

引用:代立霞,赵婉琳,赵志强.热奄包穴位外敷对混合痔术后尿潴留患者疼痛、排尿功能和膀胱尿动力学的影响[J].中医导报,2023,29(6):101-105.

热奄包穴位外敷对混合痔术后尿潴留患者疼痛、排尿功能和膀胱尿动力学的影响*

代立霞,赵婉琳,赵志强

(石家庄市中医院,河北 石家庄 050000)

[摘要] 目的:探讨热奄包穴位外敷对混合痔术后尿潴留患者疼痛、排尿功能和膀胱尿动力学的影响。方法:选择80例混合痔患者为研究对象,随机分为两组,试验组和对照组各40例。所有患者均住院治疗,并行混合痔外剥内扎术,术后给予相同的对症治疗,包含创面清洁、消肿、抗感染等,对照组患者给予术后静脉滴注七叶皂苷钠,试验组给予静脉滴注七叶皂苷钠联合热奄包穴位外敷治疗,两组患者均连续治疗3 d。疗程结束后对比疗效。对比两组患者干预后恢复排尿时间、排尿量、残余尿量;对比两组患者术后第1天和疗程结束后的疼痛情况,包含VAS评分、血清5-羟色胺(5-HT)、前列腺素 E_2 (PGE $_2$)、一氧化氮(NO)水平;对两组患者治疗前后排尿功能和尿动力学进行检测,检测内容包含最大尿流率(Q_{max})、残余尿量(RV)、首次尿意膀胱容量(FDV)及逼尿肌压力。结果:试验组治疗总有效率为95.00%(38/40),明显高于对照组的80.00%(32/40)($P<0.05$);疗程结束后两组患者VAS评分及血清5-HT、PGE $_2$ 、NO水平均明显低于术后第1天($P<0.05$),且试验组患者VAS评分及血清5-HT、PGE $_2$ 、NO含量明显低于对照组($P<0.05$);疗程结束后两组患者 Q_{max} 和逼尿肌压力均明显高于术后第1天($P<0.05$),且试验组患者 Q_{max} 和逼尿肌压力明显高于对照组($P<0.05$);疗程结束后两组患者RV、FDV均明显低于术后第1天($P<0.05$),试验组患者RV、FDV明显低于对照组($P<0.05$)。结论:热奄包穴位外敷可对混合痔术后尿潴留患者有效镇痛,减轻机体疼痛介质含量,降低应激水平,同时增强患者排尿功能并改善膀胱尿动力学,具有较好的疗效。

[关键词] 混合痔;混合痔外剥内扎术;尿潴留;热奄包;穴位贴敷;排尿功能;膀胱尿动力学;临床研究

[中图分类号] R266 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2023)06-0101-05

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2023.06.019

Effects of Reyanbao (热奄包) External Application of Acupoints on Analgesia, Voiding Function and Bladder Urodynamics in Patients with Postoperative Urinary Retention after Mixed Hemorrhoids

DAI Lixia, ZHAO Wanlin, ZHAO Zhiqiang

(Shijiazhuang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang Hebei 050000, China)

[Abstract] Objective: To investigate the effects of Reyanbao external application of acupoints on analgesia, voiding function and bladder urodynamics in patients with postoperative urinary retention after mixed hemorrhoids. Methods: Totally 80 patients with mixed hemorrhoids were selected as the research subjects of this prospective study. The 80 subjects were divided into control and treatment groups, 40 cases in each group. The grouping method was randomized. All patients were hospitalized in our hospital and underwent mixed hemorrhoid excision and internal ligation. The same symptomatic treatment plan was given after operation, including wound cleaning, detumescence, anti-infection, etc. The control group was given intravenous infusion of sodium aescinat after operation. The treatment group was given intravenous infusion of sodium aescinat combined with Reyanbao external application of acupoints. And the patients in both groups were treated continuously for 3 days. The curative effect was compared after the course of treatment. The recovery time of urination, urination volume and residual urine volume were compared between the two groups after intervention. The analgesia on the 1st day after the operation and at end of the course of treatment, including VAS score, serum 5-hydroxytryptamine (5-HT), prostaglandin E_2 (PGE $_2$)

*基金项目:河北省中医药管理局科研计划项目(2020331)

and nitric oxide (NO) content, were compared between the two groups. Voiding function and urodynamics were tested, including maximum urinary flow rate ($Q_{\max}$), residual urine volume (RV), first-time urinary bladder volume (FDV), and detrusor pressure. Results: The total effective rate was 95.00% (38/40) in treatment group and 80.00% (32/40) in control group. The treatment group showed higher total effective rate than control group ($P<0.05$). After the course of treatment, the VAS scores and serum 5-HT, PGE_2 and NO contents were significantly lower than those on the first postoperative day in two groups ($P<0.05$). The treatment group showed lower VAS score and serum 5-HT, PGE_2 and NO contents than control group after treatment ($P<0.05$). After the course of treatment, the $Q_{\max}$ and detrusor pressure were significantly higher than those before treatment in two groups ($P<0.05$), and the treatment group showed higher $Q_{\max}$ and detrusor pressure than control group ($P<0.05$). After the course of treatment, the RV and FDV were significantly lower than those before treatment in two groups ($P<0.05$), and the treatment group showed lower RV and FDV than control group ($P<0.05$). Conclusion: Reyanbao external application of acupoints can effectively relieve pain in patients with postoperative urinary retention after mixed hemorrhoids, reduce the content of pain mediators in the body, decrease the stress level, enhance the patient's urination function and improve bladder urodynamics, with curative effect.

[Keywords] mixed hemorrhoids; external stripping and internal ligation of mixed hemorrhoids; urinary retention; Reyanbao; acupoint application; urinary function; bladder urodynamics; clinical research

混合痔是肛肠科常见疾病,是痔病的一个类型,是由于肛垫病理性肥大、移位及肛周皮下血淤形成的团块^[1-2]。随着生活节奏的加快,不良的生活习惯及饮食习惯使痔疮的发病率升高。流行病学资料^[3]显示,约98.09%的肛肠疾病患者受痔疮困扰。且本病易反复发作,症状较重。Ⅰ期、Ⅱ期以内痔为主的混合痔患者可采取非手术治疗,而对于Ⅲ期、Ⅳ期较严重的患者则以手术治疗为主^[4]。外剥内扎术是混合痔首选术式之一,对于患者有较好的疗效,但也有较高的并发症发生率,并不能完全改善患者病情,例如尿潴留,根据报道^[5],25%~52%的患者混合痔术后可发生尿潴留。此外,肛缘水肿及创面出血等也存在一定的发生率。为改善术后尿潴留的症状,临床上采取消肿、抗炎等方式,但疗效一般。中医外治法被证实对于多种外科疾病具有显著的疗效。热奄包是基于经皮给药的原理发挥中药疗效的疗法,本研究采用以吴茱萸和干姜为主的热奄包外敷混合痔术后尿潴留患者,观察其对患者疼痛、排尿功能和膀胱尿动力学的影响,现将结果汇报如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准 符合《实用肛肠外科学》^[6]中混合痔诊断标准和《外科学》^[7]中尿潴留诊断标准。混合痔:内痔和外痔同时存在,严重者表现为环形痔脱出;尿潴留:膀胱内充满尿液不能排出,胀痛难忍,辗转不安,部分尿液从尿道溢出,下腹疼痛无缓解。

1.2 纳入标准 年龄18~65岁;未合并其他肛门疾病;皮肤完整无破损,可接受针刺治疗;对研究内容和方法知情且签署同意书的患者。

1.3 排除标准 合并其他肛肠科疾病的患者,例如肛瘘、肛裂、肛周脓肿或行其他肛门手术者;合并其他严重疾病不适宜参与本研究的患者,例如心血管疾病、脑血管疾病、感染性疾病、肝肾功能障碍、血液系统疾病、恶性肿瘤等;有泌尿系统疾病的患者;处于月经期或哺乳期的患者;不能良好配合

研究完成疗程或有精神障碍患者。

1.4 研究对象 选择80例混合痔患者作为研究对象,病例纳入时间为2021年3月至2022年3月,所有患者均于我院住院治疗,并行混合痔外剥内扎术,且有完整的治疗记录。将80例患者按随机数字表法分为两组,试验组和对照组各40例。本院医学伦理委员会已审查通过本次研究,伦理审批号:20201045。

1.5 治疗方法 两组患者均行混合痔外剥内扎术,术后给予相同的对症治疗方案,包含创面清洁、消肿、抗感染等。

1.5.1 对照组 予注射用七叶皂苷钠(山东绿叶制药有限公司,批准文号:H20003240)静脉滴注,取本品10 mg溶于10%葡萄糖注射液,连续治疗3 d。

1.5.2 试验组 在静脉滴注七叶皂苷钠的基础上联合热奄包穴位外敷治疗。热奄包组方为吴茱萸100 g,桂枝100 g,北沙参100 g,酸枣仁100 g,干姜50 g,大青盐100 g。将以上中药材混合均匀,放入双层棉布敷袋并保存。治疗前将敷料包放入微波炉高火加热至45℃左右,在温热而不灼痛的温度下敷于神阙穴、气海穴、关元穴及中极穴,2次/d,30 min/次。连续治疗3 d。

1.6 观察指标

1.6.1 恢复排尿时间、排尿量、残余尿量 第1天开始计算恢复排尿时间,恢复排尿标准为24 h排尿量在1 000~2 000 mL;治疗结束后第2天采用尿液袋收集尿液,记录排尿量;治疗结束后第2天采用导管法测量残余尿量。

1.6.2 镇痛效果 采用VAS视觉模拟评分法对两组患者术后镇痛效果进行评价,VAS评分法根据10 cm刻度尺上的标尺评估患者主观疼痛水平,0 cm为无痛感,10 cm为疼痛最甚,向患者说明评分方法后由患者在放松状态下自主选择代表其疼痛水平的刻度作为VAS疼痛评分。

1.6.3 5-羟色胺(5-HT)、前列腺素 E_2 (PGE_2)、一氧化氮(NO)水平 采集两组患者治疗前和疗程结束后的空腹肘静脉血,

分离血清,采用酶联免疫吸附法检测两组血清中5-HT、PGE₂、NO表达水平。

1.6.4 排尿功能和尿动力学检测 采用尿动力仪对两组患者治疗前和疗程结束后的排尿功能和尿动力学进行检测,检测内容包括最大尿流率(Q_{max})、残余尿量(RV)、首次尿意膀胱容量(FDV)及逼尿肌压力,测量前嘱患者尽量憋尿至最大尿意后再排空膀胱,随后即刻测量残余尿量和最大尿流率。FDV指开始产生尿意时的膀胱容量,逼尿肌压力指膀胱与腹腔之间的内压差。

1.7 疗效标准 根据《中医病证诊断疗效标准》^[8]中癃闭疗效标准判定疗效。治愈:患者小便通畅,癃闭症状及体征消失,腹胀减轻,恢复正常排尿。好转:癃闭症状及体征改善,可自行解小便,小便不畅,尿量较少。无效:癃闭症状无改善,患者不能自行解小便,需导尿。

1.8 统计学方法 采用SPSS 23.0对研究结果数据进行录入并分析,计数资料比较采用 χ^2 检验,符合正态分布的数据比较采用独立样本 t 检验,否则采用非参数检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 基线资料 试验组男27例、女13例,年龄(53.56±8.81)岁,病程(2.24±0.69)年,混合痔分期中Ⅲ期25例、Ⅳ期15例;对照组男25例、女15例,年龄(53.84±8.35)岁,病程(2.37±0.60)年,混合痔分期中Ⅲ期28例、Ⅳ期12例。两组患者基线资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2.2 两组患者疗效比较 试验组治疗总有效率(95.00%)明显高于对照组(80.00%),差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表1)

表1 两组患者疗效比较 [例(%)]

组别	<i>n</i>	治愈	好转	无效	总有效
对照组	40	11(27.50)	21(52.50)	8(20.00)	32(80.00)
试验组	40	22(55.00)	16(40.00)	2(5.00)	38(95.00)
χ^2					4.114
<i>P</i>					0.043

2.3 两组患者恢复排尿时间、排尿量及残余尿量比较 试验组患者恢复排尿时间和残余尿量均少于对照组($P<0.05$),

试验组患者排尿量大于对照组($P<0.05$)。(见表2)

表2 两组患者恢复排尿时间、排尿量及残余尿量比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	恢复排尿时间/h	排尿量/mL	残余尿量/mL
对照组	40	8.36±0.96	564.28±10.27	140.75±28.49
试验组	40	6.55±0.78	593.01±11.32	126.36±24.17
<i>t</i>		9.230	11.888	2.436
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000

2.4 两组患者术后镇痛效果比较 术后第1天两组患者VAS评分及血清5-HT、PGE₂、NO水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);疗程结束后两组患者VAS评分及血清5-HT、PGE₂、NO水平均低于术后第1天($P<0.05$),且试验组患者VAS评分及血清5-HT、PGE₂、NO水平均低于对照组($P<0.05$)。(见表3)

2.5 两组患者治疗前后排尿功能、尿动力学指标比较 术后第1天两组患者Q_{max}、RV、FDV及逼尿肌压力比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);疗程结束后两组患者Q_{max}和逼尿肌压力均高于术后第1天($P<0.05$),且试验组患者Q_{max}和逼尿肌压力明显高于对照组($P<0.05$);疗程结束后两组患者RV、FDV均低于术后第1天($P<0.05$),且试验组患者RV、FDV低于对照组($P<0.05$)。(见表4)

3 讨 论

根据患者排尿不畅、点滴而下等临床症状和体征,可将尿潴留对应中医“癃闭”范畴。中医学认为,混合痔的手术治疗采用的麻醉手段及手术创伤均可导致患者正气受损,气血不足则全身津液输布失司,水湿瘀滞下焦,加之膀胱气化功能失常,阻塞尿道,导致小便不利,表现为癃闭的症状^[9-10]。

清代医家吴尚先曾在《理渝骈文》中提到“外治之理即内治之理,外治之药即内治之药,所异者,法耳”,提出了中医外治法对于疾病的疗效与内治法相同。外治药通过经络传导和皮肤透入作用于病灶,借助经络对全身进行调节发挥预防和治疗疾病的作用^[11]。本研究采用的热奄包药方是根据多年临床经验所拟,药方包含吴茱萸、桂枝、北沙参、酸枣仁、干姜、大青盐。方中重用吴茱萸,吴茱萸性热,归肝、脾、胃、肾经,有疏肝下气、散寒止痛、助阳止泻的功效^[12];干姜辛热,归脾、胃、肾、心、肺经,有温中散寒、回阳通脉、燥湿消痰的作

表3 两组患者术后镇痛效果比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	VAS评分/分				5-HT/(μmol/L)				PGE ₂ /(μmol/L)				NO/(μmol/L)			
		术后第1天	疗程结束后	<i>t</i>	<i>P</i>	术后第1天	疗程结束后	<i>t</i>	<i>P</i>	术后第1天	疗程结束后	<i>t</i>	<i>P</i>	术后第1天	疗程结束后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	40	7.15±1.98	4.05±1.19	8.487	0.000	1.58±0.44	0.74±0.29	10.081	0.000	37.86±5.30	25.59±4.76	10.893	0.000	18.37±3.55	13.20±2.96	7.074	0.000
试验组	40	7.03±2.05	3.20±0.88	10.858	0.000	1.63±0.48	0.58±0.20	12.771	0.000	38.14±5.48	19.21±4.50	16.884	0.926	18.56±3.42	11.14±2.74	10.709	0.000
<i>t</i>		0.266	3.632			0.486	2.873			0.232	6.160			0.244	3.230		
<i>P</i>		0.791	0.001			0.629	0.005			0.817	0.000			0.808	0.002		

表4 两组患者治疗前后排尿功能和尿动力学指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	Q _{max} /(mL/s)				RV/mL				FDV/mL				逼尿肌压力/(cm H ₂ O)			
		术后第1天	疗程结束后	<i>t</i>	<i>P</i>	术后第1天	疗程结束后	<i>t</i>	<i>P</i>	术后第1天	疗程结束后	<i>t</i>	<i>P</i>	术后第1天	疗程结束后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	40	15.08±3.55	23.29±4.85	8.639	0.000	25.51±3.24	14.76±3.14	15.069	0.000	240.67±33.87	168.55±30.41	10.021	0.000	30.41±4.83	35.56±4.79	4.788	0.000
试验组	40	15.15±3.43	26.05±4.72	11.815	0.000	25.84±3.39	11.50±3.26	19.284	0.000	243.37±35.29	138.22±27.30	14.905	0.000	29.95±4.76	38.88±4.85	8.311	0.000
<i>t</i>		0.090	2.579			0.445	4.555			0.349	4.694			0.429	3.080		
<i>P</i>		0.929	0.012			0.657	0.000			0.728	0.000			0.669	0.003		

用,将干姜和吴茱萸配伍可增加二药辛散驱寒之力^[13];桂枝味辛、性温,有通阳化气之效;北沙参甘苦淡,性凉,可治逆气不降、消气不升;酸枣仁味甘性平,有平肝理气,润肺养阴,温中利湿,敛气止汗的作用^[14-15]。将以上药物混合后加入粗盐制成热奄包,其中粗盐作为辅助介质,可在加热后迅速升温以提供持续的温热效应,进而加速血液循环,促进药力通达经脉,发挥疗效。研究中选择的穴位为神阙穴、气海穴、关元穴及中极穴。神阙穴位于脐部,是生命之根,为“十二经之海”,具有调和阴阳、温补脾胃的作用;关元为任脉督穴,是足三阴经和任脉交会之处,被称为人体的“下丹田”,有益气养血、培元固本的作用,能促进“阴平阳秘”,恢复机体阴阳平衡;中极穴为膀胱募穴,聚集了膀胱经腑之气,有疏利三阴、通利水道的作用;气海穴为任脉腧穴,有行气补气之效。以上诸穴合用,可促进温阳固肾、行气利水、通利小便的作用。现代药理研究也表明以上药物具有改善机体代谢的作用。张启云等^[16]研究发现,吴茱萸具有提高白细胞三烯等物质含量的作用;刘叶倩等^[17]研究表明,对于苯甲酸雌二醇联合缩宫素诱导痛经模型的小鼠采用吴茱萸干预后,小鼠扭体次数减少,扭体潜伏期延长,且血清ET-1含量降低,提示了吴茱萸具有一定的镇痛效应;陶欣等^[18]在对具有寒热属性的中药进行药理作用的研究中发现,干姜作为典型的热性中药,可升高肝脏和附睾脂肪组织中乙酰辅酶A羧化酶(ACC)、脂蛋白酯酶(LPL)、肉碱-棕榈酰转移酶1(CPT-1)表达量,提供了干姜可影响机体代谢的证据。热奄包外敷疗法除中药药物的疗效作用外,现代医学也肯定了其疗效。由于腹壁肌肉皮肤层较薄,利于药物渗透,在温热条件下局部血液循环增加,血流速度加快,促进了机体对药物的吸收和对全身的作用,同时经皮给药避免了口服给药的首过效应及胃肠道中各类消化酶的影响,进一步提高了药效^[19]。

5-HT是一类与痛感相关的脑干下行抑制神经递质,在中枢神经系统中有着广泛的分布,其中脑干的中缝核分布最多,且5-HT不能通过血脑屏障,在正常生理水平下血浆中游离的5-HT很少,但血液中游离色氨酸可作为前体物质合成脑内5-HT,且具有穿透血脑屏障的效应,外周5-HT具有强力的致痛作用^[20]。PGE₂由环氧化酶催化生成,是一类与疼痛相关的组织激素,前列腺素受体存在于脊髓背根神经节,也是感觉传入神经轴索进入脊髓及感受疼痛的起始部位,PGE₂含量的升高可增加脊髓传入神经纤维末梢中兴奋性氨基酸-谷氨酸的释放,从而产生痛觉过敏和痛觉超敏现象^[21]。NO是一类非经典的递质和信息传递因子,可通过激活一氧化氮合酶生成NO后又反作用于血管平滑肌细胞使血管通透性增加,利于炎性介质的渗透及致痛物质对于伤害性信息的传递,从而使人体痛感增强^[22]。本研究结果显示,疗程结束后试验组患者相较于对照组患者,VAS评分及血清5-HT、PGE₂、NO水平均更低($P<0.05$),说明热奄包穴位外敷对混合痔术后尿潴留患者有较好的镇痛作用,原因在于热奄包中吴茱萸具有一定的抗炎作用,其中的生物碱类、挥发油类化学物质可通过抑制花生四烯酸的释放减少前列腺素的合成并发挥一定的镇痛作用。

排尿是一项正反馈的反射生理活动,受高级神经中枢控

制,产生尿意时高级神经中枢可控制脊髓的排尿反射中枢发生异化作用,促进逼尿肌收缩及尿道内括约肌的舒张,从而顺利排尿。混合痔术后患者因肛管直肠的手术部位与泌尿系统相近,术后疼痛的刺激影响肛管直肠的肌肉收缩和舒张,导致尿道括约肌因疼痛产生反射性痉挛,进而影响排尿功能^[23-25]。尿动力学是基于流体力学和电生理学的一项评估排尿过程中尿路压力及生物电活动水平的指标,可反映尿路器官在排尿过程中的功能状态。排尿功能的异常主要反映在Q_{max}的下降、RV和FDV的增加,以及逼尿肌稳定性的下降。本研究结果表明,疗程结束后两组患者Q_{max}和逼尿肌压力均高于术后第1天($P<0.05$),且试验组Q_{max}和逼尿肌压力高于对照组($P<0.05$);疗程结束后两组患者RV、FDV均低于术后第1天($P<0.05$),且试验组RV、FDV低于对照组($P<0.05$)。说明热奄包穴位外敷有助于混合痔术后尿潴留患者增强排尿功能,改善膀胱尿动力学。

综上所述,热奄包穴位外敷对于混合痔术后尿潴留患者可有效镇痛,减轻机体疼痛介质含量,降低应激水平,同时增强患者排尿功能并改善膀胱尿动力学。

参考文献

- [1] ZHANG A M, CHEN M, TANG T C, et al. Somatosensory stimulation treatments for postoperative analgesia of mixed hemorrhoids: Protocol for a systematic review and network meta-analysis[J]. *Medicine*, 2019, 98(6): e14441.
- [2] YU J H, HUANG X W, WU Z J, et al. Clinical study of use of large C suture in procedure for prolapse and hemorrhoids for treatment of mixed hemorrhoids[J]. *J Int Med Res*, 2021, 49(3): 0300060521997325.
- [3] RAVINDRANATH G G, RAHUL B G. Prevalence and risk factors of hemorrhoids: A study in a semi-urban centre[J]. *Int Surg J*, 2018, 5(2): 496.
- [4] PEI X R, SONG S J, LI H T, et al. Efficacy and safety of acupoint catgut embedding in treating postoperative pain of mixed hemorrhoids: A randomized controlled trial protocol[J]. *Medicine*, 2021, 100(19): e25948.
- [5] SCHOLTEN R, KREMERS K, VAN DE GROES S A W, et al. Incidence and risk factors of postoperative urinary retention and bladder catheterization in patients undergoing fast-track total joint arthroplasty: A prospective observational study on 371 patients[J]. *J Arthroplasty*, 2018, 33(5): 1546-1551.
- [6] 张有生,李春雨.实用肛肠外科学[M].北京:人民军医出版社,2009:148-155.
- [7] 陈孝平,汪建平.外科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:569.
- [8] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国医药科技出版社,2012:44-45.
- [9] 赵俐,许志杰.PPH术后尿潴留的中西医结合护理初探[J]. *中南医学科学杂志*, 2012, 40(5): 539-540.

- [10] 李丹,吴霞,肖四旺.针灸治疗产后尿潴留的选穴规律分析[J].中医导报,2021,27(2):151-154,159.
- [11] 曹敏,张启峰.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.
- [12] 李丽,孙立丽,任晓亮,等.基于关联分析的吴茱萸与8味甘味药配伍作用规律研究[J].天津中医药大学学报,2021,40(6):770-777.
- [13] 胡芬,羊燕群,张均倡,等.《中药成方制剂》中含干姜方剂的组方规律研究[J].中国民族民间医药,2021,30(12):19-23.
- [14] 陈旭,刘畅,马宁辉,等.肉桂的化学成分、药理作用及综合应用研究进展[J].中国药房,2018,29(18):2581-2584.
- [15] 张丽月,刘秀峰,刘佩山.丁香药性的本草考证[J].中国中医药现代远程教育,2020,18(17):73-75.
- [16] 张启云,徐国良,马晓雪,等.吴茱萸水提物给药大鼠尿液代谢组学研究[J].中国中药杂志,2010,35(1):99-102.
- [17] 刘叶倩,李弘,龚珊,等.吴茱萸酒制前后对痛经小鼠镇痛活性的比较及药效物质基础[J].中成药,2021,43(12):3484-3489.
- [18] 陶欣,李冰冰,吴高松,等.6种寒热属性中药短期及长期干预对小鼠机体脂质及能量代谢影响的对比研究[J].中国中药杂志,2022,47(7):1904-1912.
- [19] 王芳,代立霞,戢敏,等.热奄包联合针刺疗法对混合痔术后尿潴留患者肛门功能、创面恢复程度和疼痛介质及抗炎作用的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2022,30(3):184-189.
- [20] LUO X J, XIA Y F, GU M T, et al. Analgesic effect of ropivacaine combined with hydromorphone following surgery for mixed hemorrhoids: A pilot study[J]. Pain Res Manag, 2022, 2022:2033580.
- [21] WU F D, YANG H B, LIU Y N, et al. Manganese exposure caused reproductive toxicity of male mice involving activation of GnRH secretion in the hypothalamus by prostaglandin E₂ receptors EP1 and EP2[J]. Ecotoxicol Environ Saf, 2020, 201:110712.
- [22] DONG F F, YING J. Clinical observation on heat-sensitive moxibustion plus lactulose for postoperative constipation of mixed hemorrhoid due to spleen deficiency[J]. J Acupunct Tuina Sci, 2020, 18(3):219-224.
- [23] CAO D, RAO L, YUAN J Q, et al. Prevalence and risk factors of overt postpartum urinary retention among primiparous women after vaginal delivery: A case-control study[J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2022, 22(1):26.
- [24] 王菲,张朝华,常冉,等.基于气态传导测压系统的尿动力学检查在女性膀胱出口梗阻疾病诊断中的应用[J].现代泌尿外科杂志,2022,27(9):733-736.
- [25] 任亚锋,冯晓东,白俊敏,等.耳针配合间歇导尿治疗脊髓损伤后逼尿肌-尿道外括约肌协同失调的临床研究[J].中华中医药杂志,2021,36(6):3740-3743.

(收稿日期:2022-07-18 编辑:罗英姣)

(上接第100页)所导致的便秘。

综上,三黄承气膏治疗儿童功能性便秘疗效显著。选药组方上动静结合,攻补兼施,使其攻邪而不伤正,扶正而不得邪。对于虚(气虚、血虚、阴虚)实(气滞、食积)夹杂之便秘效果均满意。

参考文献

- [1] 胡思源.儿童功能性便秘中药临床试验设计与评价技术指南[J].药物评价研究,2020,43(2):173-178.
- [2] 白铂亮,曲书强.儿童功能性便秘的研究现状[J].中华实用儿科临床杂志,2017,32(7):554-556.
- [3] Drossman D A.罗马Ⅳ:功能性胃肠病/肠-脑互动异常[M].4版.方秀才,侯晓华,主译.北京:科学出版社,2016:255-262.
- [4] 中华中医药学会.中医儿科常见病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2012.
- [5] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则:试行[M].北京:中国医药科技出版社,2002:156-162,250-270.
- [6] 汪爱传.中医儿科学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2011.
- [7] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.
- [8] 杨青,刘清毅,王磊.穴位贴敷联合点刺四缝穴对儿童功能性便秘胃肠激素的影响[J].上海针灸杂志,2021,40(12):1475-1481.
- [9] 徐霞.从“脾阴虚”论治小儿便秘[J].河南中医,2017,37(8):1395-1397.
- [10] 杨从云,高楠峻.儿童及青少年功能性便秘流行病学调查及危险因素分析[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(34):180-181.
- [11] 李敏,劳慧敏,陈鲁,等.中医药治疗小儿功能性便秘用药规律分析[J].中医导报,2020,26(2):106-110.
- [12] 马鑫文,王程,刘洁.“三穴三法”推拿治疗功能性便秘的临床观察[J].中医导报,2019,25(8):99-101.
- [13] 徐靖,施静思,罗丹.针刺联合六磨汤治疗气机郁滞型功能性便秘的临床观察[J].中国民间疗法,2021,29(20):53-56.
- [14] 张永生.刮痧配合小儿推拿治疗小儿便秘(食积肺热型)的临床研究[D].长春:长春中医药大学,2010.
- [15] 王玉霞.不留针针刺治疗小儿肠道实热便秘16例疗效观察[J].中国民间疗法,2017,25(9):21.

(收稿日期:2022-06-27 编辑:时格格)