

DOI: 10.12209/CAIM202605270006

· 中西医结合临床案例 ·

中医热奄包辅助改善尿道狭窄术后疼痛及 排尿恢复的个案报告

潘月迟

(北京市健宫医院 泌尿外科, 北京, 100054)

摘要: 本文总结 1 例尿道狭窄患者术后疼痛及排尿恢复的护理观察经验。患者因排尿不畅 25 年余入院, 西医诊断为尿道狭窄、泌尿系感染, 中医诊断为癃闭, 证属肾虚血瘀。患者先后行尿道镜检查、膀胱穿刺造瘘术、尿道狭窄切除术、舌黏膜代尿道成形术及包皮环切术。术后在抗炎、止血、管路管理、口腔护理及风险预防基础上, 辅以中医热奄包干预。经护理后患者生命体征平稳, 疼痛轻微, 尿管及造瘘管通畅, 未见明显并发症。

关键词: 尿道狭窄; 热奄包; 排尿恢复

A Case Report on Traditional Chinese Medicine Hot Compress Pack for Adjunctive Improvement of Postoperative Pain and Urinary Function Recovery in Urethral Stricture

PAN Yuechi

(Department of Urology, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing observation experience regarding postoperative pain relief and urinary function recovery in a patient with urethral stricture. The patient was admitted due to dysuria persisting for more than 25 years, with a Western medical diagnosis of urethral stricture complicated by urinary tract infection and a traditional Chinese medicine diagnosis of Longbi attributed to kidney deficiency with blood stasis. The patient sequentially underwent urethroscopy, suprapubic cystostomy, urethral stricture excision, lingual mucosal urethroplasty, and circumcision. Following surgery, in addition to conventional care including anti-infection therapy, hemostasis, catheter management, oral care, and risk prevention, traditional Chinese medicine hot compress pack intervention was administered as an adjunctive treatment. After nursing care, the patient's vital signs remained stable, with mild pain, unobstructed urinary and suprapubic catheters, and no notable complications observed.

KEY WORDS: urethral stricture; hot compress pack; urinary function recovery

尿道狭窄是泌尿外科常见的下尿路梗阻性疾病, 病程较长者可出现排尿费力、尿线变细、尿潴留及反复泌尿系感染, 影响患者日常生活质量。相关指南解读指出, 复发性球部尿道狭窄患者行尿道切开术后复发率为 39%, 尿道成形术后复发率为 19%, 提示术后排尿恢复、管路管理和复发观察是护理重点^[1]。中医认为本病可归属“癃闭”范畴, 病机多与肾气不足、气化不利、瘀血阻滞有关。热奄包作为中医外治技术, 具有温经通络、行气活血及散寒止痛等作用, 相关研究表明, 其可改善术后尿潴留患者排尿情况, 并减轻疼痛及炎症反

应^[2-3]。本个案围绕尿道狭窄术后患者, 观察热奄包辅助治疗在疼痛缓解及排尿恢复中的应用效果。

1 病例资料

1.1 患者信息

患者男, 58 岁, 因“排尿不畅 25 年余”于 2026 年 04 月 07 日由门诊以“尿道狭窄”收入泌尿外科病房。患者 25 余年前无明显诱因出现尿路感染, 伴排尿不畅、尿痛及尿道外口红肿等症状。2003 年曾因排尿困难于外院急诊就诊, 行膀胱造瘘术

收稿日期: 2026-05-27

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

及尿道扩张术;后因泌尿系感染至外院接受抗感染治疗,并曾自行进行尿道扩张。约6周前患者自行扩张尿道后出现扩张管无法顺利拔除情况,约4周前自行取出。此次为进一步明确尿道狭窄情况并接受系统治疗入院。

入院时患者主要表现为排尿不畅,无肉眼血尿,无明显尿痛。饮食、睡眠尚可,活动能力良好,大便成型且规律,尿量正常,近期体重无明显变化。既往否认冠心病、高血压、糖尿病、脑卒中及传染病史,否认重大外伤史及输血史。既往有手术史:2003年行膀胱造瘘术,2021年因左肩肩袖损伤行手术治疗。否认食物及药物过敏史。

1.2 查体

生命体征:体温(T)36.2℃,脉搏(P)78次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)126/78 mmHg, NRS疼痛评分0分;患者神志清楚,精神尚可,查体配合;神经系统检查未见明显异常,生理反射存在,病理反射未引出,脑膜刺激征阴性。

泌尿外科专科查体:双肾区无隆起,左肾区无叩痛,右肾区叩痛阴性,双侧输尿管走行区无明显压痛。膀胱区无隆起,叩诊呈鼓音,移动性浊音阴性。尿道外口未见明显红肿、狭窄及脓性分泌物。阴茎、阴囊及其内容物未见明显异常。肛诊提示肛门外括约肌肌力正常,球海绵体反射存在,前列腺增大,质中,无压痛,表面光滑,未触及孤立结节,指套无血染。

辅助检查:尿液全项分析提示白细胞 LEU(++),白细胞计数 183.5/μL 升高,白细胞 33.0/HP 升高,上皮细胞计数 16.8/μL 升高,上皮细胞 3.0/HP 升高。泌尿系超声提示右肾囊肿、前列腺

增生伴钙化、膀胱黏膜粗糙,残余尿约 60 mL。尿道造影提示尿道显影不清。术后血液检查提示血红蛋白 111 g/L 偏低,白蛋白 39.7 g/L 偏低,中性粒细胞比率 83.8% 升高。

中医四诊合参:患者病程较长,久病耗伤正气,肾气不足,膀胱气化不利;气机不畅,血行受阻,瘀血内生,影响排尿。结合舌淡、苔白及脉象表现,辨为“肾虚血瘀证”。

1.3 诊断

中医诊断为癃闭,证属肾虚血瘀证。患者排尿不畅病程较长,久病伤肾,肾气不足,膀胱气化不利,水道通调失司,加之气虚推动无力、血行不畅、瘀阻下焦,结合舌淡、苔白及脉象表现,辨证符合肾虚血瘀证,治以补肾益气、活血通络、通利水道。西医诊断为尿道狭窄。

1.4 治疗

西医治疗:患者入院后完善尿液检查、泌尿系超声、尿道造影及术前评估。2026年04月08日行尿道镜检查及膀胱穿刺造瘘术,术中见前尿道黏膜苍白、粗糙,狭窄长度约6.5 cm,膀胱内见大量絮状沉淀物,未见新生物,双侧输尿管开口位置及蠕动喷尿正常。2026年04月16日进一步行尿道狭窄切除术、舌黏膜代尿道成形术及包皮环切术,术中明确前尿道狭窄,狭窄长度约10 cm,取左侧舌黏膜约10 cm用于尿道成形,术后留置尿管、膀胱造瘘管及引流管。术后给予抗炎、补液、止血、口腔护理及管路观察等治疗护理,同时配合中医外治干预,促进疼痛缓解、局部循环改善及排尿功能恢复。治疗结束时间为2026年04月18日。本例患者治疗过程时间轴,如下表1所示。

表1 治疗过程

日期	治疗过程
2026年04月07日	患者因排尿不畅25年余入院,完善术前检查,诊断为尿道狭窄、泌尿系感染
2026年04月08日	在局部麻醉下行经尿道尿道镜检查术+超声引导下耻骨上膀胱穿刺造瘘术
2026年04月16日	在气管插管全麻下行尿道狭窄切除术+舌黏膜代尿道成形术+包皮环切术
2026年04月17日	术后第1日,患者生命体征平稳,尿管及膀胱造瘘管通畅,继续抗炎、补液、止血及中医对症治疗
2026年04月18日	体温维持在36.4~36.6℃,脉搏约76~80次/min,NRS评分约1分,术后恢复平稳

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般评估

患者行尿道狭窄切除术、舌黏膜代尿道成形术及包皮环切术后,意识清楚,精神尚可,生命体征平稳。体温维持在36.4~36.6℃,未见发热;

脉搏维持在76~80次/min,R18次/min,BP约115/79 mmHg、110/79 mmHg。患者主诉会阴切口、尿管刺激及术区牵拉不适,疼痛较轻。术后留置尿管、膀胱造瘘管及会阴部引流管,尿管及造瘘管通畅,尿色清亮,偶呈淡粉红色,会阴皮下引流约45 mL。术后血液检查示血红蛋白111 g/L、白蛋白39.7 g/L偏低,中性粒细胞比率83.8%升高,提

示需继续关注感染、营养及切口愈合情况。

2.1.2 量表评估

采用数字疼痛评分法(Numerical Rating Scale, NRS)评估疼痛,0分为无痛,1~3分为轻度疼痛,4~6分为中度疼痛,7~10分为重度疼痛^[4-5];本例术后NRS评分约1分,为轻度疼痛。

采用Morse跌倒评估量表(Morse Fall Scale, MFS)评估跌倒/坠床风险,0~24分为低风险,25~44分为中风险,得分≥45分为高风险^[6];本例术后评分65分,提示跌倒风险较高,04月17日复评35分,风险较前下降。

采用Braden压疮风险评估量表(Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk)评估压力性损伤风险,评分越低风险越高,19~23分一般提示风险较低^[7];本例评分23分,压疮风险低。

采用简版微型营养评估量表(Mini Nutritional Assessment-Short Form, MNA-SF)评估营养状况,总分0~14分,12~14分为营养状况正常,8~11分为存在营养不良风险,0~7分为营养不良^[8];本例评分14分,属正常营养状况。

采用住院患者非计划拔管风险评估量表(Unplanned Extubation Risk Assessment Scale for Inpatients)评估管路滑脱风险,评分越高提示非计划拔管风险越高^[9];本例术后评分12分,风险与留置尿管、膀胱造瘘管、引流管及活动受限有关。

采用Caprini血栓风险评估模型(Caprini Risk Assessment Model)评估静脉血栓栓塞风险,0分为极低危,1~2分为低危,3~4分为中危,得分≥5分为高危^[10];本例术后评分4分,属中危。

2.2 护理诊断

基于患者术后评估情况,确定护理诊断为:急性疼痛,与尿道成形术后组织损伤、会阴切口牵拉及尿管刺激有关;有感染风险,与既往泌尿系感染、术后切口及尿管、膀胱造瘘管留置有关;有管路滑脱风险,与术后留置尿管、膀胱造瘘管、引流管及活动受限有关;有跌倒、坠床风险,与术后体力下降、管路牵拉及下床活动需协助有关;有血栓形成风险,与手术时间较长、术后活动减少及卧床有关;有排尿恢复延迟风险,与术后尿道黏膜水肿、局部瘢痕修复及管路留置有关。

2.3 护理计划

结合本例患者实际及诊断结果,护理目标如下:减轻术后疼痛,保持尿管、造瘘管及引流管通畅在位,预防感染、跌倒、管路滑脱、压疮及血栓形

成,促进尿道修复和排尿功能恢复。具体目标包括:①NRS疼痛评分维持在≤1分;②体温保持正常,切口无红肿、渗液及异常分泌物;③尿管及膀胱造瘘管固定妥善、引流通畅;④跌倒风险较前下降,无跌倒、坠床发生;⑤无压疮、烫伤、管路滑脱及血栓相关表现;⑥患者能理解术后管路保护、饮食、活动及排尿恢复注意事项。

2.4 护理措施

2.4.1 术后疼痛及热奄包干预护理

患者术后NRS疼痛评分约1分,疼痛主要表现为会阴切口牵拉痛、尿管刺激感及膀胱区轻度不适。护理人员每班评估疼痛部位、性质、持续时间及其与翻身、坐起、排便和管路牵拉的关系,协助患者取舒适卧位,体位改变前整理尿管、膀胱造瘘管及会阴引流管,避免管路受压、折叠或牵拉。

遵医嘱给予中医热奄包干预,药物组成为艾叶20g、吴茱萸10g、桂枝10g、红花10g、川芎10g及延胡索15g,具有温经通络、活血止痛之功。操作前评估下腹部及腰骶部皮肤、温度觉和管路位置,将热奄包放置于关元、气海、中极、双侧水道及腰骶部肾俞、膀胱俞周围,避开造瘘口、尿道口、会阴切口及引流管出口。20~30min/次,1次/d,自2026年04月17日至04月18日连续使用2d。温度以患者感觉温热舒适为宜,操作中观察皮肤有无潮红、灼痛、水疱及出汗过多,结束后检查管路固定与引流情况,并记录疼痛评分、膀胱区舒适度、尿液颜色及引流是否通畅。

2.4.2 管路护理与排尿恢复观察

患者术后留置尿管、膀胱造瘘管及会阴部引流管,护理重点为防堵塞、防折叠、防牵拉和防滑脱。每班交接管路名称、固定位置、外露长度、引流液颜色及量,保持引流袋低于膀胱水平,避免尿液逆流。观察尿液颜色和性状,本例尿色清亮,偶呈淡粉红色,未见明显血块;会阴皮下引流约45mL,继续观察引流量是否突然增多或颜色加深。指导患者翻身、坐起、下床前先通知护士整理管路,不自行夹闭、抬高或牵拉引流袋。若出现尿液引流减少、膀胱区胀痛、尿色持续加深、血块堵塞或管路松动,及时报告医生处理。

2.4.3 感染预防与切口护理

患者入院诊断合并泌尿系感染,术后中性粒细胞比率升高,且有尿管、造瘘管、会阴切口及口腔取黏膜创面,感染预防为护理重点。每日观察体温、尿液浑浊度、尿道口分泌物、造瘘口周围皮

肤及会阴切口情况,保持局部清洁干燥,便后及时清洁,避免污染切口和管路接口。处理造瘘口、引流管接口及会阴敷料时严格执行手卫生和无菌操作。因患者取左侧舌黏膜行尿道成形,术后加强口腔护理,观察取材处有无出血、肿胀、疼痛加重及进食困难,遵医嘱协助含漱,指导进食温凉、软质且易吞咽食物,避免过热、辛辣或坚硬食物刺激创面。

2.4.4 安全护理与风险预防

患者术后跌倒/坠床评分 65 分、管路滑脱评分 12 分,需重点预防跌倒和非计划拔管。床旁放置防跌倒标识,床栏保护,呼叫器置于手边,地面保持干燥,移除床旁障碍物。首次下床及如厕时由护士或家属陪同,指导患者按“平卧—坐起—床旁站立—缓慢行走”顺序活动,出现头晕、乏力立即停止。尿管、造瘘管及引流管分别固定,避免交叉缠绕,活动前后均检查固定情况。患者血栓评分 4 分,指导床上踝泵运动、股四头肌收缩训练,病情允许后逐步床旁活动,观察双下肢肿胀、疼痛、皮温变化及胸闷、气促等异常表现。

2.4.5 饮食与康复指导

患者营养评分 14 分,营养状况基本正常,但

术后血红蛋白 111 g/L、白蛋白 39.7 g/L 偏低,护理中兼顾切口修复、口腔创面恢复和排尿通畅。饮食以清淡、软质、易消化为主,少量多餐,逐步增加蛋类、奶类、瘦肉、鱼肉及新鲜蔬果摄入。指导患者适量饮水,保持尿液引流通畅,避免一次性大量饮水引起膀胱区不适。保持大便通畅,必要时遵医嘱采取通便措施,避免用力排便牵拉会阴切口。向患者说明术后短期内避免剧烈活动、久坐及牵拉管路,重点观察发热、尿液明显变红、膀胱区胀痛、管路脱落、切口渗液及口腔创面出血等情况,出现异常及时告知医护人员。

2.5 护理评价

经过术后连续护理干预,患者生命体征平稳,疼痛控制良好,尿管及膀胱造瘘管通畅,未发生跌倒、压疮、管路滑脱、烫伤及明显感染表现。护理前后关键指标变化,详见表 2。护理后患者能主动配合管路保护、床上活动及饮食管理;中医热奄包干预过程中未出现皮肤烫伤及不适,患者自述温热感舒适,会阴及膀胱区牵拉不适未加重。整体来看,本例护理重点围绕疼痛缓解、管路安全、感染预防和排尿恢复展开,护理目标基本达成。

表 2 护理前后患者关键指标变化

评价指标	护理前/评估时	护理后	变化说明
NRS	约 1 分	0 ~ 1 分	疼痛维持轻微水平,舒适度较好
T	36.4 ~ 36.6℃	维持正常	未见发热及感染加重表现
BP	115/79 mmHg、110/79 mmHg	平稳	循环状态稳定
MFS	65 分	35 分	风险较前下降,未发生跌倒
Braden	23 分	23 分	压疮风险低,皮肤完整
MNA-SF	14 分	14 分	营养状况稳定
管路滑脱评分	12 分	管路在位、未滑脱	尿管、造瘘管及引流管固定良好
Caprini 血栓评分	4 分	未见血栓相关症状	无下肢肿胀、胸闷、气促等表现
尿管及造瘘管情况	术后留置多根管路	通畅在位	尿色清亮,偶呈淡粉红色,无堵塞

3 结果与随访

患者术后恢复平稳,2026 年 04 月 16 日行尿道狭窄切除术、舌黏膜代尿道成形术及包皮环切术后,生命体征稳定。术后第 1 日患者神志清楚,精神、饮食可,尿管及膀胱造瘘管通畅,尿色清亮,偶呈淡粉红色,会阴皮下引流约 45 mL。经抗炎、补液、止血、口腔护理、管路管理及中医热奄包辅助干预后,患者会阴牵拉不适减轻,膀胱区舒适度改善,未发生明显并发症。出院时患者管路固定良好,引流通畅,能配合管路保护和饮食活动指导。出院后 1 周电话随访,患者会阴部不适较前

减轻,尿液颜色转清,口腔取材处疼痛缓解,可进食软质饮食,并按医嘱继续返院复查。

4 讨论

尿道狭窄病程长、易反复,患者常表现为排尿费力、尿线变细、残余尿增多及泌尿系感染反复发作。该患者排尿不畅 25 年余,既往有膀胱造瘘及多次尿道扩张史,本次行尿道狭窄切除术、舌黏膜代尿道成形术及包皮环切术,术后同时留置尿管、膀胱造瘘管及会阴部引流管,护理重点不只是观察生命体征,还包括尿液颜色、引流通畅情况、会阴切口、造瘘口、口腔取材处恢复及管路滑脱风

险。相关研究显示,口腔黏膜补片可用于复杂泌尿道狭窄修复,提示此类患者术后更需重视供区创面护理和修复过程观察^[11]。

从中医角度看,患者病程迁延,属“癃闭”范畴,辨证为肾虚血瘀证。术后组织损伤、管路刺激及局部瘀阻可导致会阴牵拉不适、膀胱区胀感及排尿恢复延迟。经皮穴位电刺激用于术后排尿功能恢复的研究提示,经穴刺激对改善术后排尿状态具有一定参考价值^[12];耳穴压丸联合中药封包用于术后尿潴留的临床观察也提示,中医外治可作为促进排尿恢复、改善舒适度的辅助措施^[13]。本例在常规抗炎、止血、管路护理、口腔护理和风险预防基础上,配合热奄包干预,患者疼痛程度可控,尿管及造瘘管通畅,未见烫伤、管路滑脱及明显感染表现。由于本研究为单例观察,且随访时间有限,热奄包对排尿恢复的作用仍需更多病例和连续观察进一步验证。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 张睿航,宋鲁杰,傅强. 美国泌尿外科协会尿道狭窄疾病指南修正案解读[J]. 临床泌尿外科杂志, 2025, 40(3): 226-229, 237.
Zhang R H, Song L J, Fu Q. Interpretation on the American urological association's urethral stricture disease guideline amendment [J]. J Clin Urol, 2025, 40(3): 226-229, 237. (in Chinese)
- [2] 代立霞,王芳,赵志强,等. 针刺联合吴茱萸热奄包对痔病患者术后免疫相关因子及尿潴留相关指标的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2022, 30(10): 685-689.
Dai L X, Wang F, Zhao Z Q, et al. Effects of acupuncture combined with rucornus fever and election package on immune-related factors and urinary retention indexes after hemorrhoids surgery[J]. Chin J Integr Tradit West Med Dig, 2022, 30(10): 685-689. (in Chinese)
- [3] 刘爽,何其英,汤亚箐,等. 中医综合疗法联合中医特色护理防治肛肠术后尿潴留的效果[J]. 实用临床医药杂志, 2022, 26(16): 24-29.
Liu S, He Q Y, Tang Y Q, et al. Effect of comprehensive therapy of traditional Chinese medicine combined with characteristic nursing of traditional Chinese medicine in preventing and treating urinary retention after anorectal surgery[J]. J Clin Med Pract, 2022, 26(16): 24-29. (in Chinese)
- [4] 李春蕊,张雯,樊碧发. 数字评分法(NRS)与口述评分法(VRS)在老年慢性疼痛患者中的比较[J]. 中国疼痛医学杂志, 2016, 22(9): 683-686.
Li C R, Zhang W, Fan B F. A comparison between numeric rating scale (nrs) and verbal rating scale (vrs) in eldly patients with chronic pain[J]. Chin J Pain Med, 2016, 22(9): 683-686. (in Chinese)
- [5] 王顺星,徐超,尚磊,等. 简明疼痛量表在疼痛评估中的应用[J]. 河北医药, 2024, 46(21): 3322-3328.
Wang S X, Xu C, Shang L, et al. Application of the brief pain inventory in pain assessment[J]. Hebei Med J, 2024, 46(21): 3322-3328. (in Chinese)
- [6] 李冰冰,张晓萌,张艳. 住院患者跌倒风险评估工具及预测模型研究进展[J/OL]. 中华临床医师杂志(电子版), 2023, 17(11): 1192-1195.
Li B B, Zhang X M, Zhang Y. Progress in research of fall assessment tools and risk prediction models for hospitalized patients[J/OL]. Chin J Clin Electron Ed, 2023, 17(11): 1192-1195. (in Chinese)
- [7] 蒋琪霞,周济宏,陈可塑,等. 中国46所三级医院成年住院患者压力性损伤流行病学特征及Braden量表预测作用研究[J]. 中国全科医学, 2023, 26(18): 2195-2202.
Jiang Q X, Zhou J H, Chen K S, et al. Pressure injuries among adult inpatients in 46 tertiary hospitals in China: epidemiological characteristics and predictive value of the braden scale[J]. Chin Gen Pract, 2023, 26(18): 2195-2202. (in Chinese)
- [8] Takano H, Kamada Y, Ichikawa M, et al. Prospective observational study of nutritional status and oral supplement utilization in users of an elderly daycare service, employing a web-based Mini Nutritional Assessment Form (MNA plus) [J]. Front Nutr, 2024, 11: 1375592.
- [9] 沈萍,王清,冯波,等. 住院患者非计划拔管风险评估量表的编制及信效度检验[J]. 护理学杂志, 2022, 37(4): 53-56.
Shen P, Wang Q, Feng B, et al. Development and validation of the risk assessment score for inpatient unplanned extubation[J]. J Nurs Sci, 2022, 37(4): 53-56. (in Chinese)
- [10] 褚彦香,周雁荣,胡凯利,等. Caprini风险评估模型在静脉血栓栓塞症护理中的研究进展[J]. 护理学杂志, 2023, 38(15): 126-129.
Chu Y X, Zhou Y R, Hu K L, et al. Advances in

- use of Caprini risk assessment model in venous thromboembolism care [J]. *J Nurs Sci*, 2023, 38 (15): 126–129. (in Chinese)
- [11] 郑文华, 何垚, 甘宇, 等. 腹腔镜下颊黏膜补片修复复杂性输尿管狭窄 8 例报告[J]. *临床泌尿外科杂志*, 2025, 40(3): 212–214.
- Zheng W H, He Y, Gan Y, et al. Laparoscopic repair of complex ureteral stenosis with buccal mucosal patch: a report of 8 cases[J]. *J Clin Urol*, 2025, 40 (3): 212–214. (in Chinese)
- [12] 涂育铭, 曲善瞳, 林舜艳, 等. 经皮穴位电刺激对老年患者全髋关节置换术后排尿功能的影响[J]. *中国针灸*, 2024, 44(4): 395–399.
- Tu Y M, Qu S C, Lin S Y, et al. Effect of transcuta-
- neous electrical acupoint stimulation on postoperative urinary function in elderly patients undergoing total hip arthroplasty [J]. *Chin Acupunct Moxibustion*, 2024, 44(4): 395–399. (in Chinese)
- [13] 杨碧英, 黄敏, 李进安, 等. 耳穴压丸联合中药封包治疗肛肠病术后尿潴留的临床观察[J]. *中国中医急症*, 2023, 32(2): 272–274.
- Yang B Y, Huang M, Li J A, et al. Clinical observation on auricular point pressing pill combined with traditional Chinese medicine sealing on postoperative urinary retention in patients with anorectal disease [J]. *J Emerg Tradit Chin Med*, 2023, 32(2): 272–274. (in Chinese)

声明: 此案例经过本平台同行评议, 全文开放获取, 采用知识共享(CC BY 4.0)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。