

DOI: 10.12209/CAIM202504300002

· 中西医结合临床案例 ·

1例穴位注射联合中药热奄包缓解 胆囊癌化疗后恶心呕吐的护理报告

郭 梦

(北京市健宫医院 呼吸与危重症医学科, 北京, 100054)

摘要: 本研究聚焦1例74岁女性胆囊癌术后肝转移患者,其化疗后出现重度恶心呕吐,且合并高血压、糖尿病等基础疾病,具有病情复杂的特异性。通过采用中西医结合方案,即西医常规化疗、抑酸护胃、营养支持,中医辨证为脾胃虚弱证,予穴位注射(内关、足三里)联合中药热奄包(中脘、神阙穴)干预,同时实施多维度护理,包括生理—心理—社会评估、精准护理诊断、个性化方案制定、中西医措施实施及动态效果评价。结果显示,患者恶心呕吐频率显著降低,营养指标与心理状态明显改善,出院随访症状稳定。本病例体现中西医结合护理在肿瘤化疗胃肠道反应管理中的独特优势,为临床难治性化疗相关性恶心呕吐提供了安全、有效的个案范式与经验借鉴。

关键词: 胆囊癌; 化疗; 恶心呕吐; 穴位注射; 中药热奄包; 中西医结合护理

Nursing Report on Acupoint Injection Combined with Chinese Herbal Hot Compress to Alleviate Nausea and Vomiting After Chemotherapy in Gallbladder Cancer: A Case Study

GUO Meng

(Department of Respiratory and Critical Care Medicine, Beijing Jiangang Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This study focused on a 74-year-old female patient with postoperative liver metastasis of gallbladder cancer who developed severe nausea and vomiting after chemotherapy, complicated by underlying conditions such as hypertension and diabetes, reflecting the complexity of her condition. An integrated Chinese-Western medical approach was adopted, including conventional chemotherapy, acid suppression, gastric protection, and nutritional support in Western medicine, while Traditional Chinese Medicine (TCM) identified the syndrome as spleen-stomach deficiency. Interventions included acupoint injection (Neiguan [PC6] and Zusanli [ST36]) combined with Chinese herbal hot compress (applied to Zhongwan [CV12] and Shenque [CV8]), alongside multidimensional nursing care involving physiological-psychological-social assessment, precise nursing diagnosis, personalized intervention design, implementation of integrated measures, and dynamic outcome evaluation. Results demonstrated a significant reduction in nausea and vomiting frequency, marked improvement in nutritional indices and psychological status, and stable symptom control during follow-up after discharge. This case highlights the unique advantages of integrated Chinese-Western nursing in managing chemotherapy-induced gastrointestinal reactions, offering a safe and effective paradigm for refractory chemotherapy-related nausea and vomiting (CINV) in clinical practice.

KEY WORDS: gallbladder cancer; chemotherapy; nausea and vomiting; acupoint injection; Chinese herbal hot compress; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing

胆囊癌术后复发转移患者常需接受化疗以控制病情,但化疗药物(如替吉奥、仑伐替尼)易引发胃肠道黏膜损伤及神经递质紊乱,导致恶心呕吐

发生率高达70%~80%^[1]。西医虽有5-HT₃受体拮抗剂等标准止吐方案,但对部分患者疗效有限,且可能伴随中枢抑制或便秘等副作用^[2]。中医将

收稿日期:2025-04-30

OPEN ACCESS

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

化疗后恶心呕吐归为“呕吐”“胃痞”范畴,认为其核心病机为化疗药毒损伤脾胃,致升降失调、痰浊中阻,治疗当以和胃降逆、健脾祛湿为要^[3]。穴位注射融合针刺与药物双重作用,可通过经络传导调节胃肠神经内分泌功能;中药热奄包借助温热效应促进药物透皮吸收,直达病所,温中行气^[4]。本研究通过中西医结合疗法干预 1 例胆囊癌化疗后顽固性恶心呕吐患者,旨在探讨该方案的临床适用性与护理要点。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女性,74 岁,因“胆总管癌术后 3 年,肝转移 1 年余,活动后乏力 1 周,化疗后恶心呕吐 2 d”于 2024 年 11 月 04 日收入肿瘤科。患者主诉近 2 d 恶心频发,每日呕吐 3~4 次,伴脘腹胀满、嗝气反酸,食入即吐,仅能少量进食流质饮食。中医四诊:舌淡红、苔薄白腻,舌边有齿痕,脉沉细弱,辨证为脾胃虚弱证。既往史:高血压 10 年(最高 160/90 mm Hg,规律服用氯沙坦钾氢氯噻嗪);2 型糖尿病 1 年(胰岛素皮下注射控制,空腹血糖 7~9 mmol/L);2021 年行腹腔镜下胰十二指肠切除术,术后病理提示胆总管下段中一低分化腺癌(pT2N2Mx);2023 年发现肝转移,先后接受化疗、免疫及靶向治疗。过敏史:否认药物及食物过敏。

1.2 查体

患者生命体征,体温(T)36.7℃,脉搏(P)89 次/min,呼吸(R)18 次/min,血压(BP)105/69 mm Hg, BMI 23.4 kg/m²(体重 60 kg,身高 160 cm)。专科检查:神志清楚,慢性病容,皮肤弹性可,右上腹可见手术瘢痕,无腹壁静脉曲张;腹软,右上腹轻压痛,无反跳痛及肌紧张,肝脾未触及,Murphy 征(-),肠鸣音减弱(3~4 次/min),移动性浊音(-)。

1.3 辅助检查

实验室检查:血常规示 RBC 3.35×10¹²/L, Hb 98 g/L(轻度贫血),WBC 5.70×10⁹/L,PLT 237×10⁹/L;血生化示 ALB 32 g/L(正常 35~55 g/L),TBIL 18 μmol/L,ALT 25.9 U/L,Cr 50.1 μmol/L, GLU 7.33 mmol/L(餐后 2 h 血糖 10.2 mmol/L);电解质:K⁺ 3.8 mmol/L,Na⁺ 138 mmol/L;呕吐物隐血(-)。影像学检查:腹部增强 CT(2024 年 11 月)示肝内多发转移瘤(最大直径 3.5 cm),较前增大,射频消融术后病灶无活性;胸部 CT 示双肺微

小结节,考虑良性可能。功能检查:心电图正常;心脏超声示室间隔基底部增厚,二尖瓣轻度返流。

1.4 诊断

中医诊断:呕吐(脾胃虚弱证),脾失健运,胃失和降,浊气上逆。西医诊断:①胆管恶性肿瘤术后、肝继发性恶性肿瘤(cT2N2M1,IVB 期);②化疗相关性恶心呕吐(CINV,重度);③高血压病 2 级(极高危);④2 型糖尿病;⑤低蛋白血症;⑥陈旧性肋骨骨折。

1.5 治疗

西医方案:抗肿瘤:第 1 周期替吉奥 40 mg 口服,2 次/d(D1-D14)+特瑞普利单抗 160 mg 静滴(D1)+仑伐替尼 8 mg 口服,1 次/d;对症支持:艾司奥美拉唑 20 mg 口服,1 次/d(抑酸护胃),昂丹司琼 8 mg 静滴,2 次/d(化疗前后 30 min),氨基酸注射液 500 mL+脂肪乳注射液 250 mL 静滴,1 次/d(营养支持),胰岛素皮下注射控制血糖。

中医方案:穴位注射:维生素 B₁₂注射液(0.5 mg/mL)双侧内关、足三里穴注射,每穴 0.5 mL,1 次/d,连续 5 d;中药热奄包:吴茱萸 30 g、生姜 20 g、砂仁 15 g、木香 15 g 及炒白术 20 g 研末,装入棉布袋,微波炉加热至 40~45℃,敷于中脘、神阙穴,30 min/次,2 次/d,避开手术瘢痕。

经治疗,患者恶心呕吐频率从 3~4 次/d 降至 0~1 次/周,脘腹胀满、乏力等中医证候显著改善,血清白蛋白从 32 g/L 升至 36 g/L,心理状态及日常生活能力评分均明显提升。2024 年 11 月 15 日患者结束治疗,出院当日停止住院期间治疗,后续门诊随访巩固。

2 护理

2.1 护理评估

①症状评估:采用加拿大国立癌症研究所恶心呕吐量表(NCI-CTCAEv5.0)评估为 3 级(表示恶心呕吐症状严重,需卧床或住院治疗,显著影响正常生活,如无法独立进食、活动);视觉模拟评分法(VAS)评估恶心程度为 7 分(恶心程度为“重度”)。②营养评估:微型营养评定简表(MNA-SF)评分 7 分(评分范围 0~14 分,评分≤7 分为营养不良,8~11 分为营养不良风险,12~14 分为营养良好),饮食日记显示每日能量摄入约 800 kcal,蛋白质摄入 30 g(显著低于目标需求,正常成人每日能量需求约 1500~2000 kcal,蛋白质 50~60 g),存在能量及蛋白质摄入不足,可能加重

肌肉流失及免疫功能下降。③心理评估:医院焦虑抑郁量表(HADS)焦虑亚量表(HADS-A)评分为10分(提示轻度焦虑),抑郁亚量表(HADS-D)评分为7分(接近正常范围上限,提示轻度焦虑抑郁状态)。④功能评估:日常生活能力量表(ADL)评分为70分,属于中度功能依赖,需他人协助完成进食、洗漱及穿衣等日常基本活动。

2.2 护理诊断

恶心呕吐与化疗药物刺激胃肠道黏膜、中枢催吐化学感受器触发区(CTZ)兴奋有关;营养失调,低于机体需要量与呕吐导致摄入不足、肿瘤消耗增加、消化吸收功能减弱有关;焦虑与症状反复、担心疾病进展及治疗耐受性有关;潜在并发症包括电解质紊乱、脱水、静脉炎(化疗药物外渗风险)。

2.3 护理计划

结合本例患者实际及评估结果,制定如下护理计划,详见表1。

2.4 护理实施

2.4.1 中医特色护理

2.4.1.1 穴位注射精准化操作

①定位与手法:内关穴:腕横纹上2寸(约3横指),掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间,直刺0.5~1寸,针尖略向肘部方向倾斜,以增强对迷走神经的抑制作用;足三里穴:犊鼻下3寸(约4横指),胫骨前嵴外一横指,直刺1~1.5寸,深度以触及胫骨前筋膜层为准,激发酸麻胀感向足部传导。②药物选择与剂量:采用维生素B₁₂注射液(0.5 mg/mL),每穴注射0.5 mL,药液温度接近体温(37℃),减少刺激。进针后需“得气”(患者自觉局部酸胀)并回抽无血,缓慢推注时间>30 s,确保药物均匀扩散至穴位深层组织。③疗程与动态调整:1次/d,连续治疗5 d为一个疗程。若治疗第2日呕吐频率未降至2次/d以下,于午间加用1次穴位按摩(拇指按压内关穴,力度以皮肤凹陷1 cm为度,顺时针按揉3 min/穴),增强即时止吐效果。

2.4.1.2 中药热奄包增效管理

①药物配伍与制备:核心配方为吴茱萸30 g

(散寒止痛)、生姜20 g(温胃止呕)、砂仁15 g(化湿开胃)、木香15 g(理气消胀)及炒白术20 g(健脾益气)。药物研为粗末(粒径约2 mm),装入20 cm×15 cm棉布袋,密封前喷洒5 mL黄酒(增强透皮吸收),静置30 min,使药性融合。②温度控制与操作规范:微波炉高火加热2 min后,外层包裹双层毛巾,手背试温≤45℃,避免烫伤老年患者娇嫩皮肤;敷贴部位为中脘穴(脐上4寸,胃体投影区)及神阙穴(脐部),避开右上腹手术瘢痕,药包上覆盖保温棉垫,每10 min翻转1次,确保热力均匀传导,30 min/次,2次/d。③疗效观察与安全管理:治疗中每5 min巡视,观察皮肤颜色,若局部出现淡红色充血斑,提示药物渗透起效,无需处理;若出现密集红疹或水疱,立即停止并外涂湿润烧伤膏。治疗后嘱患者静卧30 min,避免冷风直吹腰腹,防止药性发散。

2.4.2 化疗相关性恶心呕吐(CINV)专项护理

2.4.2.1 止吐药物时序化管理

①化疗前预处理:化疗开始前30 min静脉输注昂丹司琼8 mg,同时口服艾司奥美拉唑20 mg(温水送服,避免空腹),双重抑制胃肠道黏膜损伤与中枢催吐反射。②化疗中动态监护:输注替吉奥(餐后30 min服用)及仑伐替尼(清晨空腹)期间,每15 min巡视患者面色、心率,若出现心悸(心率>100次/min)或头晕,立即减慢输液速度并抬高床头30°,给予低流量吸氧(2 L/min)。③化疗后延续干预:化疗结束后6 h内,每2 h评估恶心VAS评分,若≥4分,加用耳穴压豆(选取胃、神门、交感穴,王不留行籽贴压,每日按压5次,1 min/次)。

2.4.2.2 营养支持个体化方案

结合本例患者实际,饮食金字塔设计如表2所示。静脉营养精准计算:每日计算总能量需求为60 kg×25 kcal/kg=1500 kcal,其中蛋白质占15%(56 g)。静脉输注氨基酸注射液500 mL(提供氨基酸40 g)+脂肪乳注射液250 mL(提供脂肪50 g),同时补充人血白蛋白10 g每隔一天使用,直至血清ALB≥35 g/L。

表1 护理计划

护理目标	具体指标	时间框架
缓解恶心呕吐症状	48 h内呕吐频率≤1次/d,72 h内恶心VAS评分≤3分	1周内
改善营养状况	血清白蛋白≥35 g/L,每日能量摄入≥1200 kcal,蛋白质摄入≥40 g	2周内
减轻焦虑情绪	HADS-A评分≤7分,能主动表达需求并配合治疗	住院期间
预防并发症	电解质维持在正常范围,无化疗药物外渗、压疮等不良事件	全程

表2 饮食金字塔设计

餐次	内容举例(低GI、高蛋白)	作用机制
早餐	燕麦粥(50 g燕麦)+蒸蛋羹(2个鸡蛋)	燕麦β-葡聚糖延缓胃排空,鸡蛋提供优质蛋白
加餐	希腊酸奶(100 g)+蛋白粉(10 g乳清蛋白)	益生菌调节肠道菌群,乳清蛋白快速吸收
午餐	荞麦面条(80 g)+清蒸鲈鱼(100 g)+菠菜泥	荞麦低GI值控制血糖,鲈鱼富含Omega-3脂肪酸
晚餐	小米粥(60 g小米)+豆腐脑(200 g)	小米健脾和胃,豆腐脑易消化吸收

表3 疗效评估

评估维度	治疗前(入院当日)	治疗3 d	治疗7 d(出院前)
恶心呕吐	频率3~4次/d,VAS评分为7分	频率1次/d,VAS评分为4分	频率0~1次/周,VAS评分为2分
营养指标	ALB32 g/L,Hb98 g/L	ALB34 g/L,Hb102 g/L	ALB36 g/L,Hb108 g/L
饮食摄入	每日能量800 kcal,蛋白质30 g	每日能量1100 kcal,蛋白质40 g	每日能量1400 kcal,蛋白质55 g
心理状态	HADS-A评分为10分,HADS-D评分为7分	HADS-A评分为8分,HADS-D评分为5分	HADS-A评分为6分,HADS-D评分为4分
日常生活能力	ADL评分为70分(中度依赖)	ADL评分为85分(轻度依赖)	ADL评分为95分(基本自理)
中医证候	脘腹胀满(4分)、呕吐(4分)、乏力(4分)	脘腹胀满(2分)、呕吐(2分)、乏力(3分)	脘腹胀满(1分)、呕吐(0分)、乏力(2分)
评分			

2.4.3 心理—生理联动干预

2.4.3.1 叙事护理联合家庭支持

叙事疗法实施:每日15:00开展“故事时间”,引导患者讲述“最想摆脱的呕吐时刻”,通过倾听、复述(如“您当时感到非常无助,对吗?”)及重构(如“现在我们找到了缓解方法,您觉得哪些改变最有帮助?”),帮助患者建立“症状可控”的认知。家属技能培训:制作《穴位按摩操作卡》(图示内关穴位置及按揉手法),教会家属每日3次按压患者内关穴,2 min/次,力度以患者主诉“酸胀但能耐受”为度。同时指导家属记录《呕吐日记》,内容包括呕吐时间、频率、伴随症状及干预措施,增强照护参与感。

2.4.3.2 渐进式功能恢复训练

①卧床期(第1~2天):踝泵运动:仰卧位,踝关节背伸—跖屈各保持5 s,10次/组,3组/d,促进下肢静脉回流,预防深静脉血栓;上肢抬举:仰卧位,双臂平举至90°,缓慢放下,5次/组,2组/d,增强胸肌力量,改善呼吸功能。②坐位期(第3~4天):床边深呼吸:端坐位,双手置于腹部,用鼻深呼吸(腹部隆起),用口缓慢呼气(腹部凹陷),10 min/次,2次/d,缓解焦虑并增强膈肌功能。③站立期(第5~7天):病房步行训练:首次由护士陪同,沿病房走廊缓慢行走50 m,监测心率(不超过基础心率20次/min)及血压(收缩压下降<20 mm Hg),2次/d,逐步增至200 m/次。

3 结果和随访

本例患者治疗前后变化,详见表3。患者住

院11 d,恶心呕吐症状于治疗第3日明显缓解,第7日基本控制,未再出现呕吐,仅进食过饱时偶有轻微恶心。血清白蛋白于第9日升至35 g/L,血红蛋白稳定在105 g/L左右,空腹血糖控制在6~8 mmol/L,血压120~130/70~80 mm Hg。出院前患者可自主进食软食,每日步行300~500 m,焦虑情绪显著改善,对后续治疗信心增强。

本例患者随访内容及结果,具体如下:2周随访(电话随访):恶心呕吐未复发,食欲正常,体重增加1 kg;复查血常规及生化指标均在正常范围;HADS评分焦虑4分,抑郁3分;1个月随访(门诊复查):腹部CT示肝转移瘤稳定,射频消融灶无活性;恶心呕吐频率<2次/月,生活质量评分(EORTC QLQ-C30)中“恶心呕吐”条目得分由65分降至15分,总体健康状况评分提高20%。患者坚持每日中药热奄包家庭护理(隔日1次),并定期至门诊行穴位注射巩固治疗。

4 讨论

4.1 中西医结合机制分析

穴位注射的双重作用:内关穴为八脉交会穴之一,通阴维脉,《针灸甲乙经》记载其“主心澹澹而善惊恐,心下痞,面赤”,现代研究表明刺激内关可抑制迷走神经兴奋,减少胃肠蠕动亢进^[5-6];足三里穴为胃经合穴,《灵枢》云:“合治内府”,其可调节胃肠激素(如胃动素、血管活性肠肽)分泌,增强胃排空能力^[7-8]。维生素B₁₂参与神经髓鞘合成,可修复化疗损伤的胃肠神经末梢,两者协同增强止吐效果。中药热奄包的药理效应:吴茱萸含

吴茱萸碱,可抑制胃肠平滑肌痉挛;生姜中的姜辣素能促进唾液及胃液分泌,增强消化功能;砂仁、木香挥发油可调节胃肠动力,抑制肠道推进过快^[9-10]。温热刺激使局部皮肤血管扩张,药物透皮吸收率提高3~5倍,中脘穴与神阙穴均位于胃腑投影区,药力直达病所,共奏温阳化湿、降逆止呕之效^[11]。本病例中患者脾胃虚弱,运化无力,热奄包的温热特性与药物的辛温之性相契合,恰中病机,故能快速缓解脘腹胀满及呕吐症状。

4.2 护理策略的个性化设计

针对老年肿瘤患者多系统功能减退的特点,护理中注重“精准评估—分层干预”模式,具体如下。症状管理精细化:采用NCI-CTCAE v5.0与VAS联合评估恶心呕吐程度,每4 h记录1次,动态调整中西医干预频率(如呕吐频繁时,增加穴位注射至2次/d);营养支持个体化:考虑患者糖尿病病史,饮食方案中严格控制碳水化合物比例(占总热量50%),选用低GI食材(如燕麦、荞麦),同时通过静脉补充白蛋白纠正低蛋白血症,避免单纯依赖肠内营养加重胃肠负担;心理干预人本化:引入“叙事护理”理念,鼓励患者讲述患病经历,帮助其重构对疾病的认知,同时利用家庭支持系统强化社会联结,相较于传统心理疏导更具情感共鸣性。

4.3 局限性与展望

本病例为单一个案,疗效虽显著但缺乏大样本数据支持,且中医外治疗法的量效关系(如热奄包温度、穴位注射疗程)尚未标准化。未来需开展以下研究,具体如下:机制探索:通过胃肠电图、血清胃肠激素检测(如5-HT、P物质),明确穴位注射与热奄包对化疗后胃肠动力紊乱的调控路径;方案优化:设计正交试验筛选最佳穴位组合(如增加公孙、胃俞穴)及药物配比(如调整吴茱萸与生姜比例);技术创新:开发可穿戴式中药热奄包设备,实现温度实时监测与智能控温,提升家庭护理的安全性及便捷性。中西医结合护理在肿瘤支持治疗中具有独特优势,其核心在于整合医学思维指导下的个体化精准干预。本病例证实,穴位注射联合中药热奄包可有效缓解胆囊癌化疗后恶心呕吐,改善患者生活质量,为临床难治性CINV提供了安全、经济的治疗选择。

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] 路强,丁路,韩正飞,等. 针刺内关穴预防全麻术后恶心呕吐疗效观察[J]. 中医药临床杂志, 2014, 26(8): 836-837.
LU Q, DING L, HAN Z F, et al. Observation on therapeutic effect of acupuncture at Neiguan point to prevent nausea and vomiting after general anesthesia [J]. Clin J Tradit Chin Med, 2014, 26(8): 836-837. (in Chinese)
- [2] 郑筱卓,魏珂. 针刺疗法防治术后恶心呕吐的研究进展[J]. 现代医药卫生, 2021, 37(3): 407-410.
ZHENG X Z, WEI K. Research advance of acupuncture therapy for preventing and treating postoperative nausea and vomiting [J]. J Mod Med Health, 2021, 37(3): 407-410. (in Chinese)
- [3] 马巧玲,林雪,崔晓光. 针刺疗法防治术后恶心呕吐的研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2017, 33(1): 72-75.
MA Q L, LIN X, CUI X G. Research advance of acupuncture therapy for preventing and treating postoperative nausea and vomiting [J]. J Clin Acupunct Moxibustion, 2017, 33(1): 72-75. (in Chinese)
- [4] 冯睿智,吕建琴. 内关穴刺激防治术后恶心呕吐的临床研究进展[J]. 中国中医急症, 2024, 33(12): 2241-2244.
FENG R Z, LV J Q. Clinical research progress of Neiguan point stimulation in preventing and treating postoperative nausea and vomiting [J]. J Emerg Tradit Chin Med, 2024, 33(12): 2241-2244. (in Chinese)
- [5] 古旭莹,高志清,张子敬,等. 温针灸对结肠癌术后腹腔热灌注化疗患者胃肠道反应的影响[J]. 针刺研究, 2020, 45(4): 315-319.
GU X Y, GAO Z Q, ZHANG Z J, et al. Influence of warming needling technique on gastrointestinal reaction after hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in patients with postoperation of colon cancer [J]. Acupunct Res, 2020, 45(4): 315-319. (in Chinese)
- [6] 司远,张宪辉,周奎龙. 益气安中解郁汤治疗早期胃癌患者胃镜下黏膜剥离术后抑郁疗效观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2023, 25(3): 101-104.
SI Y, ZHANG X H, ZHOU K L. Clinical observation on Yiqi Anzhong Jieyu Decoction on depression after gastric mucosal dissection under gastroscopy in early gastric cancer patients [J]. J Hubei Univ Chin Med, 2023, 25(3): 101-104. (in Chinese)
- [7] 宋宇豪. 经皮穴位电刺激改善围手术期胃肠动力

- 的效果和机制研究[D]. 上海: 中国人民解放军海军军医大学, 2024.
- [8] 李小东, 侯风刚, 张洁. 中药穴位贴敷对肿瘤化疗后呕吐治疗效果的 Meta 分析[J]. 上海护理, 2020, 20(1): 12-18.
- LI X D, HOU F G, ZHANG J. Meta-analysis of efficacy of acupoint application of TCM in arresting vomiting after chemotherapy for malignant tumors [J]. Shanghai Nurs, 2020, 20(1): 12-18. (in Chinese)
- [9] 龚自坤. 温胆汤加味配合针刺防治含铂类化疗所致恶心呕吐的临床观察[D]. 西宁: 青海大学, 2021.
- [10] 兰花兰, 许闽, 廖秀娥. 中药热奄包对脾气虚证型胃癌腹胀患者的效果观察[J]. 中外医学研究, 2021, 19(14): 150-152.
- LAN H L, XU M, LIAO X E. Effect observation of traditional Chinese medicine hot package on gastric cancer patients with abdominal distension of spleen qi deficiency syndrome [J]. Chin Foreign Med Res, 2021, 19(14): 150-152. (in Chinese)
- [11] 周健, 杨俊, 钟燕霞. 中医穴位贴敷结合标准止吐方案对恶性肿瘤患者化疗所致恶心呕吐的防治效果观察[J]. 反射疗法与康复医学, 2024, 5(3): 8-10, 15.
- ZHOU J, YANG J, ZHONG Y X. Observation on the preventive and therapeutic effects of traditional Chinese medicine acupoint application combined with standard antiemetic regimen on chemotherapy induced nausea and vomiting in patients with malignant tumors [J]. Reflexology Rehabil Med, 2024, 5(3): 8-10, 15. (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 4.0 BY-NC-ND)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。