

护 理

引用:张文娟,修闽宁,李晶,刘晶晶.分经论治思想指导下探讨拇指药罐护理技术对中风恢复期偏瘫患者的临床疗效[J].中医药导报,2024,30(11):102-105,109.

分经论治思想指导下探讨拇指药罐护理技术对中风恢复期偏瘫患者的临床疗效*

张文娟,修闽宁,李晶,刘晶晶
(江苏省中医院,江苏 南京 210000)

[摘要] 目的:在分经论治思想指导下,探讨拇指药罐护理技术在中风恢复期偏瘫患者中的临床疗效及安全性。方法:选取我院收治的中风恢复期偏瘫患者100例缺血性为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和观察组,各50例。对照组予规范西医治疗及护理;观察组在对照组基础上根据中医辨证取穴、处方,再予拇指药罐护理技术干预,两组疗程均为2周。比较两组患者治疗前后缺损神经功能、肢体运动功能、中医证候积分及焦虑抑郁情况,评估临床疗效及安全性。结果:两组患者治疗后美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分、抑郁自评量表(SDS)评分、中医证候积分均低于同组治疗前,卒中患者运动评估量表(MAS)评分高于同组治疗前,差异均有统计学意义($P<0.01$);治疗后,观察组患者NIHSS评分、SDS评分、中医证候积分低于同期对照组,MAS评分高于同期对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。对照组患者总有效率为84.0%(42/50),低于观察组的98.0%(49/50),差异有统计学意义($P<0.05$)。对照组患者治疗过程中不良反应发生率为0.0%(0/50)、观察组为4.0%(2/50),组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:在分经论治思想指导下,拇指药罐护理技术干预缺血性中风恢复期安全有效,能进一步促进患者缺损神经功能恢复,改善临床症状,提高肢体运动能力,同时在一定程度上改善患者焦虑抑郁情况。

[关键词] 中风恢复期;偏瘫;拇指药罐护理技术;分经论治;临床研究

[中图分类号] R248.1 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2024)11-0102-04

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2024.11.019

The Clinical Effect of Thumb Medicine Pot Nursing Technique in Hemiplegia Patients in the Recovery Period of Stroke Under the Guidance of the Idea of Dividing the Channel and Treating

ZHANG Wenjuan, XIU Minning, LI Jing, LIU Jingjing

(Jiangsu Province Hospital of Chinese Medicine, Nanjing Jiangsu 210000, China)

[Abstract] Objective: To explore the clinical effect and safety of thumb medicine pot nursing technique in hemiplegia patients in the recovery period of stroke under the guidance of the idea of dividing the channel and treating. Method: A total of 100 stroke patients with hemiplegia in the recovery period admitted to our hospital were selected as the research subjects. They were randomly divided into a control group and an observation group, with 50 cases in each group, using a random number table method. The control group received standardized Western medicine treatment and nursing care; The observation group received acupuncture points and prescriptions based on traditional Chinese medicine differentiation on the basis of the control group, and then received thumb medicine jar nursing intervention. The treatment course for both groups was 2 weeks. Compare the neurological function, limb motor function, TCM syndrome score, and anxiety and depression status of two groups before and after treatment, and evaluate the clinical efficacy and safety. Results: After treatment, the NIHSS score, SDS score, and traditional Chinese medicine symptom score of the two groups were lower than before treatment, and the MAS score was higher than before treatment ($P<0.01$). After treatment, the

*基金项目:江苏省卫生健康委员会课题(BJ19024)

通信作者:修闽宁,女,副主任护师,研究方向为中医康复

NIHSS score, SDS score, and traditional Chinese medicine symptom score in the observation group were lower than those in the control group during the same period, and the MAS was higher than that in the control group during the same period ($P<0.05$). The total effective rate of the control group was 84.0% (42/50), the observation group was 98.0% (49/50), and the difference was significant ($P<0.05$). The incidence of adverse reactions during treatment of the control group was 0.0% (0/50), and the observation group was 4.0% (2/50), there was no statistically significant difference ($P>0.05$). Conclusion: Under the guidance of the thought of meridian theory, the nursing technology of thumb medicine tank was safe and effective in the recovery period of ischemic stroke, which can further promote the recovery of damaged nerve function in patients, improve clinical symptoms, and enhance limb motor ability. At the same time, it can improve the anxiety and depression of patients to a certain extent.

[Keywords] recovery period of stroke; hemiplegia; thumb medicine jar care technology; dividing meridians for treatment; clinical research

中风为临床常见疾病之一,以猝然昏仆、半身不遂、口舌歪斜、言语不利为主症,包括出血性中风及缺血性中风,其中约70%为缺血性中风^[1]。缺血性中风具有发病率高、死亡率高、致残率高等特征^[2],对患者及其家庭、社会造成严重影响。而成熟神经元无再生能力,因此缺血性脑卒中的防治意义重大,早诊断、早治疗、早康复及早预防复发成为治疗该病的关键。分经论治是中医经络辨证的一种具体体现,主要是指根据不同部位分经取穴。头为“诸阳之会”,五脏之精血、六腑之清气皆上注于脑,主宰机体生命活动、主司感觉运动及精神意识;若脏腑功能失调、气血逆乱、上犯于脑而引起中风,则神机失用、经络不通,故治疗上宜调气血、通经络^[3]。根据分经的不同,治疗药物和针灸取穴也有所不同,这就是中医分经论治的具体理论^[4]。拇指药罐是药罐的一种,因罐形似拇指大小而称之,通过拔罐、药物、穴位三者结合,能达到调和气血、疏通经络的作用^[5]。因此,在分经论治指导思想下,本研究采用拇指药罐护理技术对缺血性中风恢复期偏瘫患者进行干预。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 缺血性中风恢复期偏瘫诊断参照《中国脑血管病临床管理指南(节选版)——卒中康复管理》^[6]拟定:经颅脑CT或MRI检查明确诊断为缺血性中风者。

1.1.2 中医辨证标准 经络辨证标准参照《中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)》^[7]拟定,包括风痰阻络证、风火上扰证、气虚血瘀证、阴虚风动证及肝肾亏虚证5种证型。

1.2 纳入标准 (1)符合中风诊断标准者;(2)年龄18~80岁,美国国立卫生研究院卒中量表(national institute of health stroke scale, NIHSS)^[7]5~20分,采用药物保守治疗者;(3)患者或其家属知情并签知情同意书。

1.3 排除标准 (1)院前溶栓、服用抗凝或抗血小板聚集药物等治疗者;(2)合并严重心、肝、肾、肺及血液系统功能障碍者;(3)合并肺部、泌尿道等感染者,合并胃溃疡、胃肠肿瘤等严重消化道疾病者;(4)合并严重精神疾病、认知功能障碍者,皮肤过敏者,妊娠或哺乳期者;(5)依从性差者。

1.4 研究对象 选择100例江苏省中医院2021年1月至2022年12月期间收治的缺血性中风恢复期偏瘫患者为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和观察组,各50例。本研究经江苏省中医院伦理委员会审核并批准,伦理批件号:JSZY2020-87。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 (1)西医治疗参照《中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)》^[7]中缺血性中风恢复期的治疗,采用抗栓(抗凝或抗血小板聚集)、他汀类药物调脂稳定斑块、改善脑循环、脑保护剂等标准治疗,同时根据患者糖尿病、高血压、冠心病等基础疾病情况予相应治疗。(2)西医常规护理,包括健康教育、心理教育、饮食护理等。让患者及其家属积极配合,使患者保持愉悦心情、合理膳食、加强患侧肢体运动,按时服药,减少褥疮等并发症;同时密切观察患者病情,及时将异常情况告知医生并处理。

1.5.2 观察组 观察组西医治疗及西医常规护理同对照组;同时在分经论治思想指导下对该组患者采用拇指药罐护理。(1)分经取穴:①主穴:取患侧合谷、手三里、曲池、足三里、阳陵泉、三阴交。②辨证加减:风痰阻络证者加双侧丰隆、外关穴;风火上扰证者加双侧内庭、太冲穴;气虚血瘀证者加双侧足三里、血海、气海穴;阴虚风动证者加双侧涌泉、太溪、太冲穴及双侧肝俞、肾俞穴;肝肾亏虚证者加双侧太溪及双侧肝俞、肾俞穴。另外,伴口角歪斜者加患侧颊车、地仓穴。(2)辨证取方药^[8]:风痰阻络证予化痰通络汤加减(天麻15 g,茯苓10 g,生白术10 g,半夏10 g,胆南星5 g,天竺黄5 g,紫丹参15 g,香附10 g,酒大黄5 g);风火上扰证予天麻钩藤饮加减[天麻15 g,钩藤15 g(后下),石决明30 g,栀子10 g,黄芩10 g,川牛膝10 g,夏枯草10 g,胆南星5 g];气虚血瘀证予补阳还五汤加减(黄芪30 g,当归10 g,赤芍15 g,桃仁10 g,红花10 g,川芎10 g,地龙10 g);阴虚风动证予镇肝熄风汤加减(白芍15 g,天冬15 g,玄参10 g,龙骨15 g,牡蛎15 g,天麻10 g,钩藤15 g,枸杞子10 g,牛膝10 g,当归10 g,丹参10 g);肝肾亏虚证予左归丸合地黄饮子加减(熟地黄15 g,制何首乌15 g,当归10 g,川芎10 g,山萸肉10 g,枸杞子10 g,麦冬10 g,石斛10 g,鸡血藤

10 g)。(3)操作步骤:①评估主要症状、病史,对疼痛的耐受程度,患者体质及应罐部位的皮肤情况,病室环境,对操作的接受程度,凝血机制情况。②选择大小合适的竹罐,小关节处选用小号竹罐,大关节、肌肉丰厚处则可选用大号竹罐吸拔在施术部位上。操作前要严格检查罐内、罐口情况,如有罐铤、罐口破裂等情况不能使用,防烫伤患者。③煮罐:首先将中药装入布袋,然后将药物放入锅内浸泡约30 min,再煎煮10~15 min,最后再将所需竹罐放入同煮约10 min。④准备:选择合适体位,充分暴露拔罐部位。⑤拔罐:提起药罐,快速倒扣于干毛巾上、甩净罐内沸水,趁热吸拔在拔罐部位上,拔罐过程要询问患者的感受。⑥留罐:留罐5~10 min,注意患者的保暖。⑦起罐:左手轻按罐具,使其向左倾斜;右手食指或拇指按住罐口,使皮肤与罐口间形成空隙,待空气进入罐内,顺势将罐取下。1次/d,两组疗程均为2周。

1.6 观察指标

1.6.1 神经功能评估 神经功能缺损评估采用NIHSS评分对治疗前后患者进行评估,总分42分,分值越高则神经功能缺损越严重:0分为正常,1~4分为轻度卒中或小卒中,5~15分为中度卒中,16~20分为中-重度卒中,21~42分为重度卒中。

1.6.2 肢体运动功能评估 患者治疗前后患侧肢体运动功能采用脑卒中患者运动评估量表(MAS)^[9]进行评估,总分48分,分值越高表示运动功能越好:0~16分为重度运动障碍;17~32分为中度运动障碍;≥33分为轻度运动障碍。

1.6.3 中医证候评分 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[9],对两组治疗前后进行中医证候积分,根据症状轻重分为无、轻、中、重,主症分别计为0、2、4、6分,次症分别计为0、1、2、3分,各症评分之和为中医证候积分。

1.6.4 焦虑抑郁情况评估 采用抑郁自评量表(SDS)对两组治疗前后进行焦虑抑郁评估,包含20项,每项分4级,最低计1分、最高计4分,以总分计算。抑郁程度评估标准^[10]:<52分为正常,53~62分为轻度,63~72分为中度,>72分为重度。

1.6.4 安全性评估 记录两组患者治疗过程中不良事件发生情况;同时完善治疗前后血常规、肝功能、肾功能、大小便常规及心电图检查。

1.7 疗效标准 参照《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》^[11]拟定。基本痊愈:病残程度0级,NIHSS评分减少率>90%;显效:病残程度1~3级,NIHSS评分减少率46%~90%;有效:病残程度>3级,NIHSS评分减少率18%~45%;无效:未达上述标准者。NIHSS评分减少率=(治疗前NIHSS评分-治疗后NIHSS评分)/治疗前NIHSS评分×100%;总有效=基本痊愈+显效+有效。

1.8 统计学方法 采用SPSS 25.0统计学软件分析,两组计数

资料用例和率表示,两组比较采用 χ^2 检验;符合正态分布的计量资料用“均数±标准差”($\bar{x}\pm s$)表示,两组比较采用成组 t 检验,组内治疗前后比较,采用配对 t 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 基线资料 两组患者性别、瘫痪部位等基线资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。(见表1)

2.2 两组患者治疗前后神经功能及肢体功能比较 治疗后,两组患者NIHSS评分均低于同组治疗前($P<0.01$),MAS评分均高于同组治疗前($P<0.01$);治疗后,观察组患者NIHSS评分均低于同期对照组($P<0.05$),MAS评分高于同期对照组($P<0.05$)。(见表2)

表2 两组患者神经功能及肢体功能功能比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	NIHSS评分		MAS评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	10.46±3.48	5.58±4.73 ^a	26.73±4.16	35.82±5.04 ^a
观察组	50	10.40±3.36	3.25±3.89 ^a	25.84±4.33	39.93±3.27 ^a
<i>t</i>		0.088	2.690	1.048	11.753
<i>P</i>		0.930	0.008	0.297	<0.001

注:与治疗前比较,^a $P<0.01$ 。

2.3 两组患者治疗前后中医证候积分及焦虑抑郁情况比较 治疗后,两组患者中医证候积分、SDS评分均低于同组治疗前($P<0.01$),观察组患者中医证候积分及SDS评分均低于同期对照组($P<0.01$)。(见表3)

表3 两组患者中医证候积分及焦虑抑郁情况比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	中医证候积分		SDS评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	19.84±1.47	14.69±1.35 ^a	59.86±2.43	53.88±1.63 ^a
观察组	50	19.62±1.45	9.40±1.22 ^a	59.15±2.37	46.25±1.42 ^a
<i>t</i>		0.104	8.940	0.096	3.894
<i>P</i>		0.815	<0.001	0.863	0.001

注:与治疗前比较,^a $P<0.01$ 。

2.4 两组患者疗效比较 治疗后,对照组总有效率为84.0%(42/50),观察组为98.0%(49/50),组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表4)

表4 两组疗效比较[例(%)]

组别	n	基本痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	50	6(12.0)	14(28.0)	22(44.0)	8(16.0)	42(84.0)
观察组	50	9(18.0)	21(42.0)	19(38.0)	1(2.0)	49(98.0)
χ^2						4.396
<i>P</i>						0.036

2.5 两组安全性比较 对照组治疗过程中未发生药物、护理

表1 两组患者基线资料比较

组别	n	年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	性别		偏瘫部位		证型分布				
			男	女	左	右	风痰阻络	气虚血瘀	风火上扰	阴虚风动	肝肾亏虚
对照组	50	63.16±9.82	28	22	21	29	20	11	9	6	4
观察组	50	61.83±10.25	29	21	19	31	18	13	10	5	4
检验统计量		<i>t</i> =0.679	$\chi^2=0.041$		$\chi^2=0.167$		$\chi^2=0.429$				
<i>P</i>		0.513	0.840		0.683		0.980				

等不良反应事件,不良反应发生率为0.0%;观察组治疗过程中发生2例皮肤轻度烫伤,经处理继续完成治疗,不良反应发生率为4.0%。组间比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.510$, $P=0.475$)。

3 讨论

脑为中枢神经系统,主宰机体生命活动、主司感觉运动及精神意识,其结构和功能具有特殊性,患者经治疗后多伴不同程度后遗症,对健康造成严重危害。而目前国内多采用中西医结合治疗,发挥各自优势,以增强疗效^[12]。“中风”之名首见于《金匱要略》,根据病情轻重分为中络、中经、中腑、中脏,而“十二经者,内属于脏腑,外络于肢节”,提示中风病与脏腑、经络密切相关。本研究对象均为缺血性中风恢复期偏瘫患者,主要包括风痰阻络、风火上扰、气虚血瘀、阴虚风动及肝肾亏虚5种证型,涉及太阳经、少阳经、阳明经、太阴经、少阴经及厥阴经。故有“中风发病基础为六经病变,而鼓舞六经气化、调营卫、畅气血是治疗中风之本”^[13-14]之说。因此,本研究在分经论治指导思想下取穴、遣方用药,体现中医整体观及辨证论治思想,将“证-脏腑-经脉”相连,充分运用中医个体化治疗的优势,提高临床疗效。

拇指药罐技术是在药罐基础上演变而来。《外台秘要》云“取三指大青竹筒,长寸许,一头留节,无节头削令薄似剑,煮此筒子数沸,及热出筒,笼墨点处按之”;《外科正宗》将其用于排脓;《医宗金鉴》首次将辨证用药及拔罐疗法紧密结合,从而发挥药物及拔罐的双重作用,通过药物及罐法达到调节气血、平衡阴阳的作用,使气血和、经络通、阴阳平,而病愈,故适用于内、外、妇、儿各科。其作用机制主要包括:(1)机械刺激:一方面,通过负压作用将皮肤吸起并使局部腠理开泄,让邪出有去路;另一方面,这种负压可将病邪不断由里至表拔出体外。(2)温热刺激:在拇指药罐高温作用下,局部新陈代谢、血液循环可加强,从而促进体内毒素与废物的排除;同时可刺激白细胞和网状细胞,增强其吞噬能,提高机体体能及人体免疫能力。(3)药物刺激:指药罐上的药物离子直接作用于皮肤,避免肝脏首过效应,增加药物浓度,从而提高治疗效果。故刘晶晶等^[9]采用拇指药罐干预中风肢体功能障碍者疗效显著。

本研究中观察组分经取穴中取患侧手三里、合谷、曲池、三阴交、足三里、阳陵泉采用局部取穴、循经取穴、特定取穴及经验用穴,调节患侧肢体气血经络,促进肢体功能恢复;而伴口角歪斜者加患侧颊车、地仓穴,以开关通络。同时根据不同证型予辨证加减,风痰阻络证者加双侧合谷、丰隆、内庭、血海穴,加强疏风化痰通络之功;风火上扰证者加双侧内庭、太冲穴,以平肝潜阳化火;气虚血瘀证者加双侧足三里、血海、气海穴,以益气活血通络;阴虚风动证者加双侧涌泉、太溪、太冲穴及双侧肝俞、肾俞穴,以滋补肝肾、平肝潜阳;肝肾亏虚证者加双侧太溪及双侧肝俞、肾俞穴,以滋补肝肾。另外,根据不同证型,采用不同方药干预,研究表明:化痰通络汤具有减轻动脉粥样硬化、清除自由基及抑制氧化、减轻炎症反应及增强脑保护等作用^[15];天麻钩藤饮具有改善颅内异常血流动力学、血液流变学、改善脑循环、抗血小板聚集、抗氧化、

镇痛等作用^[16];补阳还五汤具有保护血管内皮细胞、抗氧化、改善脑组织神经细胞缺血缺氧状态等作用^[17-18];镇肝熄风汤具有抗血栓、降脂、扩血管、降低血液黏滞度、抗氧化等作用^[19];地黄饮子具有抗氧化、抗凋亡、降低神经免疫炎症反应、改善线粒体能量代谢等作用^[20];左归丸具有抗氧化、促进中枢神经细胞再生等作用^[21]。因此,经不同治疗后,采用拇指药罐护理的观察组缺损神经功能及肢体运动能力恢复更好,临床症状改善更显著,疗效更优。但观察组中出现2例轻度皮肤烫伤患者,经处理可继续治疗,其原因是护理操作不当所致;故而在操作过程中选罐要大小适宜、吸罐动作稳准快、起罐不强拉、控制水温及罐距、把握留罐时间,若患者不适则立即取罐予对症处理。

由于中风后多伴不同程度焦虑抑郁,影响预后。本研究表明采用拇指药罐护理的观察组SDS评分更低,提示该技术具有抗中风后焦虑抑郁的作用,其机制可能与药罐作用相关,有待进一步研究。综上所述,缺血性中风恢复期偏瘫病因病机复杂,其发病与脏腑、经络密切相关。在分经论治思想指导下,拇指药罐护理技术干预缺血性中风恢复期安全有效,能进一步促进患者缺损神经功能恢复,改善临床症状,提高肢体运动能力,同时在一定程度上改善患者焦虑抑郁情况。

参考文献

- [1] 中国中西医结合学会神经科专业委员会.中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)[J].中国中西医结合杂志,2018,38(2):136-144.
- [2] 江思德,唐明山,肖静,等.脑梗死急性期治疗临床研究进展[J].医学综述,2016,22(8):1513-1515.
- [3] 黄小丽,贺圆圆,黎柳,等.尹周安基于筋膜理论探讨脑梗死的证治[J].中医药导报,2023,29(2):199-202.
- [4] 郭孝伟,耿强,李志道.李志道教授分经论治头痛临证经验采撷[J].天津中医药,2022,39(2):151-155.
- [5] 刘晶晶,张文娟,游佳,等.拇指药罐联合中医辨证施护对气虚血瘀型中风恢复期上肢功能障碍病人的影响研究[J].全科护理,2021,19(5):658-661.
- [6] 中国卒中学会,中国脑血管病临床管理指南撰写委员会.中国脑血管病临床管理指南(节选版):卒中康复管理[J].中国卒中杂志,2019,14(8):823-831.
- [7] 美国国立卫生研究院卒中量表[J].张磊,刘建民,整理.中华神经外科杂志,2014,30(1):79-79.
- [8] BOHLS C, HEISE K F, GLOGUER C, et al. Authorized German translation of the motor assessment scale (MAS)[J]. Rehabilitation, 2008, 47(3): 172-177.
- [9] 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,2002:126-135.
- [10] 杨冰香,白汉平.抑郁症自我管理康复策略[M].武汉:武汉大学出版社,2020:76.
- [11] 全国第四届脑血管病学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29(6):381-383.

(下转第109页)

综上所述,雷火灸联合全息刮痧对防治湿热下注证混合痔术后尿潴留具有良好的护理干预价值,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] LOHSIRIWAT V, SHEIKH P, BANDOLON R, et al. Recurrence rates and pharmacological treatment for hemorrhoidal disease: A systematic review[J]. Adv Ther, 2023,40(1):117-132.
- [2] ZAGRIADSKIĖ A, BOGOMAZOV A M, GOLOVKO E B. Conservative treatment of hemorrhoids: results of an observational multicenter study[J]. Adv Ther,2018,35(11):1979-1992.
- [3] 严美悦,刘仍海,高静,等.Ⅱ~Ⅳ度混合痔患者PPH术后发生尿潴留的危险因素分析[J].结直肠肛门外科,2023,29(2):166-169.
- [4] 李荣华,蔡靛羽,蒋晨浩,等.吻合器痔上黏膜环切术前揸针埋针对患者术后尿潴留发生的影响[J].山东医药,2020,60(20):70-72.
- [5] 邹小丽,杨依玲,李默洋,等.中医疗法防治脊柱术后尿潴留的研究进展[J].长春中医药大学学报,2023,39(8):940-944.
- [6] 刘泽洋,白国民,李彤,等.揸针联合全息刮痧防治混合痔吻合器痔上黏膜环切术后尿潴留临床观察[J].河北中医,2023,45(4):613-616.
- [7] ZHANG H T, NONG Q P, WEI L, et al. Effect of thunder-fire moxibustion combined with electroacupuncture on urodynamics in patients with neurogenic bladder after spinal cord injury[J]. Acupuncture Research,2021,46(11):958-962.
- [8] 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.
- [9] 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.
- [10] 许华娇,黄建芬.混合痔术后中药坐浴最佳温度和时间研究[J].护理研究,2017,31(25):3152-3155.
- [11] 周邓蓉,王娟,陈海玉.耳穴压丸联合中药封包热敷治疗肛肠病患者术后尿潴留疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2022,31(15):2167-2170.
- [12] 苏益芳,徐文卫,卢黎云.清热活血促愈汤熏洗在混合痔术后的应用效果观察[J].中国中医药科技,2022,29(6):1039-1041.
- [13] 周伟伟,王慧静,陈优,等.揸针联合穴位按摩治疗混合痔术后尿潴留疗效观察[J].浙江临床医学,2023,25(2):238-240.
- [14] 顾建丽,杨蓓,秦素萍.耳部全息铜砭刮痧联合耳尖放血治疗脑卒中后肠道热结型便秘患者的效果观察[J].实用临床医药杂志,2023,27(2):97-100.
- [15] 陈元花,裴雄越,王金香,等.子宫内异位症雷火灸治疗的临床观察[J].中国预防医学杂志,2019,20(9):831-834.
- [16] 刘华英,罗琴琴,谢沛霖,等.循经刮痧联合电针治疗慢性紧张性头痛临床疗效观察[J].湖北中医药大学学报,2023,25(1):98-100.
- [17] 王红霞.雷火灸联合针刺治疗风寒袭络型面瘫的临床效果观察[J].护理实践与研究,2018,15(17):134-135.
- [18] 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].中医药导报,2023,29(6):101-105.
- [19] 高明昕,蒋凤仙,王珍,等.不同膀胱管理方式对胸腰椎骨折术后尿潴留的效果观察[J].护士进修杂志,2020,35(24):2278-2282.
- [20] 魏伟,杨志新,王天雨,等.艾灸“相对穴”对大鼠脊髓损伤后神经源性膀胱及内质网应激途径的影响[J].中国针灸,2022,42(4):413-418.
- [21] 林凤绣,李志敏,赖智君.独活寄生汤结合雷火灸治疗膝骨性关节炎风寒湿痹型的疗效及其对关节功能和血清MMP-3、骨桥蛋白水平的影响[J].临床和实验医学杂志,2022,21(4):395-399.
- [22] 董芬芬,应健.热敏灸联合乳果糖治疗脾虚气弱型混合痔术后便秘的临床研究[J].针灸推拿医学(英文版),2020,18(3):219-224.
- [23] 李晨梅,耿敏,王芳,等.按揉法联合热奄包对混合痔术后患者腹胀及尿潴留的预防作用研究[J].河北中医,2023,45(6):977-980.

(收稿日期:2024-05-06 编辑:李海洋)

(上接第105页)

- [12] 曾逸笛,曹泽标,杜佳,等.中西医结合诊疗方案的探讨[J].中国中西医结合杂志,2016,36(5):517-521.
- [13] 丁元庆.中风六经辨证论治体系构建[J].山东中医药大学学报,2021,45(6):719-728.
- [14] 余磊,唐农,李伟茜,等.陈修园分经论治中风病探讨[J].云南中医学院学报,2015,38(4):85-88.
- [15] 王珍珍,吴启元,赵东科,等.化痰通络汤治疗缺血性脑卒中的研究进展[J].中医研究,2022,35(12):84-89.
- [16] 孙雪青.天麻钩藤饮治疗脑血管疾病的临床研究[J].中国处方药,2019,17(6):135-137.
- [17] 刘楠,姜云耀,黄婷婷,等.基于网络药理学方法研究补阳还五汤治疗脑梗死的作用机制[J].中国中药杂志,2018,43(11):2190-2198.
- [18] 孙云广.补阳还五汤与其加减方治疗脑梗死的进展[J].现代医学与健康研究电子杂志,2020,4(5):116-119.
- [19] 韦殷,何荷,龙威力.补阳还五汤及镇肝熄风汤在中风后康复中的临床应用进展[J].按摩与康复医学,2018,9(2):1-3.
- [20] 聂丽媛,白帅东,张世霞,等.地黄饮子的现代研究进展[J].山西中医药大学学报,2022,23(1):60-64.
- [21] 姚蕾,刘春慧,卓拉.左归丸组方分析及实验研究进展[J].亚太传统医药,2019,15(8):208-210.

(收稿日期:2023-12-27 编辑:李海洋)