

针刺预防肛肠术后尿潴留的疗效观察

于婧辉¹ 周辉² 王嘉宜¹

¹宁夏回族自治区人民医院中医科,宁夏回族自治区银川 750002; ²河西镇中心卫生院全科,宁夏回族自治区吴忠 751300

通信作者:王嘉宜, Email: 15595298686@163.com

【摘要】目的 观察针刺对肛肠术后尿潴留的预防作用。**方法** 选择2021年8月至2022年8月就诊于宁夏回族自治区人民医院中医科收治的120例肛肠疾病行手术治疗患者作为研究对象。根据发生术后尿潴留前干预措施不同将患者分为对照组及针刺组,每组60例。对照组给予常规干预措施促进术后排尿;针刺组在对照组基础上,于术后4h给予普通针刺中极、三阴交、阴陵泉、膀胱俞等穴位,留针时间视其针感而定,约10~15min;若经以上治疗无效则肌内注射(肌注)新斯的明,仍无效即给予导尿。比较两组患者尿潴留发生情况、新斯的明使用率、导尿率,以及患者首次排尿时间、小腹症状评分、排尿状况评分和总体满意度的差异。**结果** 与对照组比较,针刺组尿潴留发生率、新斯的明使用率及留置导尿率均明显降低[尿潴留发生率:10.00%(6/60)比43.33%(26/60),新斯的明使用率:10.00%(6/60)比43.33%(26/60),留置导尿率:6.67%(4/60)比40.0%(24/60),均 $P<0.05$],首次排尿时间明显缩短($h:7.38\pm 0.69$ 比 6.44 ± 0.71 , $P<0.05$),小腹症状和排尿状况评分均明显降低[小腹症状评分(分): 1.82 ± 1.31 比 2.48 ± 1.56 ,排尿状况评分(分): 1.53 ± 1.37 比 2.75 ± 2.19 ,均 $P<0.05$],患者总体满意度明显升高[93.33%(56/60)比78.33%(47/60), $P<0.05$];两组均未出现不良反应及复发情况。**结论** 在肛肠术后尿潴留发生之前给予针刺治疗,可有效降低术后尿潴留发生率,促进患者术后排尿,改善临床症状,效果肯定,值得进一步研究。

【关键词】 针刺; 尿潴留; 肛肠手术; 预防

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2023.03.024

Observation on the therapeutic effect of acupuncture on preventing urinary retention after anorectal surgery

Yu Jinghui¹, Zhou Hui², Wang Jiayi¹

¹Department of Traditional Chinese Medicine, People's Hospital of Ningxia Hui Autonomous Region, Yinchuan 750002, Ningxia Hui Autonomous Region, China; ²Department of General, Hexi Town Central Health Center, Wuzhong 751300, Ningxia Hui Autonomous Region, China

Corresponding author: Wang Jiayi, Email: 15595298686@163.com

【Abstract】 Objective To observe the preventive effect of acupuncture on urinary retention after anorectal surgery. **Methods** From August 2021 to August 2022, 120 patients with anorectal diseases who received surgical treatment in Department of Traditional Chinese Medicine, People's Hospital of Ningxia Hui Autonomous Region were selected as the research objects. According to the different intervention measures before postoperative urinary retention, they were divided into control group and acupuncture group with 60 cases in each group. The control group was given routine intervention measures to promote postoperative urination; Based on the treatment of control group, the acupuncture group was given ordinary acupuncture at Zhongji, Sanyinjiao, Yinlingquan, Panguangshu and other points 4 hours after operation, and the needle retention time was about 10-15 minutes depending on the acupuncture sensation. If it is ineffective, Neostigmine was injected intramuscularly, and if it is still ineffective, the urinary catheterization was indwelled. The difference of occurrence of urinary retention, usage rate of neostigmine, urethral catheterization rate, first urination time, abdominal symptom score, urination status score, and overall satisfaction were compared between the two groups. **Results** Compared with the control group, the incidence of urinary retention, the injection rate of Neostigmine, and the indwelling catheterization rate in the acupuncture group were significantly reduced [the incidence of urinary retention: 10.00% (6/60) vs. 43.33% (26/60), the usage rate of Neostigmine: 10.00% (6/60) vs. 43.33% (26/60), the indwelling rate of catheter: 6.67% (4/60) vs. 40.0% (24/60), all $P<0.05$], the first micturition time was significantly shortened (hours: 7.38 ± 0.69 vs. 6.44 ± 0.71 , $P<0.05$), and the scores of abdominal symptoms and micturition status were significantly reduced (abdominal symptoms score: 1.82 ± 1.31 vs. 2.48 ± 1.56 , micturition status score: 1.53 ± 1.37 vs. 2.75 ± 2.19 , both $P<0.05$), the overall satisfaction increased significantly [93.33% (56/60) vs. 78.33% (47/60), $P<0.05$]. There were no adverse reactions and recurrence in both groups. **Conclusion** Acupuncture treatment before urinary retention after anorectal surgery can effectively reduce the incidence of postoperative urinary retention, promote postoperative urination and improve clinical symptoms. The effect is positive and worthy of further study.

【Key words】 Acupuncture; Urinary retention; Anorectal surgery; Prevention

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2023.03.024

术后尿潴留是指患者术后8h内无法排尿、膀胱内尿量大于600mL,或排尿不畅而无法有效排空

尿液,膀胱内尿液残余尿量 >100 mL,是术后常见的并发症之一,表现为下腹膨隆、尿意急迫而无法自

解。由于膀胱特殊的解剖位置,肛门直肠术后尿潴留情况尤易发生。痔瘘手术后出血风险高,术后需肛内局部填塞敷料,起到局部止血作用,而这种局部加压填塞止血方法因为在肛内,会增加患者术后肛门坠胀不适,排尿时膀胱收缩,牵拉直肠,进而加重肛门坠胀不适,而终止排尿,导致排尿不畅,发生术后尿潴留;其中以男性为甚,这与填压部位和男性前列腺解剖位置相近有关。研究显示,术后尿潴留发生率约为12%~52%^[1],若不能及时处理或治疗,膀胱过度充盈可导致出血乃至破裂,永久性损伤逼尿肌,甚至造成急性肾损伤、肾衰竭等。现代医学多以诱导排尿、注射新斯的明等药物治疗,但疗效欠佳,后续往往仍需导尿处理,但有研究表明,单次导尿有约1%~5%的概率引起尿路感染,而保留导尿管尿路感染的发生率约10%^[2],因此,保留导尿管的应用受到限制。研究显示,传统医学的针刺、艾灸、耳穴压豆等治疗方法对术后尿潴留颇有疗效且安全性高^[3]。本研究旨在观察针刺对肛肠术后尿潴留的预防作用,从而为预防术后尿潴留的发生提供参考。

1 资料与方法

1.1 研究对象:选择2021年8月至2022年8月本院收治的符合肛肠疾病诊断标准、在椎管内麻醉下行手术治疗的120例患者作为研究对象。

1.1.1 纳入标准:依据《肛瘘诊治中国专家共识(2020版)》^[4]《肛周脓肿临床诊治中国专家共识》^[5]及《中国痔病诊疗指南(2020)》^[6]中的诊断标准,明确诊断为混合痔、肛周脓肿及肛瘘并在椎管内麻醉下行手术治疗的患者。

1.1.2 排除标准:①针刺局部存在皮肤感染或皮肤病而不宜针刺者;②晕针者;③合并严重泌尿系统器质性病变者;④患有严重传染性疾病者;⑤合并精神疾病不能配合完成试验者;⑥有血液病者。

1.1.3 伦理学:本研究符合医学伦理学标准,并经本院医学伦理委员会批准(审批号:3023-11-015)。所有检查和治疗均获得患者或家属的知情同意。

1.2 研究分组:将患者按术后发生尿潴留前干预措施不同分为对照组和针刺组,每组60例。两组性别、年龄、病种等一般资料比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$;表1),说明两组资料均衡,具有可比性。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组:采用听流水声诱导、热敷下腹部、放松填塞物、督促并鼓励患者下床等传统物理方式促进术后排尿。

表1 不同预防尿潴留措施两组肛肠术后患者一般资料的比较

组别	例数 (例)	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病种(例)		
		男性	女性		混合痔	肛周脓肿	肛瘘
对照组	60	34	26	41.30 ± 14.06	25	27	8
针刺组	60	38	22	44.62 ± 12.32	29	22	9

注:对照组采用传统物理方式促进术后排尿,针刺组在常规干预方法基础上给予针刺

1.3.2 针刺组:在上述常规干预措施基础上,于术后4h给予普通针刺。具体操作方法:术后4h在患者已恢复下肢感觉的前提下,嘱其取侧卧位,常规消毒后予以针刺,选取中极、膀胱俞、三阴交、阴陵泉4穴,将1.5寸(同身寸)毫针快速进针(采用泻法)约1寸许(中极应斜刺),并快速行针至有得气感。行针时注意以其耐受为度,留针时间视其针感而定,约10~15min。针刺中极时须先叩诊以了解膀胱的位置,以此决定进针的角度及深浅,以针感放射至会阴处并引起小腹抽动为准。

若经以上治疗患者仍无法自行排尿,两组均肌肉内注射(肌注)新斯的明,若仍无效则予以留置导尿。

1.4 观察指标及方法:观察两组患者术后尿潴留发生率[西医诊断参考《手术并发症学》^[7]中术后尿潴留部分,中医诊断参考《中医病症诊断疗效标准》^[8]中癃闭相关内容]、术后排尿相关指标[首次排尿时间(自术后返回病房至第1次自行排尿)、小腹症状和排尿状况评分(依据《中药新药临床指导原则》^[9]中癃闭相关内容,评分0~6分,分值越高表明症状越重)、新斯的明使用率、导尿率,以及患者总体满意度、不良反应、复发情况。

1.5 统计学方法:使用SPSS 20.0统计软件分析数据。计量资料均符合正态分布以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以例(率)表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后尿潴留发生率、新斯的明使用率及导尿率比较(表2):对照组尿潴留发生率、新斯的明使用率、导尿率均明显高于针刺组(均 $P<0.05$)。

表2 不同预防尿潴留措施两组肛肠术后患者尿潴留发生率、新斯的明使用率及留置导尿率的比较

组别	例数 (例)	尿潴留发生率 [% (例)]	新斯的明使用率 [% (例)]	留置导尿率 [% (例)]
对照组	60	43.33 (26)	43.33 (26)	40.00 (24)
针刺组	60	10.00 (6) ^a	10.00 (6) ^a	6.67 (4) ^a

注:对照组采用传统物理方式促进术后排尿,针刺组在常规干预方法基础上给予针刺;与对照组比较,^a $P<0.05$

2.2 两组患者术后症状评分及排尿相关指标比较(表3): 治疗前两组患者小腹症状评分、排尿状况评分比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$); 治疗后两组小腹症状评分、排尿状况评分均较治疗前明显降低, 且针刺组的2项评分均较对照组明显降低(均 $P < 0.05$); 针刺组患者首次排尿时间较对照组明显缩短($P < 0.05$)。

表3 不同预防尿潴留措施两组肛肠术后患者排尿相关指标及症状评分的比较($\bar{x} \pm s$)

项目	例数 (例)	小腹症状评分(分)		排尿状况评分(分)		首次排尿 时间(h)
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
对照组	60	5.12±0.85	2.48±1.56 ^a	5.78±0.49	2.75±2.19 ^a	7.38±0.69
针刺组	60	5.32±0.75	1.82±1.31 ^{ab}	5.88±0.32	1.53±1.37 ^{ab}	6.44±0.71 ^a

注: 对照组采用传统物理方式促进术后排尿, 针刺组在常规干预方法基础上给予针刺; 与本组治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组同期比较, ^b $P < 0.05$

2.3 两组患者总体满意度(表4): 针刺组患者总体满意度明显高于对照组($P < 0.05$)。

表4 不同预防尿潴留措施两组肛肠术后患者总体满意度的比较

组别	例数 (例)	满意	一般	不满意	总体满意度
		[%(例)]	[%(例)]	[%(例)]	[%(例)]
对照组	60	40.00(24)	38.33(23)	21.67(13)	78.33(47)
针刺组	60	73.33(44) ^a	20.00(12) ^a	6.67(4)	93.33(56) ^a

注: 对照组采用传统物理方式促进术后排尿, 针刺组在常规干预方法基础上给予针刺; 与对照组比较, ^a $P < 0.05$

2.4 不良反应以及复发情况: 两组患者均未出现不良反应, 后续随访均无复发情况。

3 讨论

尿潴留作为最常见的术后并发症之一, 其发病原因复杂、机制尚未明确, 目前多数研究者认为, 导致尿潴留的原因主要包括术前麻醉用药、术中牵拉损伤、术后疼痛、填塞物压迫、使用镇痛泵、输液量过多且速度过快、患者精神状态等, 此外老年前列腺肥大、尿路结石等原发病因素综合作用下均可导致膀胱平滑肌松弛无力、尿道括约肌持续痉挛, 从而使尿液无力排出或无法有效排尽^[10-11]。对患者生理层面造成危害的同时, 也加重了术后疼痛和恐惧排尿的心理, 进而可能严重影响其心理状态和术后康复。术后尿潴留属于传统医学的“癃闭”范畴, 《类证治裁·闭癃溺弱》记载: “闭者小便不通, 癃者小便不利”, 阐述了癃闭发生的几种病因病机, 可因肺热壅盛致热结膀胱, 膀胱气化功能失司, 亦可因气虚使膀胱功能失职致癃闭发生。而痔瘻手术作为一

种创伤性操作, 多数患者恐惧手术, 恐则气下, 气机升降失常, 发生癃闭; 肛肠术后下焦脉络损伤、筋脉瘀滞; 同时阳气耗伤、水液蒸发无力, 导致气血循环不畅、机体阴阳失衡, 从而使膀胱气化不利, 水液停聚, 表现为小便闭阻不通或点滴而下。“腑以通为用”, 治以调畅气血, 恢复膀胱的气化功能为主。作为中医学的重要组成部分之一, 针刺疗法有着其独特的功效和不可替代的优势。针刺可疏通经络、调理阴阳, 沟通全身表里上下, 在产后、中风以及肛肠术后等各类非阻塞性尿潴留治疗中应用广泛^[12-14], 疗效显著且无不良反应, 患者普遍易于接受。

现代医学研究表明, 针刺能对机体神经、免疫、内分泌等多个系统的通路产生双向作用, 通过不同途径触发机体内源性防御机制从而起到防治疾病的目的^[15]。临床上通过穴位干预治疗肛肠术后尿潴留, 大多根据“局远配穴法”, 将以八髎穴为代表的腰骶部腧穴, 以神阙、关元、气海、中极等为主的下腹部腧穴, 与足三里、阴陵泉、三阴交等为最常用的肢体远端腧穴相配合。陈碧玮等^[16]统计近二十年的相关文献并进行分析, 发现关元取穴次数最多, 占比可达57%, 其次为中极、气海、三阴交、足三里, 并且有约73%的组方以气海、关元、中极三穴配伍。肛肠术后, 神经往往受到损伤和抑制而导致尿潴留的发生。有研究表明, 支配膀胱和尿道的神经在脊髓节段与气海、关元、中极、三阴交、足三里等穴位的神经分配存在一定范围交互, 这一机制使得对上述穴位施以针刺等干预时可引起神经冲动, 从而发挥调控其兴奋性的作用, 进而促进功能恢复^[17-18]。这种神经生物学上的密切联系是针灸防治尿潴留的主要机制之一^[19]。此外, 术后疼痛也是导致尿潴留的重要原因, 而针刺在镇痛方面具有一定优势, 动物研究显示, 针刺镇痛可促使机体内阿片系统活化、促进分泌并释放可产生诸如吗啡的镇痛效果及欣快感的内啡肽^[20-21]、减轻疼痛同时舒缓不良情绪。

目前相关临床研究大多集中于术后已出现尿潴留的治疗性干预, 如金华等^[22]观察发现, 相较于溴吡斯的明, 给予针刺干预肛肠术后尿潴留患者的膀胱残余尿量更少, 自主排尿时间更短, 总有效率明显升高。曹敏等^[23]纳入100例研究对象进行临床试验, 发现针灸联合穴位贴敷治疗组的临床总体有效率可达90%, 治疗起效时间、首次排尿时间均较常规干预组明显缩短, 排尿量较常规干预组增加, 肌注新斯的明及导尿患者数较常规干预组明显下降。

王斌等^[24]纳入 92 例研究对象观察针灸联合穴位按摩对肛肠术后尿潴留的影响,结果显示,针灸联合穴位按摩不仅可改善排尿情况,术后恢复也明显加快,在缩短病程的同时提高了患者的生活质量。目前有关早期预防性干预方面的研究则相对较少。本研究选择肛肠术后患者麻醉开始恢复后、排尿困难出现之前提前进行针刺干预,以探讨其预防效果,契合了“治未病”理念。以中极、三阴交、阴陵泉、膀胱俞为主穴,精简的选穴包括了近部取穴、远端取穴及前后配穴的方法。中极穴属任脉,为足三阴经、任脉之会,同时为足太阳膀胱经之募穴,与足太阳膀胱经之背俞穴膀胱俞俞募相配,可促进膀胱气化功能,通利小便。同时该穴因位置浅表而敏感度较高,针刺此穴易使下焦气机得通。三阴交、阴陵泉二穴均属足太阴脾经,前者为足三阴经之肝、脾、肾经的交会穴,在生理功能方面,此 3 器官对机体水液代谢均发挥着重要作用;在经络循行方面,此三阴经循行于少腹、阴器,因此针刺此二穴可健脾益肾、疏理气血、运化水湿。阴陵泉为脾经合穴,是健脾化湿之要穴,对脾不健运水之腹泻、水肿、黄疸等均有良好疗效。此 4 穴相配,共奏温肾化气、运脾行水、消除瘀滞、利尿通淋之功效。

本研究结果显示,与常规干预措施比较,在肛肠术后患者发生尿潴留之前给予针刺中极、三阴交、阴陵泉、膀胱俞等穴位,术后尿潴留发生率明显下降,通过改善患者排尿通畅度、减轻小腹症状从而促使其术后首次排尿,治疗过程中无不良反应出现,后续随访亦未见复发,患者总体满意度较高。此外,本研究以肌注新斯的明为治疗无效后的补充方案。新斯的明除可作用于骨骼肌外,也可兴奋膀胱逼尿肌及消化道不随意肌群^[25],临床上常用于促进术后患者排气、排尿,但疗效欠佳,仍有部分尿潴留患者需要导尿。本研究针刺组患者新斯的明使用率、导尿率均明显低于对照组,证实了针刺预防尿潴留发生的效果。

综上所述,在肛肠术后尿潴留发生前、麻醉恢复后给予普通针刺,可促进患者术后排尿,改善临床症状,从而降低术后尿潴留发生率;加之针刺安全性高、价格低廉,患者满意度较高。下一步研究组将增加样本量,探究针刺联合艾灸、穴位贴敷、耳穴压豆等双联乃至三联治疗措施的效果,以期最大化起到预防肛肠术后尿潴留发生的作用。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 于庆. 肛肠术后尿潴留原因分析及防治措施[J]. 中国实用医药, 2020, 15 (34): 162-164. DOI: 10.14163/j.cnki.11-5547/r.2020.34.067.
- [2] 宋阳阳, 颜美琼, 赵俭, 等. 术后患者尿潴留风险评估研究进展[J]. 中国护理管理, 2018, 18 (2): 241-244. DOI: 10.3969/j.issn.1672-1756.2018.02.021.
- [3] 刘少鹏, 尹洪娜, 孙晓蓓, 等. 近五年针灸防治肛肠疾病术后尿潴留的临床研究进展[J]. 中国中医急症, 2021, 30 (12): 2245-2248.
- [4] 中国医师协会肛肠医师分会临床指南工作委员会. 肛肠诊治中国专家共识(2020 版)[J]. 中华胃肠外科杂志, 2020, 23 (12): 1123-1130. DOI: 10.3760/cma.j.cn.441530-20200925-00537.
- [5] 中国医师协会肛肠医师分会指南工作委员会. 肛周脓肿临床诊治中国专家共识[J]. 中华胃肠外科杂志, 2018, 21 (4): 456-457. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2018.04.018.
- [6] 中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会. 中国痔病诊疗指南(2020)[J]. 结直肠肛门外科, 2020, 26 (5): 519-533. DOI: 10.19668/j.cnki.issn1674-0491.2020.05.001.
- [7] 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.
- [8] 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: 27-28.
- [9] 郑筱萸. 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: 168-175.
- [10] 孙锋, 陈传伟, 郑晋东, 等. 针灸治疗肛肠疾病硬膜外麻醉术后尿潴留的疗效观察[J]. 实用医学杂志, 2008 (6): 1048-1049.
- [11] 陈琪. 中风后尿潴留的针灸治疗[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2009, 17 (4): 247. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2010.04.025.
- [12] 姚高磊, 陆丽明, 唐纯志. 针灸治疗产后尿潴留疗效的 Meta 分析[J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38 (10): 2185-2191. DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtem.2021.10.024.
- [13] 董静雅, 商庆新, 韩云, 等. 针灸治疗中风后尿潴留的临床进展[J]. 中国中医急症, 2020, 29 (7): 1306-1308. DOI: 10.3969/j.issn.1004-745X.2020.07.053.
- [14] 过灵香, 张泓. 针灸治疗神经源性膀胱尿潴留临床疗效的 Meta 分析[J]. 中医药导报, 2015, 21 (23): 90-93. DOI: 10.13862/j.cnki.cn43-1446/r.2015.23.034.
- [15] 赵星雨, 王卫强. 基于治未病理论探讨针灸预处理的机制研究[J]. 光明中医, 2021, 36 (11): 1796-1798. DOI: 10.3969/j.issn.1003-8914.2021.11.023.
- [16] 陈碧玮, 陈侨彬, 陈少宗. 肛肠术后尿潴留穴位干预方法及取穴组方规律研究[J]. 山东中医杂志, 2020, 39 (4): 353-357. DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2020.04.010.
- [17] 王金金, 蒋松鹤, 李莎莎, 等. 十二经四肢远端穴位与脊髓神经节段支配规律的关系[J]. 中华中医药学刊, 2008, 26 (6): 1272-1273. DOI: 10.3969/j.issn.1673-7717.2008.06.062.
- [18] 刘春茹, 王晶, 焦永波, 等. 电针结合膀胱功能训练治疗逼尿肌反射亢进型神经源性膀胱功能障碍的临床疗效及机制研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26 (34): 3807-3809. DOI: 10.3969/j.issn.1008-8849.2017.34.
- [19] 马冰. 针灸治疗肛肠疾病术后尿潴留研究机制[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2016, 33 (3): 349-350. DOI: 10.13586/j.cnki.yjyx1984.2016.03.087.
- [20] 刘洁, 胡湘明, 刘光国, 等. 针灸对兔不完全性截瘫不同组织 β -内啡肽影响的动态研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2003, 10 (5): 282-284. DOI: 10.3321/j.issn:1008-9691.2003.05.013.
- [21] 闫娅霞, 冯秀梅, 王俊英, 等. 电针对慢性痛大鼠痛感觉和情绪成分相关杏仁核内 μ -阿片受体等蛋白表达的影响[J]. 针刺研究, 2016, 41 (1): 3-10. DOI: 10.13702/j.1000-0607.2016.01.001.
- [22] 金华, 陈辉. 针灸治疗肛肠术后尿潴留疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2017, 36 (3): 303-307. DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2017.03.0303.
- [23] 曹敏, 张启锋. 不同中医方法治疗混合痔术后尿潴留的临床效果[J]. 内蒙古中医药, 2022, 41 (1): 58-59. DOI: 10.16040/j.cnki.cn15-1101.2022.01.034.
- [24] 王斌, 白世斌, 秦凯龙. 针灸联合膀胱区穴位按摩治疗肛肠术后尿潴留的临床观察[J]. 中国中医急症, 2017, 26 (4): 708-710. DOI: 10.3969/j.issn.1004-745X.2017.04.046.
- [25] 王丙建. 胆碱酯酶抑制剂的药物分析[J/CD]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2015 15 (66): 250, 254. DOI: 10.3969/j.issn.1671-3141.2015.66.227.

(收稿日期: 2023-03-02)

(责任编辑: 邸美仙)