

DOI: 10.12209/CAIM202507170003

· 中西医结合临床案例 ·

1 例久痢患者的医护一体化中西医结合护理查房案例

索 媛, 勾婷婷, 靳绵绵, 刘雪晴

(北京市宣武中医医院 护理部, 北京 100050)

摘要: 本文总结 1 例溃疡性结肠炎(久痢)患者的医护一体化中西医护理查房经验。由主管医护联合针对患者症状进行讨论,共同参与制定护理计划,实施护理干预措施,结合中西医的护理方式对患者进行治疗,包括中药膏的按摩、保留灌肠的运用以及根据个体症状的饮食建议和情志护理等,达到综合化的护理效果。医护合作在久痢临床治疗和护理中,不仅能够缓解患者生理症状,还能够显著改善患者心理状态,提升整体护理质量。

关键词: 溃疡性结肠炎; 久痢; 中西医结合护理; 保留灌肠; 医护一体化模式

Integrated Medical-Nursing Case Rounds for a Chronic Diarrhea Patient: A Combined Traditional Chinese and Western Medicine Approach

SUO Yuan, GOU Tingting, JIN Mianmian, LIU Xueqing

(Department of Nursing, Beijing Xuanwu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100050)

ABSTRACT: This article summarizes the integrated medical-nursing rounds experience for a patient with ulcerative colitis (chronic diarrhea, Jiu Li in TCM). A joint team of physicians and nurses collaboratively assessed the patient's symptoms, formulated a care plan, and implemented interventions combining Traditional Chinese Medicine (TCM) and Western nursing strategies. Key interventions included TCM ointment massage, retention enema, personalized dietary guidance, and emotional counseling. The integrated approach not only alleviated physical symptoms but also significantly improved the patient's psychological well-being, demonstrating the efficacy of interdisciplinary collaboration in enhancing holistic care quality for chronic diarrhea.

KEY WORDS: ulcerative colitis; chronic diarrhea (Jiu Li); integrated TCM-Western nursing; retention enema; medical-nursing collaboration model

溃疡性结肠炎(Ulcerative colitis, UC)是一种慢性非特异性肠道炎症性疾病,临床表现为反复发作的腹泻、黏液脓血便和腹痛,常伴有不同程度的全身症状和肠外表现^[1]。根据 UC 的临床表现及反复发作、迁延难愈的病情特点。属于中医“久痢”范畴^[2]。目前西医治疗以口服氨基水杨酸制剂、皮质类固醇和免疫调节剂等对症支持治疗及手术治疗为主,其治疗副反应大,价格较昂贵,临床效果欠佳^[3]。相比之下,中医治疗注重辨证施治,利用内服和外用的非药物疗法,目标在于调和气血、扶正祛邪。中西医结合护理模式融合中、西医的优势,既关注病因的治疗,也注重整体的调理,为患者提供更全面和细致的护理服务。

医护一体化护理模式是指将医生与护士共同管理患者并制定具体最佳的护理方案的一种护理模式^[4]。研究显示^[5],实行基于医护一体化模式的查房可提高医、护、患沟通效率,使双方能够更加全面地了解病情变化,并有利于基于中医辨证制定更加科学合理的护理干预措施,更好地评估治疗和护理的效果。本文回顾 1 例溃疡性结肠炎(久痢)患者的中西医结合护理查房体会,总结医护一体化模式下中西医治疗及护理体会,分享特色中医护理技术,为临床疾病的护理提供参考,医护合作在在溃疡性结肠炎临床治疗和护理中的效果与价值。

收稿日期:2025-07-17

OPEN ACCESS

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

1 临床资料

1.1 患者信息

患者男性,66岁,以“中医诊断久痢(肝郁脾虚证),西医诊断溃疡性结肠炎(活动期,直肠型)”于2023年05月16日收入院。患者入院主诉“间断便血5年,加重2月”,为进一步治疗收入科室。患者既往溃疡性结肠炎病史5年,无食物药物过敏史。现病史:患者近日频繁腹泻3~4次/d,伴便鲜血,粉红色黏液,未见脓血,伴里急后重,肛门下坠感,便前脐周腹痛,便后缓解,饮酒及进食凉食后加重。本院门诊电子结肠镜检查结果显示(2023年05月12日)溃疡性结肠炎活动期。

1.2 体格检查

中医查体:望:患者形态适中,精神良好,神志清楚,两目精彩,反应灵敏,面色荣润,呼吸平稳,舌淡红,舌苔薄黄,舌体正常;闻:语音清晰,无咳嗽,无呃逆,无特殊气味;切:脉弦滑。西医查体:体温(T)36.5℃,脉搏(P)59次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)110/69 mm Hg;神志清楚,发育正常,形体正常,步入病房,查体合作,应答切题;腹部平软,无压痛,反跳痛和肌紧张,肠鸣音4次/min。辅助检查:胃镜(2023年05月12日本院门诊):非萎缩性胃炎伴糜烂;肠镜(2023年05月12日本院门诊):溃疡性结肠炎活动期;便常规+潜血(2023年05月17日):潜血弱阳性,凝血酶原时间(2023年05月17日)9.50 s;白蛋白(ALB)(2023年05月17日)38.5 g/L。

1.3 诊断

中医诊断:久痢,肝郁脾虚证;西医诊断:溃疡性结肠炎(活动期,慢性复发型,直肠型)。

1.4 治疗干预

予患者一级护理,西医治疗予患者口服美沙拉嗪肠溶片,治疗肠道粘膜炎症;康复新液养阴生肌、促进粘膜修复;铝碳酸镁咀嚼片和胃酸;中药颗粒(腹泻药方合四逆散加减)疏肝健脾,清热化湿;佐匹克隆辅助睡眠。中医治疗:急性发作期主要以清热化湿,理气通腑,敛疮生肌为主。予传统中药膏摩技术(消胀方),配合砭石锤穴位按摩技术,结合现代红外线照射加速药物经皮吸收,起到疏肝,理气止痛的作用。湿润烧伤膏睡前保留灌肠,药物直达病灶,敛疮生肌,并在肠道表面形成保护膜,促进水肿、炎症吸收和溃疡修复。缓解期以温补脾肾为主,使用雷火灸疗法,取穴气海、

中脘,手法使用补法,螺旋灸即火头对准应灸部位中心点,逐渐由小而大,旋至碗口大,反复使用由小而大的操作方法,逆时针方向进行螺旋形反复旋转;纵行灸法,即灸时移动方向,左右摆动,距离皮肤3~5 cm。患者病情好转,临床症状基本消失,于2023年05月31日出院。

2 护理

2.1 护理评估

医护共同参与患者生命体征检查,听取患者简述病史,有利于了解患者病情,对患者进行全方位的评估。常规评估:①Barthel指数评定量表(Barthel Index, BI)评分为100分,日常生活活动能力良好,不需要依赖他人;②数字疼痛评分法(Numerical Rating Scale, NRS)评分1分,轻度疼痛,不影响睡眠;③Morse跌倒坠床风险评估量表(Morse Fall Scale, MFS)评估为15分,零风险;④Braden压疮风险评估量表(Braden Scale)评分为23分,零风险。专科评估:中医证候量化评分参考《溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识(2023)》和《中药新药临床研究指导原则》(2002版),评定包括主症/次症,即腹泻、腹痛、便下黏液脓血便、里急后重、肛门灼热、小便短赤、口干口苦、口臭八个项目,按无、轻、中、重分别以0分、2分、4分、6分计分),总分为48分,总分越高,症状越重。该患者入院时中医证候总分14分,属中度。

2.2 护理诊断

根据评估结果,提出以下相关护理诊断结果:腹泻:与大便次数过多有关;慢性疼痛:与肠道炎症、溃疡有关;营养失调:与低于机体需要量、机体吸收障碍有关;焦虑:与疾病迁延不愈、担心预后有关。

2.3 护理计划

针对患者护理诊断的相关因素,制定如下护理计划:观察患者腹泻次数、性状、量,腹痛;患者经过7 d干预后,大便2~3次/d,轻微腹痛,NRS评分降至0分,便后少量粉红色黏液,未见脓血,偶感里急后重肛门下坠感,中医证候量化评分总分10分。关注肛周皮肤情况,嘱患者排便后轻柔擦拭,可适当涂抹润肤乳,督促患者遵医嘱服药。指导患者使用细软无渣且富含营养、足够热量的食物,避免食用生冷、辛辣刺激食物,忌食牛奶和乳制品。注意患者生命体征变化。嘱患者放松心情,适当休息,鼓励患者积极乐观配合治疗,保持情绪稳定。

2.4 护理措施

2.4.1 中医特色护理

2.4.1.1 中药膏摩(消胀方)

消胀贴药材名称剂量,具体如下:清半夏 10 g、草豆蔻 10 g、干姜 10 g、黄连 10 g 及枳实 10 g 等。取草药药材,除去杂质,混合粉碎成细粉,用水、蜂蜜、香油调制成药膏状,取适量膏放于无纺布穴位敷贴中间,贴敷于相应穴位上。取主穴中脘、关元,关元是任脉上的重要穴位,能够通经活络,改善患者的气血运行,运用药力和热力的共同作用,刺激皮肤俞穴,具有健脾行气止痛,温经通腑之功效。操作方法:操作者站在患者右侧,暴露患者治疗部位,注意保护患者隐私,均匀涂抹消胀膏于气海、关元、中脘、下脘及双天枢穴位。用加热后 45℃ 恒温砭石锤均匀将中药揉开进行开穴,要求力度均匀、适中,按照腹部穴位按摩操作标准进行砭石锤穴位按摩。以患者感受酸、麻、胀得气感为度。之后以逆时针方向环形按摩腹部 20 次,力度适中,保证腹部下压 2~3 cm。按摩过程中观察询问患者感受,如有不适,及时调整力度。按摩 5 min 后,再用红外线照射 15 min,促进药物吸收。治疗 1 次/d,每次贴敷 4~6 h,14 d 为一个疗程。

2.4.1.2 湿润烧伤膏保留灌肠

烧伤膏主要成分组成为黄芩、黄连、地龙、黄柏等,具有清热化湿、解毒、止血生肌作用,使用保留灌肠法可使药物直达病所,局部达到较高的药物浓度,并在肠道表面形成保护膜,促进水肿、炎症吸收和溃疡修复,同时因肠道注药用量很小,对肠道的刺激明显减少,保留时间长,从而取得良好的临床疗效。操作方法:用物准备:液体石蜡油、纱布、一次性肛管、湿润烧伤膏、60 mL 注射器、手套及一次性垫巾;患者准备:一般予睡前灌肠,1 次/d,疗程 2~4 周,视患者症状缓解程度或肠镜检查决定,嘱患者排空大小便,取左侧卧位;治疗步骤:将湿润烧伤膏浸入开水中,浸泡加热 10~15 min,使湿润烧伤膏呈流质状态,采用 60 mL 注射器抽取 30 mL 药物,静置至 37℃ 后,连接一次性肛管,将药物经肛门缓慢推入直肠,深度 15 cm。注意观察患者是否出现不适感。药物直达病灶,从而达到清热化湿生肌的作用。

2.4.1.3 雷火灸

雷火灸治疗取穴中脘、气海,螺旋灸和纵行灸交替进行,均采用补法手法。雷火灸以经络学说

为原理,以现代医学为依据,采用纯中药配方利用药物燃烧时的热量,通过悬灸的方法刺激相关穴位,其热效应激发经气,使局部皮肤机理开放,药物透达相应穴位内,起到疏经活络、活血利窍,改善周围组织血液循环的作用。操作方法:取穴气海、中脘,螺旋灸与纵行灸交替进行,螺旋灸即火头对准应灸部位中心点,逐渐由小而大,旋至碗口大,反复使用由小而大的操作方法,逆时针方向进行螺旋形反复旋转;横行灸法即灸时移动方向,左右摆动,距离皮肤 3~5 cm。

2.4.2 生活护理

保持病房整洁与安静,减少不良刺激,嘱患者注意休息,并为其提供舒适的体位,以保持环境宁静,从而保存体力。若患者感到疼痛剧烈,应及时告知护士,以便协助其日常生活。指导患者在便后使用温水清洗,防止肛周皮肤和粘膜出现破溃或糜烂。同时,密切观察患者大便的性质、颜色、形态、次数,以及伴随症状和便后症状的缓解情况。

2.4.3 膳食指导

患者日常饮食偏好肥甘厚味,且饮食不节。入院后指导患者选择质软、易消化、低纤维素且富含营养的食物,避免摄入易引发胀气及刺激性食物。向患者推荐具有健脾温肾功效的食疗方案,例如淮山莲子粥、羊肉栗子煲、核桃糊等。同时,为患者提供良好的就餐环境,以增强其食欲。在急性期,建议患者避免食用牛奶及乳制品。

2.4.4 情志护理

临床上发现,UC 患者常伴有情绪紧张、焦虑抑郁及易疲劳等症状,其机体免疫力因精神因素而削弱^[6]。特别是缓解期的 UC 患者,长期受疾病折磨,生活质量严重受损,日久易形成情志异常。因此,舒畅情志、身心同治具有现实意义。患者入院时表现出明显的焦虑情绪,不愿与人沟通交流,且睡眠质量差。为此,护士制定个性化情志疏导干预方案,具体如下。

①五音疗法:采用五行音乐疗法转移患者注意力^[7],4~5 次/周,30 min/次。针对肝郁脾虚型患者,选用角音和宫音,采用中国音乐治疗协会推荐的《中国传统五行音乐·正调式》,代表曲目包括《胡笳十八拍》《大胡笳》《无锡景》《望江南》《沧海一声笑》及《年轻的朋友》等,以健脾理气、养阳疏肝,最佳赏乐时间为进餐期间或餐后 1 h 内^[6]。②语言开导:鼓励患者表达自身感受,探寻引发不良

情绪的因素,并耐心开导,倾听患者需求并及时回应,予患者安全感和信任感。通过非药物治疗,改善患者睡眠质量,缓解其负性情绪。同时,鼓励患者家属提供精神支持与关爱,帮助患者树立信心。

2.4.5 健康指导

首先,全面了解患者的接受理解能力和文化水平,结合其具体情况,为其定制健康教育计划。通过举办健康知识讲座、发放健康教育手册以及播放影音资料等多种形式开展教育活动,内容主要涵盖UC的风险因素、临床表现、治疗方案及护理措施等方面,以强化患者对UC的认知。此外,通过列举治疗成功的案例,增强患者的康复信心。在行为干预方面,针对饮食,指导患者注重日常饮食健康,尽量避免摄入辛辣刺激、肥甘厚腻及生冷水果类食物。饮食需适度,建议采取少食多餐的方式,确保摄入足量的高热量、高蛋白、高维生素、低脂肪食物,以供给机体所需能量。同时,强调体魄锻炼,保持愉悦心情,合理安排休息,避免过度劳累和熬夜,从而调养身体,培元固本。

2.5 护理评价

患者经过7d干预后,大便2~3次/d,轻微腹痛,NRS评分降至0分,便后少量粉红色黏液,未见脓血,偶感里急后重肛门下坠感,中医证候量化评分总分10分。经过14d干预后,再次评价患者大便1~2次/d,腹痛基本消失,便后无粉红色黏液脓血,无里急后重,中医证候量化评分总分1分,症状明显好转,顺利出院,具体详见表1-2。

表1 疗效评估 分

评估量表	入院时	干预第7天	干预第14天
Morse	15	15	15
Braden	23	23	23
NRS	1	0	0

表2 中医证候量化评分 分

评估项目	入院时	干预第7天	干预第14天
腹泻	4	2	0
腹痛	2	2	1
便下黏液脓血	2	2	0
里急后重	4	2	0
肛门灼热	0	0	0
小便短赤	0	0	0
口干口苦	2	2	0
口臭	0	0	0
总分	14	10	1

3 查房管理

3.1 查房目标

本例患者查房目标具体如下:①提高护理人员相关疾病专科护理技能;②增强辨证施护的能力;③在患者的治疗护理过程中注重护理人文关怀;④进一步验证中医护理技术在UC患者中的应用效果。

3.2 查房组织

3.2.1 人员组成

护士长担任主持人,责任护士为主查人,患者主管医生为主参与,护理部专家,科室中西医专科护士及其他医护骨干人员共同参与。

3.2.2 时间地点

查房于2023年05月20日,脾胃病科医生办公室举行。

3.2.3 查房准备

责任护士与主管医生及护士长共同确定查房病历、收集资料整理病历、制作PPT;列举整理病历过程中存在的问题、提出病历相关护理重点;邀请专家、组织安排查房记录人员、场地布置人员等。

3.2.4 查房用具

查房用具包括听诊器、及手电筒等。

3.3 查房实施

主持人详细介绍查房流程和目的,责任护士随后进行病历资料汇报。医护人员联合进行床边查体,其中医生负责全面的查体工作,包括视触叩听、一般情况查体,以及中医的望闻问切和专科查体;护士则专注于生命体征测量、皮肤状态、腹痛情况等查体,了解患者的主观感受,并给予患者膳食和情志方面的指导。根据查体结果、疾病诊断及治疗措施,团队提出相应的护理诊断和预期护理目标,详细介绍护理措施,并评估护理效果。主治医生对疾病相关知识进行讲解,责任护士则明确指出本病历的护理重点。

针对腹部疼痛的护理,可选择使用中药膏涂抹于中脘、关元穴,并结合心理疏导方法进行辅助调节。对于腹泻的处理,方法包括采用低纤维饮食和使用湿润烧伤膏进行保留灌肠。在营养支持方面,推荐使用高蛋白半流质饮食,并定期监测血清白蛋白含量。此外,利用音乐疗法,通过五音体系中的角音与宫音,有效帮助患者减少焦虑情绪。

3.4 查房评价

护理部专家指出本次医护一体化护理查房查房目标设定精准,责任护士能紧密围绕护理计划,采取科学、有效的护理措施,取得良好的护理效果。查房过程中,责任护士展现良好的辨证施护能力,将中医整体观与个体化护理有机结合,并融入人文关怀,体现优质的护理服务理念,参与查房的护士团队也借此机会,有效提升相关疾病的专科护理知识与实践技能。

下一步需要深化培训内涵,对常用中医护理技术,如中药膏摩、雷火灸的理论基础、操作规范、适应症/禁忌症及风险防控要点,开展分层级、重实效的专项培训;统一操作标准,推广统一、标准化的中医护理技术操作流程与评价标准,确保护理行为的规范性。严格考核机制,建立理论与实践相结合、过程与结果并重的考核评价体系,通过多维度考核(如操作演示、案例分析、理论笔试等),确保护理人员切实掌握并规范应用中医护理技术;强化质量监控,将中医护理技术操作的规范性纳入日常质控重点,加强督导与反馈,形成持续改进的闭环管理。需要加强中医护理技术培训考核,规范各项护理操作。

4 讨论

根据患者症状、体征、病史,中医辨病为“久痢”,患者老年男性,慢性病程,病程日久,脾胃虚损,平素饮食不节,饮酒,肝气郁滞,脾虚脾虚湿蕴,下注肠道,损伤肠道经络,血行络外,导致便血;脾虚则湿邪不得运化,湿注下焦,故见便中粉红色粘液;舌淡红,舌苔薄黄,脉弦滑亦为佐证,四诊合参,本病病位在肠腑,与脾胃、气血相关,病程较长,病势较急,病性本虚标实,脾虚为本,肝郁属实,辨证属肝郁脾虚证。

溃疡性结肠炎病因及临床表现复杂,临床根据不同患者特点采取相应的干预措施,有利于增强治疗效果^[7]。中医认为溃疡性结肠炎病位在肠,与脾、胃、肝等脏腑功能失调相关。溃疡性结肠炎初起多因饮食不节,致脾胃损伤,升降、健运功能失调,清浊不分;或情志不畅,致肝郁结,累及脾胃;同时外感邪毒,湿热内蕴,下迫于肠道,致气血凝滞,壅而化脓,久病入络,脾肾阳虚,淤血内阻,中气下陷且清阳不升,胃关不固,病情迁延。肝郁脾虚型是溃疡性结肠炎常见的类型,整个过程中脾虚、血瘀贯穿整个疾病过程^[8]。有研究认

为,心理压力与UC的病情活动密切相关,长期负面心理压力会导致患者病情的复发或加重,焦虑、抑郁与UC的诱发、活动、复发及恶化有关,也是影响疗效的重要障碍^[9]。中医认为,本病多由饮食不节,起居失常引起,脾虚运化失司,水湿停聚,聚久生热,湿热滞于大肠,气血相搏,则血败肉腐,故病本在脾,病标在肠,治疗宜凉血止痢、清热解毒、健脾和胃^[10]。中医护理技术包括穴位刺激、灌肠、膳食调理、情志护理等多种方法,可通过不同作用机制发挥调理作用。

本案例强调医护一体化中西医结合护理查房在临床中的重要作用,特别是在针对溃疡性结肠炎这类复杂疾病的护理过程中,通过中医与西医护理技术的有机结合,可显著提升护理效果。医护一体化模式确保医生与护士之间的紧密合作,共同制定个性化的护理计划,针对患者的具体病情和体质特点进行精准干预。中医护理技术的运用,如中药膏摩、心理疏导和音乐疗法等,不仅有助于缓解患者的临床症状,还能调节患者的脏腑功能,改善其整体健康状况。同时,西医护理技术的辅助应用,如病情监测、药物管理等,也为患者的康复提供有力支持。

本案例表明,系统化结合中西医护理有效改善患者的临床症状,证实在溃疡性结肠炎管理中辨证施护的有效性。将来需要增强跨学科合作,以优化护理方案的标准化流程。医护一体化中医护理查房对医护人员进行科学分工的同时又加强了医护间的合作,实现小组成员之间的优势互补,同时这种信息共享与讨论模式,有利于医护的共同决策和总结经验,将起到进一步提高临床医疗护理服务水平的作用,最终达到保证患者安全,提高满意度的目的。

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] 朱磊,程成,刘小娟,等. 溃疡性结肠炎大肠湿热证研究现状与思考[J]. 南京中医药大学学报, 2023, 39(2): 188-193.
ZHU L, CHENG C, LIU X J, et al. Research status and thinking of ulcerative colitis with large intestine damp-heat syndrome [J]. J Nanjing Univ Tradit Chin Med, 2023, 39(2): 188-193. (in Chinese)

- [2] 史瑞, 李军祥, 沈洪, 等. 溃疡性结肠炎中医诊疗专家共识(2023)[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(1): 288–296.
SHI R, LI J X, SHEN H, et al. Experts consensus on traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of ulcerative colitis (2023)[J]. China J Tradit Chin Med Pharm, 2024, 39(1): 288–296. (in Chinese)
- [3] 李鹏, 严琦, 曾斌芳. 溃疡性结肠炎中医药研究进展[J]. 新疆中医药, 2020, 38(3): 98–101.
LI P, YAN Q, ZENG B F. Research Progress on Traditional Chinese Medicine for Ulcerative Colitis [J]. Xinjiang J Tradit Chin Med, 2020, 38(3): 98–101. (in Chinese)
- [4] 蒋红梅. 医护一体化康复护理干预对老年糖尿病肾病腹膜透析患者生活质量的影响分析[J]. 基层医学论坛, 2021, 25(3): 387–388.
JIANG H M. Analysis of the Impact of Integrated Medical–Nursing Rehabilitation Care Intervention on the Quality of Life of Elderly Diabetic Nephropathy Patients Undergoing Peritoneal Dialysis[J]. Med Forum, 2021, 25(3): 387–388. (in Chinese)
- [5] 曾耀鑫, 宁晓红, 郑莹, 等. 安宁缓和医疗门诊医护一体化全程管理模式的构建[J]. 中国医学科学院学报, 2024, 46(2): 210–216.
ZENG Y X, NING X H, ZHENG Y, et al. Construction of the whole process management model of hospice and palliative care outpatient clinic[J]. Acta Acad Med Sin, 2024, 46(2): 210–216. (in Chinese)
- [6] 何雅琪, 胡双. 俞募配穴针刺法联合五音疗法治疗肝郁脾虚型失眠 40 例[J]. 湖南中医杂志, 2024, 40(4): 64–67.
HE Y Q, HU S. Yu Mou's acupoint needling therapy combined with five-tone therapy for treating insomnia of the liver depression and spleen deficiency type in 40 cases [J]. Hunan J Tradit Chin Med, 2024, 40(4): 64–67. (in Chinese)
- [7] 吴天芯, 郑庆虎, 杨燕青. 大肠癌术后中医临床治疗研究进展[J]. 中国初级卫生保健, 2020, 34(8): 100–102.
WU T X, ZHENG Q H, YANG Y Q. Research progress of transitional Chinese medicine treatment after colorectal cancer surgery [J]. Chin Prim Health Care, 2020, 34(8): 100–102. (in Chinese)
- [8] 许冰, 刘苗, 石磊, 等. 五音疗法联合揠针针对轻度溃疡性结肠炎伴轻度焦虑抑郁患者的干预效果[J]. 北京中医药, 2023, 42(6): 700–702.
XU B, LIU M, SHI L, et al. Intervention effect of five-tone therapy combined with press acupuncture on patients with mild and moderate ulcerative colitis accompanied with mild anxiety and depression [J]. Beijing J Tradit Chin Med, 2023, 42(6): 700–702. (in Chinese)
- [9] 范飒, 段晓宇, 祝康杰, 等. 中医药治疗肝郁脾虚型溃疡性结肠炎的临床及机制研究进展[J]. 国际中医中药杂志, 2024, 46(2): 265–269.
FAN S, DUAN X Y, ZHU K J, et al. Clinical and Mechanistic Research Progress on the Treatment of Ulcerative Colitis of Liver Depression and Spleen Deficiency Type with Traditional Chinese Medicine [J]. Int J Tradit Chin Med, 2024, 46(2): 265–269. (in Chinese)
- [10] 王大伟, 谭伟, 金梁, 等. 芒针联合中医辨证干预肝郁脾虚型溃疡性结肠炎临床疗效观察[J]. 基层中医药, 2024, 3(5): 29–33.
WANG D W, TAN W, JIN L, et al. Clinical efficacy of awn needling therapy combined with traditional Chinese medicine syndrome differentiation in treatment of ulcerative colitis with liver depression and spleen deficiency syndrome [J]. Basic Tradit Chin Med, 2024, 3(5): 29–33. (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。