

DOI: 10.12209/CAIM202508260002

· 中西医结合临床案例 ·

1 例肝癌并白血病患者的顽固性呃逆症状 中西医结合护理体会

张国娣, 陈 聪

(浙江省立同德医院 肿瘤科, 浙江 杭州, 310012)

摘要: 本文报道 1 例肝癌合并白血病患者的顽固性呃逆护理实践。护理团队通过四诊评估明确患者证型, 结合辨证施护, 采用葫芦灸倒吸灸与腕踝针疗法, 以和胃降气、止呕促胃肠蠕动, 辅以饮食调护改善营养状态, 并通过情志护理缓解焦虑。经 2 周干预后, 患者体重增加 4 kg, 顽固性呃逆显著缓解。出院后延续护理方案进一步降低症状复发风险, 体现中西医结合护理在复杂并发症管理中的优势。

关键词: 肝癌; 白血病; 中西医结合护理; 顽固性呃逆

Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing for Intractable Hiccups in a Patient with Hepatocellular Carcinoma and Leukemia

ZHANG Guodi, CHEN Cong

(Department of Oncology, Zhejiang Provincial Tongde Hospital, Hangzhou, Zhejiang, 310012)

ABSTRACT: This article reports the nursing management of intractable hiccups in a patient with hepatocellular carcinoma and leukemia. The nursing team conducted syndrome differentiation based on the four diagnostic methods (inspection, auscultation and olfaction, inquiry, and palpation) and implemented tailored interventions, including gourd moxibustion (reverse suction moxibustion) and wrist-ankle acupuncture to regulate stomach qi, relieve nausea, and promote gastrointestinal motility. Nutritional support through dietary therapy and emotional care to alleviate anxiety were also integrated. After two weeks of intervention, the patient's weight increased by 4 kg, with significant improvement in intractable hiccups. Post-discharge follow-up care further reduced the risk of symptom recurrence, demonstrating the advantages of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing in managing complex complications.

KEY WORDS: hepatocellular carcinoma; leukemia; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing; intractable hiccups

呃逆是由膈神经、迷走神经受刺激引发的膈肌与肋间肌非自主性强直收缩, 临床表现为恶心、呕吐、反酸、胃痛及腹胀等症状^[1]。若症状持续 48 h 以上未缓解, 则定义为顽固性呃逆^[2], 其好发于恶性肿瘤患者^[3], 多因化疗药物副作用、肿瘤压迫膈神经、代谢紊乱或中枢神经系统受累所致^[3]。中医将呃逆归为“胃气上逆”范畴, 认为恶性肿瘤患者因邪毒内侵胃肠, 损伤脾胃阳气, 致气机失调, 轻者浊毒滞留, 重者津结气滞, 终发呃逆^[4]。目前西医治疗以镇静解痉药、抑酸剂或膈神经阻

滞术为主, 但副作用显著且疗效有限^[2]。中医在顽固性呃逆治疗中经验丰富^[5], 如灸法(以艾炷或艾条熏灼穴位)^[6], 其中葫芦灸采用天然亚腰葫芦为灸具, 底部燃艾, 内涂阻燃剂, 兼具耐热性与多穴位同步施灸优势^[7]; 倒吸灸通过改良艾条雾化吸入器实现健脾和胃、降逆扶正之效^[8]; 腕踝针则通过皮下针刺调节气血, 改善脏腑经络功能^[9]。本研究采用上述中西医结合护理干预 1 例肝癌合并白血病顽固性呃逆患者, 疗效显著, 现报告如下。

收稿日期: 2025-08-26

OPEN ACCESS

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

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女,73岁,主诉“胃空肠吻合术后3月,反复恶心呕吐2月余,加重3d”由急诊于2024年03月12日收入科。入院症见:恶心呕吐,嗝气反酸,不能进食,进食即吐,且伴呃逆,感腹部轻度胀痛,大便7d未解,肛门2d未排气。既往史:患者11年前曾接受肝胆管细胞癌切除术,术后完成6周期GS方案(吉西他滨+顺铂,剂量不详)化疗,疗效评估为疾病稳定(SD)。2018年06月01日起口服替吉奥维持治疗。7年前出现腹膜后淋巴结、右肾及十二指肠转移,于2019年08月接受安罗替尼(12 mg 口服)治疗。4年前因胆道梗阻行PTCD术并留置引流管,后续采用信迪利单抗(200 mg d1,q3w)联合安罗替尼(8 mg d1~14,q3w)及靶向治疗。2年前经骨髓穿刺确诊髓性白血病,开始口服维奈克拉(剂量不详)。5个月前因十二指肠梗阻行胃空肠吻合术。现患者3d前出现纳差、乏力、恶心呕吐,伴大便未解、肛门未排气,遂入院治疗。

1.2 查体

患者体温(T)36.5℃,脉搏(P)110次/min,呼吸(R)16次/min,血压(BP)92/54 mm Hg。患者营养状况差(体重34 kg,BMI 16.7),无发热。消化系统表现为严重功能障碍,即肠鸣音消失,7d未解大便,无肛门排气;PTCD引流胆汁500~700 mL/d(色黄)。左侧脾俞穴、胃俞穴轻压痛(NRS评分1分)。心理评估显示焦虑状态(SAS评分60分)伴轻度抑郁(SDS评分50分)。中医四诊:患者神疲乏力,倦卧懒言,面色苍白,形体消瘦。舌淡苔白腻,脉沉缓。呃逆频作,呃声断续,呕吐胃内容物,腹胀如鼓,彻夜难眠。辅助检查:腹部增强CT(2024年03月13日)显示肝癌术后改变伴肝门部引流管在位;肝门—胰头占位包绕右肾静脉,合并肝内胆管及胰管扩张;腹膜后淋巴结肿大。实验室检查:贫血(Hb84 g/L)、肝功能异常(ALT69 U/L,AST70 U/L)、电解质紊乱(低钾、低钠);肿瘤标志物CA199升高(102.95 U/mL);胃排空严重延迟(5 h残留率2%)。

1.3 诊断

中医诊断:呕吐(脾胃虚弱证);西医诊断:顽固性呃逆;肝癌(胆管细胞癌)术后复发,伴十二指肠、肝外胆管侵犯及腹腔转移;十二指肠梗阻(胃

空肠旁路术后状态);胆管狭窄(胆道支架植入术后,PTCD引流状态);不全性肠梗阻。辨证分析:患者久病正气亏虚,癌毒内蕴,加之手术及放化疗损伤,致脾胃气机紊乱。脾失健运则水谷不化,胃失和降而气逆于上,故见呃逆频作、呕吐拒食;腑气不通则腹胀便秘;气血津液失于濡养,故形瘦憔悴。舌淡苔白腻、脉沉缓,四诊合参,符合脾胃虚弱、升降失常之证。

1.4 治疗

患者采用中西医结合综合治疗方案,具体如下:西医方面实施一级护理、禁食、静脉营养支持,配合复方甘草酸苷护肝、艾司奥美拉唑护胃、奥曲肽抑酶及白蛋白补充等药物治疗,同时予参麦注射液100 mL每日静脉滴注以益气养阴。中医治疗采用葫芦灸、腕踝针及腹部点穴按摩,配合大承气汤加减结肠透析,呃逆发作时给予倒吸灸治疗。

经2周治疗后,患者症状显著改善,消化道症状完全缓解,无呃逆、呕吐及腹胀(中医症状积分0分),排便规律(大便1~2次/d,成形),睡眠改善(夜间睡眠达5 h)。功能恢复方面,Barthel指数达90分(生活完全自理),体重增加4 kg,可正常进食。心理评估显示情绪显著改善(SDS评分20分,SAS评分30分),社会功能恢复良好(主动交流,表情愉悦)。患者于2024年03月27日病情好转出院,嘱门诊随访并继续中医调理。

2 护理

2.1 护理评估

患者入院时经系统评估显示:①中医症状积分达17分(重度呃逆)^[10],表现为胃脘胀满、嗝气、呕吐等多项重度症状;②Barthel指数仅20分,生活完全依赖护理;③NRS 2002营养评分6分,合并低钾(3.48 mmol/L)、低钠(128.5 mmol/L)血症,营养风险显著。

2.2 护理诊断

患者体液不足与恶心、呕吐、嗝气、反酸及呃逆症状造成脾胃功能失能有关^[11];水电解紊乱、营养失调,低于机体需要量与顽固性呃逆所致无法进食,造成机体营养不足有关;焦虑、恐惧与担心疾病预后有关。

2.3 护理目标

运用中西医结合护理方式帮助患者缓解顽固性呃逆症状,改善不能进食,恶心、呕吐、嗝气、反酸、呃逆及失眠现象;经治疗,患者能够自主进食,

无恶心呕吐,缓解呃逆与失眠等症状,生活可自理。

2.4 护理措施

2.4.1 中医特色护理

2.4.1.1 葫芦灸

将周径 25 cm 的葫芦灸具(内置 5 柱直径 1.8 cm 高 3 cm 的灸条)放置于患者腹部,以神厥穴为中心点,覆盖患者天枢、关元及中脘气海等穴。30 min/次,2 次/周,患者 03 月 16 日与 18 日共使用 2 次。倒吸灸操作方法,具体如下:将生姜精油,止呕降逆芳香精油各 3 滴放入倒吸灸罐体后,连接灸具各部分,将黄金艾绒 5 g 装进防火容器斗,点燃艾绒扣上安全阀(倒吸灸艾烟温度 38~40℃);当患者呃逆时将吸嘴至患者口腔,嘱患者含住吸嘴,做深吞动作,将艾烟吞入胃内。每次深吞 3~5 次,3~4 次/d,患者 03 月 12 日至 19 日共使用 8 d。

2.4.1.2 腕踝针

患者呃逆时,取患者双手腕部双上 1、2 区和双足踝部双下 1 区,酒精棉片消毒皮肤,避开血管、伤口;取 5 mm 的针灸针与皮肤呈 15°,进针深度 0.1~0.3 寸向心方向刺入皮下,进针后询问患者局部有无酸麻胀痛等不适;患者主诉未不适后胶布固定,留置时间 8 h,1 次/d,留针期间嘱患者勿激烈活动,手腕及脚踝部轻微活动不受影响,取舒适体位即可。该患者从 03 月 12 至 16 日共使用 5 d,止逆降呃效果好,患者无不适主诉。

2.4.1.3 结肠透析联合腹部点穴

结肠透析仪采用仿生学模式,模仿人体肠蠕动运动,协同腹部点穴手法,促进胃肠蠕动。患者 03 月 16 日使用结肠透析仪联合腹部点穴干预 1 次,操作时患者取左侧卧位,双下肢弯曲暴露皮肤至踝部。将 40℃ 中药 200 mL 缓慢进行结肠透析,操作时间约 30 min,操作过程注意患者有无胸闷气急、腹痛腹胀难忍情况。患者操作过程顺利,在操作结肠透析仪中辅以腹部点穴疗法,采取一指禅手法,点穴中脘穴、天枢穴、大横穴、腹结穴及关元穴,每个穴位 4 min,操作结束患者解不成形大便 100 g,诉肛门有排气,腹胀感减轻。患者 03 月 14 及 18 日单独使用腹部点穴各 1 次,诉操作结束感腹胀减轻,有肛门排气。

2.4.2 饮食调护

2.4.2.1 禁食期

患者入院时呕吐频繁,入口即吐,不得食,医

嘱予暂禁食,禁食期间观察患者脱水(生命体征、尿量、皮肤)情况及水电解质变化,正确记录 24 h 出入量;观察患者体重、BMI、血常规及血生化有无变化。医嘱用药按照静脉输液顺序,依照先晶体后胶体,关注补液速度,及时关注疗效及不良反应,同时补充铁剂+维生素 C,积极治疗原发病。制定营养目标值,具体如下:患者既往 24 h 总能量摄入(经口摄入 0,肠内营养 0,肠外营养 200kcal),目标值总能量 1200kcal/d,蛋白质 60 g/d。禁食期肠内营养首选,但 03 月 13 患者拒绝经鼻置入肠内营养管,改用静脉输液补充营养需要。03 月 14 患者在超声引导下颈内静脉置 CVC 管,置管深度 12 cm,经加压固定后进行静脉高营养每日输注能量 1200kcal,CVC 管每周维护 1 次,穿刺点无红肿渗液,敷料干燥平整。禁食期间患者未发生不适主诉。

2.4.2.2 进食期

03 月 21 日患者诉呕吐减少,有食欲,想进食,医嘱改禁食为流质饮食米汤,适量饮水;护士指导患者进食少量多次缓慢进食,患者进食开水 20 mL,米汤 50 mL 后未呕吐,逐步过渡进食稀粥 1 两未诉不适。3 月 23 日改食面条等软食,03 月 27 日予普食,直至每餐进食 2 两米饭和蔬菜鱼肉若干,未发生不适,03 月 25 日起静脉高营养治疗降为 800kcal/d。

2.4.3 情志护理

患者属本地农妇,乡音浓重,普通话不流利,小学文化,对本人病情有一定了解,但缺乏全面了解,患者及家属对治疗护理积极配合,本次入院前患者在家无法进食,呕吐呃逆等不适反应,使患者造成濒死感强烈,消瘦明显,恶液质状态,情绪低落明显,造成患者有焦虑与恐惧情绪^[1]。患者多年多次就诊住院,与科室医生护士熟悉感情深厚,信任感强,依从性好,与患者家属沟通治疗方案配合好,住院后有归属感;护士根据患者精神状态,采用本地话与患者交流,鼓励患者说出焦虑想法,不适主诉及时解决;配合输液予营养支持,患者发生呃逆恶心时辅以深呼吸疗法,穴位按摩内关穴和合谷穴。经 2 周住院治疗,患者情绪明显好转,焦虑抑郁症状缓解。

2.4.4 延续护理

本例患者有十余年患癌抗癌病史,现属肿瘤进展期,顽固性呃逆再发可能性高,回家康复疗养期饮食摄入非常关键,充足营养摄入能减少顽固

性呃逆的复发。①指导患者少量多餐,应用低脂、高蛋白及低可溶性纤维饮食,每日摄入能量在 12000kcal 以上,以糖供能占比在 50%~70%,蛋白质在 1.5g/(kg·d),建议患者分 4~5 餐/d,早餐 1 两粥,鸡蛋 1 个,小菜若干,中晚餐主食 1~2 两,瘦肉、鱼、鸡等荤蔬菜混搭。在早中餐,中晚餐之间加食医用蛋白粉各 1 次,每次蛋白粉 30 g。②进食的食物宜磨碎可改善胃排空障碍,减缓患者症状。③餐后端坐或慢走 1~2 h,利用重力促进胃排空也有一定的效果,液体食物是首选。④多吃促进胃动力的食物,少吃橙汁、炸鸡、卷心菜、橘子、腊肠、辣椒、番茄汁、生菜、洋葱和腌肉等酸辣高脂或粗纤维食物;可适量吃点姜汁、茶叶、番薯、菜汤和苹果酱等,对胃排空影响不大食物;常吃苏打饼干与全麦酥饼等食物则能促进胃排空。出院后随访发现患者遵医嘱多食温热食物,如瘦肉、鸡蛋、鱼虾及熟食,忌生饮,米、面、粥饮,未吃不易消化粽子、糯米和腌制肉类等,不食辣椒、芹菜、生菜、洋葱及韭菜等蔬菜。配食医用蛋白粉,每天使用 5 汤勺蛋白粉(每勺 10~15 g)加温水 100 mL,每天加食 2 次,备苏打饼干与全麦酥饼作零食食用。食后 30~60 min 患者根据体力,慢走 15~30 min 及坐位简单运动,如抬手 50 下、伸腿 50 下,未出现进食后立即平卧休息。

2.5 护理评价

患者治疗 2 周后中医证候改善,神疲乏力明显好转,舌淡苔白腻转为舌淡苔薄白,脉沉缓转为脉平缓,情志畅,有笑容与人主动交流;行动从卧床不起至能床边活动,生活自理能力评分(Barthel)从 20 分上升至 90 分,无须陪护;无恶心呕吐和呃逆,无腹胀及腹痛,早餐能进食粥 1 两,午晚餐进正常饮食;夜睡眠时间约 5 h,大便日行 1~2 次,成形,小便无殊,腹部无压痛。

实验室水电解质指标改善,血钾由 3.48 mmol/L 上升至 5.3 mmol/L,血钠由 128.5 mmol/L 上升至 134.5 mmol/L;营养状态改善,血清铁蛋白由 10 μg/L 上升至 144.23 μg/L,血红蛋白因肿瘤进展因素从 84g/L 降至 68 g/L,医嘱白蛋白注射液 10 g 每日静脉输注,连用 5 d,营养风险评分从 6 分降至 3 分;呃逆证中医症状积分由入院时 17 分降至 0 分;SDS 评分从 50 分降至 20 分,SAS 评分从 60 分降至 30 分。经治疗 2 周后,患者体重明显变化,共增长 4 kg,患者自主进食普食无障碍,呃逆症状缓解,对中医护理技术的应用高度配合。

3 结果和随访

经治疗,患者呃逆症状得到明显改善,2024 年 03 月 27 日患者主诉无恶心呕吐,无腹痛腹胀,睡眠如常,自主进食无障碍,体重增加 4 kg,呃逆症状消失。辅助检查示血生化血红蛋白 68 g/L,谷丙转氨酶 23 U/L,谷草转氨酶 21 U/L,钾 5.3 mmol/L,钠 134.5 mmol/L,血清铁蛋白 144.23 μg/L。考虑治疗有效,现患者病情平稳,准予出院,交代出院注意事项。2024 年 04 月 05 日对患者进行电话回访,出院 2 月再次回访,患者诉,未出现呃逆症状。患者表示出院后未有恶心呕吐、腹痛腹胀及呃逆等不适,饮食按照医嘱进行,能自主进食,生活质量得到提升。

4 讨论

本例患者属呕吐(脾胃虚弱证),其病位在膈,病变在胃,与脾有关^[12]。患者长期多次使用抗肿瘤药物,致其气血亏虚,脾虚胃逆,频繁呕吐、不进饮食致呃逆。通过葫芦灸、倒吸灸、腕踝针和腹部点穴等中医特色技术,以调脾胃降逆止呕,结合西医营养支持,实现顽固性呃逆症状缓解与整体营养改善。由于终末期肿瘤患者呃逆发病机制复杂,病情缠绵难愈,单纯西医治疗仅对症处理造成治疗效果不佳且容易反复。中医治疗以标本兼治原则,以健脾胃、培正气,降逆止呕改善症状为主。

通过辨证论治,多维度整体护理,本例患者采用中西医结合护理方法,西医治疗以抑酶护肝护胃静脉营养支持等治疗为主,中医治疗以参麦益气养阴,腹部葫芦灸温灸神厥中脘气、海关元等穴,以健脾和胃,以温热刺激提高患者胃肠道平滑肌的兴奋性,调节腑气,有效改善患者胃肠道功能,从中医治本理论角度减轻患者呃逆症状。倒吸灸健脾和胃降逆下气,抑制迷走神经兴奋缓解膈肌痉挛,腕踝针浅刺皮下神经密集区及膈神经反射调节脾胃经络气血,从中医治标理论有效缓解患者急性痉挛造成的呃逆症状^[13-14]。两种技术共用达到急则治标,缓则治本的标本兼治干预顽固性呃逆。患者整体营养状态得到改善,早期禁食及静脉营养输入,中期合理餐食调配养胃护胃,后期延续护理促进胃肠蠕动,全程饮食干预保障营养有效摄入。

本案例通过中西医结合护理方法取得显著效果,快速促进患者康复,提高晚期恶性肿瘤患者生

活质量。但本案例作为个案经验是否能在临床相似案例使用,还需要未来长期、系统地观察与研究,以期对该疗法进行持续性优化及完善,为患者提供细致的护理服务,提高肿瘤患者生存质量。

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] SPOLADORE R, GARRONI D, FRAGASSO G, et al. Post cardiac surgery diaphragmatic spasm successfully treated with gabapentin[J]. *Int J Cardiol*, 2006, 109(2): 282-283.
- [2] 何光. 腹针联合山莨菪碱穴位注射治疗化疗后顽固性呃逆 28 例临床研究[J]. *中医药临床杂志*, 2020, 32(9): 1745-1748.
HE G. Clinical study of 28 patients with intractable hiccup after chemotherapy treated with abdominal acupuncture combined with anisodamine acupoint injection[J]. *Clin J Tradit Chin Med*, 2020, 32(9): 1745-1748. (in Chinese)
- [3] 孙燕. 内科肿瘤学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 89-107.
- [4] 徐辉照, 洪和平, 龚青, 等. 橘皮汤加味联合热敏灸在直肠癌化疗后顽固性呃逆中的应用效果[J]. *四川中医*, 2024, 42(5): 108-110.
XU H Z, HONG H P, GONG Q, et al. The application effect of modified orange peel soup combined with thermosensitive moxibustion in the treatment of intractable hiccups after rectal cancer chemotherapy[J]. *J Sichuan Tradit Chin Med*, 2024, 42(5): 108-110. (in Chinese)
- [5] 任玉珍, 高超, 杨学娟, 等. 腕踝针联合胃复安治疗在恶性肿瘤放疗化疗后顽固性呃逆病人中的应用[J]. *护理研究*, 2023, 37(24): 4542-4544.
REN Y Z, GAO C, YANG X J, et al. Application of wrist and ankle acupuncture combined with metoclopramide in the treatment of refractory hiccup patients after radiotherapy and chemotherapy for malignant tumors[J]. *Chin Nurs Res*, 2023, 37(24): 4542-4544. (in Chinese)
- [6] 田浩, 姜自胜, 王玉鑫, 等. 葫芦灸对促进肛周脓肿术后创面愈合的临床观察[J]. *中医外治杂志*, 2023, 32(5): 72-74.
TIAN H, JIANG Z S, WANG Y X, et al. Clinical Observation on the Promotion of Wound Healing after Perianal Abscess Surgery by Gourd Moxibustion[J]. *J Extern Ther Tradit Chin Med*, 2023, 32(5): 72-74. (in Chinese)
- [7] 王晓宇, 武琳, 李亚南, 等. 葫芦灸联合耳穴压豆对老年心脾两虚型失眠临床疗效的影响[J]. *河北中医药学报*, 2021, 36(4): 45-48.
WANG X Y, WU L, LI Y N, et al. The influence of gourd moxibustion combined with auricular point pressing on the clinical efficacy of insomnia in elderly patients with deficiency of both heart and spleen. [J]. *J Hebei Tradit Chin Med Pharmacol*, 2021, 36(4): 45-48. (in Chinese)
- [8] 葛娇宇, 林友燕, 方晓, 等. 中医适宜技术在化疗相关性呃逆辅助治疗中的疗效观察[J]. *护理与康复*, 2020, 19(8): 68-70.
GE J Y, LIN Y Y, FANG X, et al. Observation of effect on appropriate technology of traditional Chinese medicine in the adjuvant treatment of hiccups related to chemotherapy[J]. *J Nurs Rehabil*, 2020, 19(8): 68-70. (in Chinese)
- [9] 焦琪. 隔姜灸与腕踝针治疗脊髓损伤后尿潴留的临床研究[J]. *中国疗养医学*, 2025, 34(1): 43-47.
JIAO Q. Efficacy of ginger separated moxibustion and wrist and ankle acupuncture on urinary retention after spinal cord injury[J]. *Chin J Conval Med*, 2025, 34(1): 43-47. (in Chinese)
- [10] 谢磊, 贺敬龙, 徐阳美, 等. 基于CiteSpace的中药新药临床研究现状及前沿热点变化趋势分析[J]. *中国医药导报*, 2024, 21(27): 31-38.
XIE L, HE J L, XU Y M, et al. Analysis of the current status and trend of frontier hotspots in new drugs from traditional Chinese medicine based on CiteSpace[J]. *China Med Her*, 2024, 21(27): 31-38. (in Chinese)
- [11] 王怡萱, 汪晖, 廖菁, 等. 护理诊断差异性验证方法的研究进展[J]. *护理学杂志*, 2023, 38(1): 121-125.
WANG Y X, WANG H, LIAO J, et al. Research progress on differential validation methods of nursing diagnoses[J]. *J Nurs Sci*, 2023, 38(1): 121-125. (in Chinese)
- [12] 郭鹏, 任亚锋. 艾灸配合膀胱功能训练治疗脑卒中后尿失禁[J]. *河南中医*, 2020, 40(2): 283-286.
GUO P, REN Y F. Moxibustion combined with bladder function training in the treatment of urinary incontinence after stroke[J]. *Henan Tradit Chin Med*, 2020, 40(2): 283-286. (in Chinese)
- [13] 朱慧萍, 叶富英. 腕踝针治疗晚期胃癌呃逆 25 例

- [J]. 上海针灸杂志, 2013, 32(12): 1053.
- ZHU H P, YE F Y. Wrist-ankle acupuncture treatment for 25 cases of postoperative hiccups in advanced gastric cancer[J]. Shanghai J Acupunct Moxibustion, 2013, 32(12): 1053. (in Chinese)
- [14] 谭海燕. 腕踝针联合穴位注射治疗顽固性呃逆的疗效观察[J]. 国际医药卫生导报, 2020(5): 692-694.
- TAN H Y. Observation on the Therapeutic Effect of Wrist-Ankle Needling Combined with Acupoint Injections in the Treatment of Refractory Hiccups [J]. International Medical and Health Herald, 2020(5): 692-694. (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。