中国中医急症*, 2011, 20(3): 438-439.

[6] 谢小砚, 胡莹, 孔露, 等. 针灸综合疗法预防肛肠病术后尿潴留临床观察 [J]. *辽宁中医药大学学报*, 2008, 10(6): 164-165.

[7] 林茂, 雷燕, 袁芳. 八正散加针刺治疗痔瘕、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下术后尿潴留 98 例疗效观察 [J]. *中药药理与临床*, 2015, 31(1): 317-318.

[11] 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: 中华人民共和国卫生部, 1993: 171-174.

[12] 用文明, 徐根贤. 手术并发症学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 102.

[13] 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. 痔临床治疗指南 (2006 版) [J]. *中华胃肠外科杂志*, 2006, 9(5): 461-463.

[14] Mollerup A, Johansen J D. Response shift in severity assessment of hand eczema with visual analogue scales [J]. *Contact Dermatitis*, 2015, 72(3): 178-183.

[15] Zung W W. The differentiation of anxiety and depressive disorders: a biometric approach [J]. *Psychosomatics*, 1971, 12(6): 380-384.

[16] 杨桂芹, 李廷江. 新斯的明穴位注射治疗产后尿潴留的疗效观察 [J]. *针灸临床杂志*, 2016, 32(1): 35-37.

[17] 付欢欢, 余苏萍. 肛肠术后尿潴留的中西医治疗进展 [J]. *现代中西医结合杂志*, 2016, 25(17): 1927-1930.

[18] 杨磊, 张延英, 李卉, 等. 黄柏煎剂的抗炎、抗菌作用研究 [J]. *实验动物科学*, 2014, 31(4): 14-17.

[19] 李芬芬, 黄丹菲, 江乐明, 等. 大粒车前子多糖对脂多糖刺激 RAW264. 7 巨噬细胞的免疫调节作用 [J]. *食品科学*, 2014, 35(23): 249-252.

[20] 阮公梁, 王柳萍, 钟霞军, 等. 广西产石韦和柔软石韦抗炎镇痛作用研究 [J]. *广西医科大学学报*, 2015, 32(2): 182-185.

[21] 胡璇, 李卫东, 张硕峰, 等. 四倍体金银花水提物抗炎作用和急性毒性实验研究 [J]. *中草药*, 2015, 46(11): 1649-1652.

[22] Roth Damas P, Sempere Manuel M, Palop Larrea V. Fibromyalgia anxiety/depression urinary retention Dx? [J]. *J Fam Pract*, 2015, 64(9): E1-E3.

[23] 张月月, 王君明, 崔瑛, 等. 中药生物碱类成分抗焦虑或抑郁活性及黄连生物碱药理作用研究进展 [J]. *中华中医药杂志*, 2015, 30(4): 1184-1187.

[24] 袁媛, 吴芹, 石京山, 等. 丹参及其主要成分保肝作用的研究进展 [J]. *中国中药杂志*, 2015, 40(4): 588-593.

[25] 杨俊丽, 黄丽丹, 张亚中, 等. 篇蓄的研究进展 [J]. *安徽医药*, 2016, 20(6): 1025-1029.

[26] 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.

[27] 贺清, 赵勇, 覃佐涛, 等. 葱白提取物对心脑血管疾病作用的现代研究概况 [J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2016, 14(9): 970-972.

[28] 彭璇, 李玉山. 车前草总黄酮对大鼠膀胱和尿道平滑肌收缩反应的影响 [J]. *中医杂志*, 2015, 56(21): 1875-1879.

[责任编辑 张丰丰]