DOI：10. 12209/CAIM202606280004

·中西医结合临床案例·

1例颈椎术后四肢瘫伴排尿障碍患者的中西医结合康复护理报告

李祎凡，王珊珊

（中国中医科学院广安门医院 康复医学科，北京，100053）

摘要：本文总结1例颈椎术后四肢瘫伴排尿障碍患者的中西医结合康复护理体会。在常规运动康复、对症用药、留置导尿管管理及膀胱功能训练的基础上，辨证实施中药热奄包联合耳穴压豆干预，并配合盆底磁电刺激、电针等康复治疗手段。干预21 d后，患者成功拔除留置导尿管，连续3 d排尿基本正常，膀胱残余尿量为15 mL，可独立缓慢步行，睡眠状态改善，住院期间未发生跌倒事件。中西医结合康复护理对促进患者排尿功能及运动功能恢复具有积极临床意义。

关键词：颈椎术后；四肢瘫；排尿障碍；中西医结合护理

Integrated Chinese and Western Rehabilitation Nursing Report on a Patient with Tetraplegia Complicated by Micturition Disorder after Cervical Spine Surgery

LI Yifan，WANG Shanshan

（*Department of Rehabilitation Medicine，Guang'anmen Hospital，China Academy of Chinese Medical Sciences，Beijing，100053*）

ABSTRACT：This paper summarizes the experience of integrated Chinese and western rehabilitation nursing for one patient with tetraplegia complicated by micturition disorder after cervical spine surgery. On the basis of conventional motor rehabilitation，symptomatic medication，indwelling catheter management and bladder function training，syndrome differentiation-oriented interventions including herbal hot compress combined with auricular point pressing were carried out，together with rehabilitative therapies such as pelvic floor magnetoelectric stimulation and electroacupuncture. After 21 days of intervention，the indwelling catheter was successfully removed；the patient achieved basically normal urination for 3 consecutive days with a post-void residual urine volume of 15 mL，was able to walk slowly independently，and had improved sleep status. No fall incidents occurred during hospitalization. Integrated Chinese and western rehabilitation nursing is of positive clinical significance for promoting the recovery of micturition and motor functions of patients.

KEY WORDS：post-cervical spine surgery；tetraplegia；micturition disorder；integrated Chinese and western nursing

脊髓型颈椎病患者术后常遗留运动、感觉及自主神经功能障碍，规范的康复护理对促进神经功能恢复和提高日常生活能力具有重要意义。时效激励式干预可有效改善患者术后神经功能与独立生活能力，为临床康复护理实践提供参考[1]。老年患者合并退行性颈椎改变及多种基础疾病时，术后若并发硬膜外血肿压迫脊髓，可导致四肢瘫、排尿障碍，同时伴随多系统护理风险。现有研究数据显示，该类患者的1年、5年和10年生存率分别为79. 92%、71. 77%和65. 07%，提示此类患者的长期康复管理具有较高复杂性[2]。脊髓损伤后膀胱神经传导通路受阻，易继发逼尿肌无力、尿道括约肌协调障碍或膀胱出口梗阻，进而形成神经源性膀胱（neurogenic blad-

收稿日期：2026－06－28

der，NB），引发排尿障碍[3]。容量管理、间歇导尿、残余尿量监测及尿路感染预防是脊髓损伤后神经源性膀胱管理的核心措施[4]。中西医结合治疗与护理可与常规康复训练和膀胱功能训练形成优势互补[5]。本文总结1例采用中药热奄包联合耳穴压豆干预颈椎术后硬膜外血肿致四肢瘫伴排尿障碍患者的中西医结合康复护理经验，现报告如下。

1　临床资料

1.1　时间表

本例患者关键诊疗过程，详见表1。

1.2　一般资料

患者男，74岁，主因“颈椎术后四肢力弱伴小便障碍1月余”于2026年05月07日收入我科。既往有陈旧性脑梗死病史16年，遗留右侧肢体力弱后遗症。患者于2026年03月20日因右侧肢体活动不利加重就诊，颈椎MRI提示颈椎退行性改变、颈3～5椎间盘突出，诊断为“颈椎病”，后在全身麻醉下行后入路颈椎融合术，术后出现四肢肌力减退，考虑为颈椎术后硬膜外血肿，随即行椎管减压术。术后多次尝试拔除尿管，患者均主诉膀胱胀痛，超声检查提示残余尿量增多，尿动力学检查提示膀胱过度活动、逼尿肌收缩力受损，遂长期留置导尿管。入院症见：四肢力弱，独立翻身、起坐困难，可短时间独自站立，纳食尚可，睡眠欠佳，留置导尿管状态。否认食物、药物过敏史。

1.3　体格检查

入院查体：体温（T）36.5℃，脉搏（P）96次/min，呼吸（R）20次/min，血压（BP）122/64 mmHg，身高158 cm，体重55 kg；神志清楚，精神可，言语清晰，轮椅推入病房；后颈部可见一长约10 cm的纵向术后瘢痕，伤口愈合良好，未见明显红肿及渗出。

专科检查：左侧肢体肌力4级，右侧肢体肌力4−级；肌张力正常；Hoffmann征左侧（+）、右侧（−）；肱二头肌腱反射右侧（+++）、左侧（++），双侧膝腱及跟腱反射（++）。

中医望闻切诊：神色自如，形体正常，语声清，气息平，舌红，苔黄腻，脉细数。

1.4　诊断

中医诊断：痿证（湿热证）；西医诊断：颈椎术后状态，四肢不全瘫，运动功能障碍，逼尿肌无力，膀胱过度活动症，混合型颈椎病，陈旧性脑梗死，双侧大脑中动脉狭窄，右侧颈内动脉狭窄，右侧椎动脉闭塞，基底动脉狭窄。

1.5　治疗

中医治疗以清热祛湿为核心原则，予患者口服中药汤剂，同步实施中药热奄包及耳穴压豆中医特色护理技术，促进排尿功能恢复；西医治疗以抗血小板聚集方案为主；康复专科予以物理治疗、作业治疗改善四肢肌力，开展盆底肌训练提升膀胱控制能力。2026年05月25日患者拔除留置导尿管，05月26日泌尿系超声提示膀胱残余尿量约17 mL，05月28日拔管后连续3 d基本正常排尿，康复目标基本完成后出院。

表1　患者关键诊疗过程时间表

时间	关键事件
2026年05月07日	患者入院，留置导尿管，左侧肢体肌力4级、右侧4-级，启动排尿及运动康复评估
2026年05月08日	完善相关检查，明确排尿障碍等问题，开始实施中药热奄包联合耳穴压豆及配套康复护理
2026年05月11日	实施夹闭尿管训练，并强化肌力及平衡训练
2026年05月18日	复查泌尿系超声及腰椎磁共振成像，继续开展管路管理及运动康复
2026年05月25日	可独立缓慢步行，拔除留置导尿管，继续观察排尿情况
2026年05月26日	膀胱残余尿量约17 mL，持续观察排尿状态
2026年05月28日	拔管后连续3 d基本正常排尿，康复目标基本达成，准予出院

2　护理

2.1　护理评估

2.1.1　专科与症状评估

①运动与神经功能评估：肌力采用0～5级分级法，级别越高提示肌力水平越好。本例患者左侧肢体肌力4级，右侧4−级。采用Fugl−Meyer平衡功能评定量表[6]（Fugl−Meyer Assessment，FMA）评估坐位、站立及保护性反应等平衡功能，总分区间0～14分，分值越高提示平衡功能越好。本例患者评分为7分，提示平衡功能受限。采用Barthel指数[7]（Barthel Index，BI）评估进食、穿衣、如厕、转移及步行等日常生活活动能力，总分区间0～100分，分值越高提示独立生活能力越

好。本例患者评分为40分，提示日常生活活动能力重度受限。

②排尿功能与管路评估：患者携带导尿管入院，合并膀胱过度活动及逼尿肌无力，管路管理和排尿功能训练为本次护理重点。采用神经源性膀胱症状评分（Neurogenic Bladder Symptom Score，NBSS）评估尿失禁、储尿与排尿症状、相关并发症及生活质量，该量表共24个条目，总分区间0～74分，分值越高提示症状负担越重[8]。本例患者入院时评分为42分。

③睡眠功能评估：患者受留置导尿管刺激及排尿障碍影响，夜间睡眠状态欠佳。采用匹兹堡睡眠质量指数[9]（Pittsburgh Sleep Quality Index，PSQI）评估睡眠质量、入睡时间及睡眠效率等7个维度，总分区间0～21分，分值越高提示睡眠质量越差。本例患者评分为9分，提示睡眠质量较差。

2.1.2 中医辨证评估

根据《中医内科病证诊断疗效标准》[10]，患者年逾七旬，既往久病体弱，颈椎术后出现四肢力弱、活动受限，辨病属“痿证”范畴。结合舌红、苔黄腻、脉细数表现，叠加小便不利、留置导尿管等症状，辨证属湿热蕴结、阻滞经络、下焦气化不利。四诊合参，病位在四肢筋脉经络及下焦膀胱，病性属实证，证属“湿热证”。膀胱储存和排泄尿液的功能主要依赖肾的气化作用，尿液由津液所化生，通过肾的气化作用完成升清降浊，清者回归体内，浊者下输于膀胱，最终形成尿液储存于膀胱之中。

2.2 护理诊断

①排尿障碍：与颈椎术后神经功能受损及逼尿肌收缩力下降有关；②躯体活动障碍：与神经肌肉功能受损及四肢肌力下降有关；③睡眠型态紊乱：与排尿障碍及留置导尿管刺激有关；④有感染的风险：与长期留置导尿、基础代谢异常及尿液潴留有关；⑤有跌倒的风险：与高龄、四肢肌力下降及平衡功能受损有关。

2.3 护理计划

结合中医辨证分型，运用整体护理理念，在常规护理基础上实施中医适宜技术，给予个性化护理干预，制定如下护理计划：①恢复自主排尿功能，将残余尿量控制在安全范围；②改善躯体移动功能，提高日常生活活动能力；③预防管路相关并发症；④提升睡眠质量；⑤住院期间无跌倒意外事件发生。

2.4 护理实施

2.4.1 中医外治法

2.4.1.1 中药热奄包

热奄包属中医传统外治疗法，其源头可追溯至古代的中药热敷治疗。该疗法融合了中药的药理作用与温热刺激的物理效应，通过皮肤渗透吸收，使药物作用于局部，起到温通经络、散寒止痛等功效[11]。采用中药热奄包热敷下腹部，可有效降低神经源性膀胱患者的残余尿量，临床常以2周为一个干预疗程[12]。实施前先评估患者下腹部及脐周的皮肤完整性、温度感知能力和疼痛反应，确认局部无破溃、皮疹及明显感觉异常后再行操作。取吴茱萸25 g、厚朴25 g及粗盐100 g装入棉布袋，置入恒温箱预热，操作前用红外测温枪测温，将外敷温度严格控制在38～43℃。协助患者取平卧位，暴露下腹部并做好隐私保护，将热奄包平敷于神阙、气海、关元、中极穴位及耻骨上膀胱区。吴茱萸可温中散寒、行气止痛，厚朴可燥湿行气、消胀除满，粗盐可蓄热导热，三者配伍可发挥温通下焦、行气除满的作用，缓解下腹部紧张不适感。每次热敷时长20～30 min，2次/d，连续干预2周，共完成1个疗程。热敷期间每5～10 min观察局部皮肤颜色、温度及患者主观感受，若出现灼热、刺痛、皮肤潮红明显或头晕不适，立即停止操作。治疗结束后擦干局部皮肤，整理衣被及管路，记录热敷时间、部位及患者排尿相关感受。

2.4.1.2 耳穴压豆

耳穴压豆联合中药热奄包可改善术后尿潴留及排尿等待症状，调节自主神经功能[13]。实施前查看双侧耳廓皮肤有无破损、湿疹、压痛及感染征象，询问患者胶布过敏史；使用75%酒精消毒耳廓，待皮肤完全干燥后用镊子将粘贴有王不留行籽的医用胶布准确贴压于对应耳穴。选取神门、交感及皮质三穴以宁心安神、调节自主神经；选取膀胱、肾及尿道三穴以助下焦气化、改善排尿功能。贴敷后指导患者每日以拇指和食指相对按揉耳穴，每穴按压1～2 min，3～5次/d，早、中、晚及睡前各操作1次，排尿训练前可增加1次按揉频次。双耳交替贴压，每2～3 d更换1次，持续干预至患者出院，总时长共21 d。贴压期间每日观察耳廓皮肤状态，若出现局部红肿、破溃、明显疼痛或过敏反应，及时取下压豆并暂停操作。

2.4.2 常规护理

2.4.2.1 病情观察

密切观察患者生命体征、意识状态、尿液颜色及性状，监测有无发热、寒战、血尿、尿液浑浊及排尿疼痛表现。实施间断夹闭尿管训练，根据患者尿意感知或每2～4 h开放尿管1次；拔管后重点观察排尿频次、单次尿量、尿线形态、尿等待时长及膀胱憋胀感。加强病房巡视，予双侧床挡防护，患者外出检查或如厕时必须有人全程搀扶，防范跌倒事件，保障诊疗安全。

2.4.2.2 睡眠护理

保持病室环境安静，夜间调暗室内灯光，集中时段完成各项护理操作。睡前整理并妥善固定导尿管，避免管路受压、牵拉；协助患者取舒适卧位，指导其开展缓慢呼吸放松训练。睡前按揉神门、交感及皮质下等耳穴，每穴按揉时长1～2 min。

2.4.2.3 生活起居

保持病室通风干燥，晚间梳理固定管路，减少牵拉刺激，指导患者睡前进行放松呼吸训练。结合患者湿热证候特点，病房环境需保持干燥通风，避免长时间处于潮湿闷热环境中。衣着选择宽松、透气性佳的棉麻材质，避免穿着紧身、不透气的化纤衣物，防止汗液郁闭、滋生湿热。结合立夏节气养生原则，指导患者保持晚睡早起的作息规律，科学午休，防暑避湿，顾护阳气，避免贪凉。

2.4.2.4 饮食护理

日常饮食多选取清热利湿类食材，如绿豆、冬瓜、薏苡仁及苦瓜等，严格规避辛辣油腻类食物。

2.4.2.5 用药指导

遵医嘱配合中药汤剂内服，治疗以清热祛湿为核心原则，观察患者服药后有无恶心、腹胀等不良反应。遵医嘱落实抗血小板聚集相关用药，监测有无出血相关不良反应。

2.4.2.6 运动护理

指导患者避免颈部过度屈伸、旋转及负重；床旁活动需有人全程陪同搀扶，保障活动安全。

2.4.3 康复锻炼

2.4.3.1 体位护理

告知患者重视良肢位的规范摆放。仰卧位时，头下垫软枕，肩部适当上挺，上肢自然伸展，双手握拳，患肢下方垫软枕支撑；侧卧位时，患肢保持前伸位，避免局部受压。协助并指导患者每2～3 h翻身一次。

2.4.3.2 四肢康复锻炼

为患者制定个性化四肢康复计划，并根据实际恢复情况动态调整。通过物理治疗（PT）、作业治疗（OT）改善患者肢体功能，依次开展坐位平衡、立位平衡与步行训练。

坐位平衡训练：患者取无支撑状态坐在床边或椅子上静坐，双手手指交叉相握，向前、后、左、右、上、下方向伸展，同步带动重心对应移位，3组/次，2次/d；立位平衡训练：患者可独立站起后，指导其将重心向患侧转移，训练患腿持重能力，引导躯干重心向各个方向摆动，开展动态站立平衡训练，3组/次，2次/d；缓慢步行训练：患者可双脚稳定站立后，依次进行患腿前后摆动、踏步、屈膝及伸髋等活动，逐步过渡至双腿交替前后迈步，再进阶为扶持步行、徒手步行。规范康复训练可促进患者四肢肌力恢复，重建正常关节活动范围。日常护理中鼓励患者主动开展自主活动，推动肢体功能早日康复。

2.4.3.3 盆底肌训练

盆底肌功能训练可有效刺激尿道括约肌的交感神经纤维，降低逼尿肌压力[14]。锻炼开始前指导患者准确识别盆底肌位置，取仰卧位躺在床上，双腿屈曲，臀部、腹部肌肉保持放松，将手放置于腹部感知肌肉状态，收缩阴部及肛门肌群，收缩维持3～5 s后缓慢放松5～10 s，反复持续训练30 min；随着锻炼熟练度提升，可逐步将收缩维持时间延长至5～10 s，每日早晚各开展1组训练，每组完成50次收缩动作。初始锻炼阶段取仰卧位，动作熟练后可过渡至坐位、立位状态下完成训练，保障患者居家即可自主操作。告知患者训练前排空膀胱，避免训练过程中出现膀胱疼痛或漏尿情况。

2.5 护理评价

经21 d中西医结合康复护理干预，患者运动与神经功能改善，可独立缓慢步行，排尿功能及睡眠质量提升（详见表2-3）。2026年05月25日拔除留置导尿管后患者可自主排尿，05月26日泌尿系超声提示膀胱残余尿量约17 mL；05月27日患者自觉排尿力量增强，仍存在尿频、单次尿量偏少表现；至05月28日排尿基本正常，出院前复查残余尿量降至15 mL，住院期间未发生跌倒事件。

表 2 膀胱功能训练及拔管后排尿情况

应用天数	尿管夹闭时间/min	膀胱憋胀感	打开尿管后实际尿量/mL	残余尿量/mL
第 1 天	15	重度胀痛感	30	320
第 7 天	40	中度膨胀感	70	280
第 14 天	60	轻度充盈感	120	180
第 17 天	120	轻度充盈感	300	33
第 18 天	/	/	/	17
第 19 天	/	/	/	20
第 21 天	/	/	/	15

表 3 疗效评估

评价指标	入院时	出院前
排尿功能	留置导尿管，拔管后膀胱憋胀	拔管后 3 d 排尿基本正常
膀胱残余尿量	残余尿量增多	约 15 mL
NBSS	42 分	18 分
FMA	7 分	11 分
BI	40 分（四肢力弱）	65 分（可独立缓慢步行）
PSQI	9 分	6 分
安全状态	有跌倒风险	未发生跌倒
舌苔	舌红，苔黄腻	舌红，苔薄黄

3 结果与随访

患者住院 21 d 期间，生命体征总体平稳。经中医特色护理、留置导尿管护理、膀胱功能训练、盆底磁电刺激及规范运动康复干预后，于 2026 年 05 月 25 日顺利拔除留置导尿管。05 月 26 日泌尿系超声提示膀胱残余尿量约 17 mL；05 月 27 日患者自觉排尿力量明显增强，仍存在尿频、单次尿量偏少表现；05 月 28 日拔管后连续 3 d 排尿基本正常，出院前复查膀胱残余尿量降至 15 mL。NBSS 评分由入院时 42 分降至 18 分，排尿相关症状较入院时显著改善；FMA 评分由 7 分提升至 11 分，BI 评分由 40 分提升至 65 分，可独立缓慢步行，平衡功能及日常生活活动能力较入院时明显提升；PSQI 评分由 9 分降至 6 分，睡眠质量较前改善。住院期间未发生跌倒事件，主要康复目标基本完成后准予出院。出院 1 周后开展电话随访，患者自述排尿状态正常，可独立缓慢步行，并按要求规范记录排尿情况。患者按时提交的排尿记录，详情见表 4。

表 4 出院后患者排尿日记

出院天数	频次/（次/d）	进水量/（mL/d）	尿量/（mL/d）	是否有尿失禁
1	8	1000	1350	无
2	7	850	1300	无
3	9	1100	1700	无
4	10	1100	1850	无
5	8	900	1500	无
6	7	1000	1550	无
7	7	900	1350	无

4 讨论

颈椎术后并发硬膜外血肿致四肢不全瘫患者病情复杂，排尿障碍往往并非单一因素导致。本例患者年老久病，合并多支脑血管病变，既存在脊髓损伤后膀胱神经传导通路受阻的病理改变，也叠加了逼尿肌收缩力受损、长期留置导尿管带来的继发性影响。中医辨证归属于“痿证”范畴，四肢力弱、活动受限为筋脉失养、经络失用的典型征象；小便不利、潜在尿路感染风险及对应舌脉表现，提示湿热蕴结下焦，阻滞经络，膀胱气化功能失司。脊髓损伤后诱发的神经源性膀胱与督脉失司、三焦气化不利和膀胱开阖功能失调密切相关，因此临床护理中既要着力重建正常排尿反射，也要从清利湿热、疏通经络和调畅气化的维度同步干预[15]。

本例在常规留置导尿管护理、间断夹闭尿管训练和运动康复的基础上，联合中药热奄包与耳穴压豆开展中医特色护理。中药热奄包作用于神阙、气海、关元、中极穴位及耻骨上膀胱区，通过温热刺激促进局部气血运行，使药物借助热力透达下腹部经络。方中吴茱萸发挥温中散寒、行气止痛功效，厚朴可燥湿行气、消胀除满，配伍粗盐蓄热导热，使热力和药力共同作用于下腹部，有效温通下焦经络，缓解腹部肌肉紧张状态。

耳穴压豆则从整体调节层面切入干预。选取神门、交感及皮质下三穴调节自主神经功能，选取膀胱、肾及尿道三穴靶向调节排尿功能。与中药热奄包相比，耳穴压豆刺激方式轻柔、作用持续时间长，通过规律按揉操作，可使排尿训练、睡眠调护和排便管理形成相对稳定的日常节律。两种干预方法联合使用后，热奄包侧重下腹部局部温通和药物渗透，耳穴压豆侧重经络反射区和自主神经调节，二者互为补充，相比单一干预手段更适配本例排尿障碍的护理特点。

脊髓损伤后重建膀胱正常排尿反射是神经源性膀胱康复的核心方向。本例护理并未脱离常规康复基础框架，而是在容量管理、管路管理和膀胱

功能训练的体系下有机融入中医外治技术，为排尿功能恢复提供了更连续的护理支撑。中药热奄包可改善下腹部肌肉紧张状态与局部微循环，耳穴压豆配合患者主动按揉操作，有助于提升患者的康复参与感和治疗依从性。规范的盆底肌训练可增强盆底肌肉力量和弹性，降低尿急、尿失禁的发生风险。常规康复联合中医外治技术，可从膀胱反射重建、经络调节和身心状态改善等多个维度为神经源性膀胱康复提供多途径支持[16]。

综上所述，本例以排尿功能恢复和运动康复作为护理主线，在常规康复、导尿管管理及膀胱功能训练的基础上，辨证实施中药热奄包和耳穴压豆干预，并配合盆底磁电刺激及电针治疗。经系统治疗与护理，患者成功拔除留置导尿管，拔管后连续 3 d 排尿基本正常，出院前膀胱残余尿量为 15 mL；运动功能获得明显改善，可独立缓慢步行。中西医结合康复护理能够充分发挥中医特色技术与现代康复手段的协同作用，为颈椎术后四肢瘫伴排尿障碍患者的个体化护理提供实践经验，具备临床借鉴和推广价值。

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] 荆梦然，孙玉娟，孟敏杰. 时效激励式干预在脊髓型颈椎病患者术后康复中的应用效果[J]. 医学临床研究，2026，43(3)：456-459.
Jing M R，Sun Y J，Meng M J. Effectiveness of Time-Sensitive Incentive-Based Intervention in Postoperative Rehabilitation of Patients with Cervical Spondylotic Myelopathy[J]. J Clin Res，2026，43(3)：456-459.（in Chinese）

[2] 杨意鹏，张扬，黄鑫怡，等. 276 例严重颈脊髓创伤合并四肢瘫患者的术后生存分析[J]. 医学研究与战创伤救治，2024，37(6)：610-615.
Yang Y P，Zhang Y，Huang X Y，et al. Postoperative survival analysis of 276 cases of severe cervical spinal cord injury with tetraplegia[J]. J Med Res Combat Trauma Care，2024，37(6)：610-615.（in Chinese）

[3] 张彬，邓罗义，李青. 脊髓损伤后神经源性膀胱的机制及管理研究进展[J]. 中国康复，2026，41(1)：59-64.
Zhang B，Deng L Y，Li Q. Research progress on the mechanisms and management of neurogenic bladder after spinal cord injury[J]. Chin J Rehabil，2026，41(1)：59-64.（in Chinese）

[4] 徐晨阳，周红，孟玲，等. 脊髓损伤后神经源性膀胱患者容量管理最佳证据总结[J]. 护理学杂志，2024，39(8)：64-69.
Xu C Y，Zhou H，Meng L，et al. Summary of the best evidence for volume management in patients with neurogenic bladder after spinal cord injury[J]. J Nurs Sci，2024，39(8)：64-69.（in Chinese）

[5] 王海婷，张丽平，可易弘，等. 中西医治疗脊髓损伤神经源性膀胱的研究进展[J]. 实用中医内科杂志，2024，38(1)：71-74.
Wang H T，Zhang L P，Ke Y H，et al. Research progress of traditional Chinese and westam medicine in the treatment of neyrogenic bladdev with spinal cord injury[J]. J Pract Tradit Chin Intern Med，2024，38(1)：71-74.（in Chinese）

[6] Fugl-Meyer A R，Jääskö L，Leyman I，et al. The post-stroke hemiplegic patient. 1. a method for evaluation of physical performance[J]. JRM，2011，7(1)：13-31.

[7] Mahoney F I，Barthel D W. Functional evaluation：the Barthel Index：a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill[J]. Ma State Med J，1965，14：61-65.

[8] Welk B，Morrow S，Madarasz W，et al. The validity and reliability of the neurogenic bladder symptom score[J]. J Urol，2014，192(2)：452-457.

[9] Manzar M D，BaHammam A S，Hameed U A，et al. Dimensionality of the Pittsburgh sleep quality index：a systematic review[J]. Health Qual Life Outcomes，2018，16(1)：89.

[10] 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.

[11] 张书亚，郝琳慧，曹晶，等. 中药热奄包疗法的临床应用及作用机制研究进展[J]. 中医药临床杂志，2022，34(10)：1989-1993.
Zhang S Y，Hao L H，Cao J，et al. Research progress on clinical application and action mechanism of traditional Chinese medicine hot pack therapy[J]. Clin J Tradit Chin Med，2022，34(10)：1989-1993.（in Chinese）

[12] 王向英，赵瑞瑞，孙小惠. 中药热奄包联合穴位贴敷治疗糖尿病神经源性膀胱临床研究[J]. 实用中医药杂志，2025，41(11)：2113-2115.
Wang X Y，Zhao R R，Sun X H. Clinical study on herbal hot compress packs combined with acupoint

application for diabetic neurogenic bladder[J]. J Pract Tradit Chin Med, 2025, 41(11): 2113-2115. (in Chinese)

[13] 季炜鹏, 高洁, 陈斌. 耳穴贴压对肛周脓肿患者术后疼痛、尿潴留及心理状态的影响[J]. 中医药导报, 2022, 28(3): 72-76.
Ji W P, Gao J, Chen B. Effect of auricular point sticking on postoperative pain, urinary retention and psychological state of patients with perianal abscess[J]. Guid J Tradit Chin Med Pharm, 2022, 28(3): 72-76. (in Chinese)

[14] 梁丽珠, 何霞, 唐正平. 皮内针留针八髎穴治疗前列腺电切术术后膀胱过度活动症的效果及安全性[J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31(7): 956-959.
Liang L Z, He X, Tang Z P. Efficacy and safety of percutaneous needle staying at eight stagnant points in treating bladder hyperactivity after transurethral resection of prostate[J]. Mod J Integr Tradit Chin West Med, 2022, 31(7): 956-959. (in Chinese)

[15] 韦慧麟, 任亚锋. 脊髓损伤后神经源性膀胱的中医调控机制研究进展[J]. 河南中医, 2024, 44(8): 1277-1283.
Wei H L, Ren Y F. Research progress in TCM regulation mechanism of neurogenic bladder in patients with spinal cord injury[J]. Henan Tradit Chin Med, 2024, 44(8): 1277-1283. (in Chinese)

[16] 展立芬, 艾坤, 曾学究, 等. 脊髓损伤后重建膀胱排尿反射在神经源性膀胱中的运用与展望[J]. 中国组织工程研究, 2024, 28(18): 2925-2931.
Zhan L F, Ai K, Zeng X J, et al. Application and prospect of reconstructing bladder micturition reflex in neurogenic bladder after spinal cord injury[J]. Chin J Tissue Eng Res, 2024, 28(18): 2925-2931. (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。