

DOI: 10.12209/CAIM202510230003

· 中西医结合临床案例 ·

1 例急性阑尾炎穿孔伴腹膜炎(肠痈)患者 中西医结合治疗护理

方 方, 马伟金, 蔺 媛, 孙雅楠

(天津中医药大学第一附属医院 国家中医针灸临床医学研究中心 北急诊一病区, 天津, 300381)

摘要: 本文总结 1 例急性阑尾炎穿孔并发腹膜炎(肠痈)患者的中西医结合治疗护理经验。在西医传统保守治疗(退热、抗炎、营养支持等)基础上,从中医角度分析病因病机,结合辨证分型实施中西医结合治疗与护理,在饮食、情志及功能锻炼等方面给予指导,并结合针灸、耳穴埋豆、湿敷、穴位按摩与贴敷等中医技术进行干预。患者恢复良好,于 2025 年 09 月 18 日出院。对急性阑尾炎穿孔并发腹膜炎患者实施个性化、针对性强的中西医结合治疗护理,对患者生理、心理状态及临床症状进行有的放矢的干预,能有效减轻患者痛苦、缩短住院天数、降低医疗风险。

关键词: 肠痈; 瘀滞证; 湿热证; 热毒证; 正虚邪恋证

Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Treatment and Nursing for a Case of Acute Appendicitis with Perforation and Peritonitis (Intestinal Abscess)

FANG Fang, MA Weijin, LIN Yuan, SUN Yanan

(Department of Emergency Medicine I, National Clinical Research Center for Acupuncture and Moxibustion,
First Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin, 300381)

ABSTRACT: This paper summarizes the experience of integrated traditional Chinese and Western medicine treatment and nursing for a patient with acute appendicitis perforation complicated with peritonitis (intestinal abscess). Based on the traditional Western medical conservative treatment (fever reduction, anti-inflammation, nutritional support, etc.), the etiology and pathogenesis were analyzed from the perspective of traditional Chinese medicine, and integrated treatment and nursing were implemented according to the syndrome differentiation. Guidance was provided in terms of diet, emotional state, and functional exercise, and traditional Chinese medical techniques such as acupuncture, auricular point embedding, wet compress, acupoint massage, and application were combined for intervention. The patient recovered well and was discharged on September 18, 2025. Implementing personalized and targeted integrated traditional Chinese and Western medicine treatment and nursing for patients with acute appendicitis perforation complicated with peritonitis can effectively alleviate the patient's pain, shorten the hospital stay, and reduce medical risks by providing targeted interventions for the patient's physical and psychological conditions and clinical symptoms.

KEY WORDS: intestinal abscess; blood stasis syndrome; damp-heat syndrome; heat-toxin syndrome; deficiency with pathogenic factors syndrome

肠痈是中医外科常见的急腹症,多对应西医的急性阑尾炎(含其穿孔、腹膜炎等并发症),以转移性右下腹痛为典型特征。其核心病机是饮食不节、情志失调或寒温不适等导致肠道气机阻滞、瘀血内停,进而化热、腐肉成脓。临床辨证主要分 4

型,对应疾病不同阶段:瘀滞证(初期):腹痛初起,压痛局限于右下腹,无明显腹肌紧张;湿热证(酿脓期):腹痛加剧,伴发热、恶心,右下腹压痛、反跳痛明显;热毒证(溃脓期):全腹剧痛,高热不退,出现弥漫性腹膜炎体征;正虚邪恋证(恢复期):症状

收稿日期:2025-10-23

OPEN ACCESS

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

减轻但仍有低热、乏力,或右下腹遗留包块。治疗上常结合病情,急性期以清热解毒、通腑散结为主,恢复期注重扶正祛邪,同时配合针灸、耳穴等中医护理手段,必要时需联合西医紧急处理。

本次所选病例为1例急性阑尾炎穿孔伴腹膜炎患者,患者因长期使用抗凝血药物无法行外科手术治疗,同时合并2型糖尿病、心功能2级、高血压1级及凝血功能异常。中医辨证为饮食不节、寒温不适导致肠道气机阻滞、瘀血内停,进而化热、腐肉成脓,患者舌质红,苔黄腻,脉弦数。由于无法手术,临床上采取保守治疗,这对护理提出了更高要求,需根据疾病发展进行辨证施护,落实饮食护理、情志护理,并配合针灸、耳穴埋豆、湿敷治疗、穴位按摩等中医干预。患者于09月18日症状明显缓解,顺利出院。现将患者的中西医治疗及护理报告如下。

1 病历资料

1.1 一般资料

患者男,75岁,主因“转移性右下腹疼痛3 d伴发热”于2025年09月04日收入院。患者于3 d前无明显诱因开始出现脐周腹痛,疼痛呈钝痛,有放射痛,向右下腹放射。后患者自觉腹痛逐渐转移并固定于右下腹,呈持续性胀痛,后予以输液治疗,疼痛症状未缓解,为进一步诊治,收入院考虑急性阑尾炎。

入院后完善相关化验及检查,临检检验报告显示中性粒细胞百分比78.7%↑,淋巴细胞百分比9.2%↓,单核细胞百分比11.7%↑,嗜酸性粒细胞百分比0.2%↓;纤维蛋白原5.52 g/L↑,血浆D-二聚体测定(定量)2060 ng/mL(FEU)↑;全程C反应蛋白167.42 mg/L↑。生化检验报告显示肌酐(酶法)60 μmol/L↓,葡萄糖7.7 mmol/L↑。影像学检查:下腹部B超示右下腹低回声区;下腹及盆腔CT示急性阑尾炎,阑尾增粗、局部不规整,阑尾周围积液,伴腹膜炎及局部积气。由于患者凝血功能异常,无法实施手术,故采取保守治疗。现患者神清,精神可,呼吸平稳,右下腹压痛、反跳痛,食欲下降,睡眠尚可,大便数日未解,小便正常;舌红苔黄腻,脉弦数。患者既往高血压病史10年余,口服氨氯地平控制血压;糖尿病病史10余年,口服二甲双胍;脑梗死病史半年余,口服阿司匹林;否认传染病史,否认外伤史,否认食物药物过敏;适龄结婚,育有一女,吸烟30年、饮酒30年,否认家族遗传史。

1.2 体格检查

西医查体:体温(T)37.9℃,脉搏(P)98次/min,呼吸(R)26次/min,血压(BP)150/80 mm Hg。查体合作,心前区无隆起,无细震颤,心界大小正常,心音正常,心律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹部膨隆,未见胃肠型及蠕动波,腹部柔软,紧张度适中,右下腹压痛、反跳痛,无肌紧张,肝脾肋下未及,移动性浊音阴性,肠鸣音正常,双肾区无叩击痛。脊柱四肢无畸形,双下肢无水肿。生理反射存在,病理反射未引出,四肢肌力正常。入院心电图示窦性心律。中医查体:面色正常,无口臭及异常体味,未触及癰、瘤、瘰癧及癥瘕痞块,呼吸平稳,右下腹压痛、反跳痛,大便数日未行,小便正常;舌红苔黄腻,脉弦数。

1.3 诊断

西医诊断:急性阑尾炎伴穿孔,腹膜炎;中医诊断:肠痈,湿热证。患者因饮食不节、寒温失调导致肠腑气机阻滞日久,瘀血内停,郁而化热,湿热内生,瘀热湿邪相互搏结,壅滞肠腑,脉络受损,甚至渐成痈脓。患者舌红苔黄腻,脉弦数。

1.4 治疗

西医治疗原则为控制感染、缓解症状及对症支持治疗,具体措施如下。禁食水,予以0.9%生理盐水50 mL+头孢哌酮钠舒巴坦钠3 g,每8 h静脉输注一次,联合口服甲硝唑0.5 g/次,3次/d,抑制肠道细菌感染;0.9%生理盐水100 mL+艾司奥美拉唑钠40 mg,每日静脉输注1次,保护胃黏膜预防应激性溃疡;脂肪乳氨基酸G液1440 mL,每日缓慢静脉输注1次,作为营养支持治疗。

中医治疗:①大黄牡丹皮汤:组方包括大黄12 g、牡丹皮9 g、桃仁12 g、冬瓜仁30 g及芒硝9 g;各药分工明确,协同实现“泻热、破瘀、散结”的功效。服用大黄牡丹皮汤可降低急性阑尾炎患者机体炎症水平、促进肠鸣音恢复、缓解腹痛症状^[1-2]。此方1剂/d,分2次温服,共服用3剂。②薏苡仁败酱散:组方包括薏苡仁30 g,败酱草15 g。患者服大黄牡丹皮汤3 d后瘀热进一步壅盛,灼伤肠络,气血腐败成脓,肠道溃破但脓液未完全排出,余毒残留肠道,形成“溃后余毒”状态,改方剂为薏苡仁败酱散。薏苡仁健脾利湿、清热排脓、除痹止痛;败酱草清热解毒、消痈排脓、祛瘀止痛,其清热解毒专清肠道脓毒,消痈排脓直接针对“肉腐成脓”的核心病理,同时祛瘀止痛以缓解脓毒瘀滞引起的固定性腹痛,为治疗肠痈脓证的

关键药物。此方 1 剂/d, 分 1~2 次温服, 共服用 2 剂。③赤豆当归散: 组方包括当归 10 g, 赤小豆芽 30 g。患者入院 5 d 后疼痛较前减轻, 病机转为湿热余毒未清、气血瘀滞肠道、脾胃功能受损, 表现为腹部隐痛不适、按之不硬、大便黏滞不爽、食欲不佳、舌淡苔薄黄腻、脉细滑, 改为服用赤豆当归散。该药通过“清利湿热、活血行滞”辅助改善肠道循环、清除残留毒邪, 避免“毒邪内留”加重肠道负担。此方打粉后 1 剂/d, 分 2 次生服, 共服用 2 剂。④针灸治疗: 核心取穴足三里、阑尾穴、天枢、上巨虚。其中足三里、上巨虚调节胃肠气机、通腑止痛, 为治疗腹痛的关键穴; 阑尾穴为治疗阑尾炎的经验效穴, 可直接缓解阑尾区域疼痛; 天枢位于脐旁, 能理气行滞、改善肠道气机阻滞。每日治疗 1 次, 一个疗程(7 d)后患者疼痛明显减轻, 胃肠功能恢复, 可进食流质、半流质饮食, 大便规律(1 次/d, 质软)。

2 护理

2.1 护理评估

按照我院入院患者护理评估单, 从三个维度(一般情况、望闻问切、心理社会关系)逐项进行护理评估, 现将评估结果记录如下: ①一般情况: 患者下腹部疼痛, 采用 VAS 视觉模拟评分法(0 分为无痛, 10 分为最痛)评估右下腹疼痛评分为 9 分; 生活自理能力经 Barthel 指数评定量表评为 80 分, 提示中度依赖。②望闻问切: 患者神清, 精神可, 呼吸平稳; 舌质红, 苔黄腻, 脉弦数; 右下腹压痛、反跳痛, 无肌紧张。③心理社会关系: 患者因突发疾病出现心理焦虑, 采用广泛性焦虑障碍量表(GAD-7)评估得 13 分, 属于中度焦虑; 社会支持系统良好, 家属陪伴密切。

2.2 护理诊断

①疼痛: 与下腹部压痛反跳痛有关; ②发热: 与肠道感染有关; ③生活自理能力缺陷: 与疼痛引起的运动障碍有关; ④焦虑: 与突发疾病和环境陌生有关。

2.3 护理计划

根据护理评估和诊断结果, 制定如下护理计划: ①做好疼痛评估, 落实中医适宜技术, 通过理气行滞、清热解毒、消肿排脓, 以缓解疼痛。②病情观察及评估, 监测生命体征, 每日测量体温 4 次; 遵医嘱合理使用抗生素, 动态监测血常规、C 反应蛋白等炎症指标, 观察药物疗效及不良反应。③积极实施情志护理, 疾病初期加强巡视频次, 协

助患者完成翻身、叩背、个人卫生等生活护理; 随着病情恢复, 鼓励患者进行八段锦、太极拳等功能锻炼, 促进康复。④指导患者掌握自我护理方法, 适当活动, 保持心情舒畅。

2.4 护理措施

2.4.1 饮食护理

肠痛患者的饮食护理需严格结合病情阶段, 以“清淡易消化、不加重肠道负担”为核心原则。急性期(瘀滞证、湿热证、热毒证, 对应西医炎症活跃/化脓期)需减少肠道蠕动, 避免刺激炎症部位, 以“流质/半流质饮食”为主, 必要时短期禁食; 恢复期(正虚邪恋证, 对应西医炎症控制后/术后恢复期)需逐步过渡饮食, 兼顾“补充营养”与“健脾益胃”, 帮助肠道功能恢复。饮食禁忌包括辛辣刺激、油腻难消化、产气及生冷坚硬食物。饮食注意事项: ①循序渐进: 从半流质逐步过渡到软食, 每次添加新食物时少量尝试, 观察是否出现腹胀、腹痛; ②少食多餐: 避免一次进食过多, 每日分 4~5 餐, 减轻肠道单次消化压力; ③忌暴饮暴食: 即使食欲恢复, 也需控制食量, 避免肠道功能紊乱; ④进食时细嚼慢咽, 避免狼吞虎咽; ⑤食物温度适中(以 38~40℃为宜), 不食过冷或过烫食物, 减少肠道刺激。

2.4.2 情志护理

患者入院初期因躯体不适及生活环境变化出现焦虑, 护理人员主动自我介绍以消除患者对环境的陌生感, 创造安静休养环境, 讲解治疗护理的方法和意义, 帮助患者建立战胜疾病的信心, 鼓励其积极配合治疗, 并协助患者与同室病友交流, 同时取得家属的理解与支持。随着病情好转, 患者焦虑紧张情绪逐渐缓解。

2.4.3 中医特色疗法

2.4.3.1 中药汤剂

服用方法: 疾病初期予大黄牡丹皮汤, 将桃仁打碎、冬瓜仁洗净, 与牡丹皮一同放入药锅, 加适量清水(高出药面 2~3 cm)浸泡 30 min; 大火烧开后转小火煎煮 20 min, 加入“后下”的大黄继续煎煮 5~10 min; 关火滤出药液, 将“冲服”的芒硝加入温热药液中搅拌至完全溶解后口服。服用 3 d 后改予薏苡仁败酱散, 即将薏苡仁与败酱草一同放入药锅, 加适量清水(高出药面 2~3 cm)浸泡 30 min; 大火烧开后转小火煎煮 30 min, 滤出药液温服。服用 2 d 后患者疼痛明显减轻, 改予赤豆当归散, 即当归 10 g 打粉, 与赤小豆芽 30 g 混匀分两次生用, 服用 2

剂后疼痛明显缓解,可适当床旁活动。

2.4.3.2 针灸治疗

治疗取穴足三里、阑尾穴、天枢及上巨虚,针刺手法以泻法为主(强刺激),得气后留针 20~30 min 以增强针感,1 次/d。经治疗,患者疼痛较前明显缓解,舒适感增强。

2.4.3.3 耳穴埋豆

按照耳针取穴五原则(相应部位取穴、脏腑辨证取穴、现代医学发病病因取穴、穴位功能取穴及临床经验取穴^[3]),核心取穴为阑尾点、神门、腹(缓解炎症疼痛、调节脏腑功能的关键组合)。配穴方案:疼痛剧烈时加用皮质下以增强镇静镇痛效果;伴恶心呕吐时搭配胃穴和胃止呕。操作方法:耳部酒精消毒后,将粘有王不留行子的胶布固定于穴位上,按压至酸麻胀痛(得气感),每穴持续 0.5 min 至耳廓发热潮红,每日按压 3 次;耳针常规留置 3 d 后两耳交替,注意防止耳部皮肤红、肿、破溃,力度适宜,7 d 为一疗程,患者持续治疗 1 个疗程^[4]。

2.4.3.4 湿敷治疗

予芒硝外敷缓解局部症状,将芒硝 10 g 溶化后维持药液温度 38~41℃,用 5~6 层纱布浸透并挤去多余药液(以不滴水为宜),外敷右下腹疼痛处,每次湿敷 30 min,1 次/d。药效通过皮肤吸收,借助高渗脱水原理减轻炎症性肠黏膜损伤、保护胃肠功能^[5],并促进局部循环、加速炎症吸收、降低局部温度以缓解疼痛。7 d 为一疗程,患者连续治疗 7 d,期间密切观察局部皮肤反应(如苍白、红斑、痒痛、水疱及破溃等),湿敷结束后清洁皮肤。

2.4.3.5 穴位按摩与贴敷

患者取平卧位,采用按、揉、捏等手法按揉阑尾穴、足三里、三阴交、合谷,每穴 50~100 次,以有酸痛感为佳。按摩后行穴位敷贴,选取金银花、连翘、蒲公英、大黄等清热解毒、通腑散结药物,研磨成细粉,用适量蜂蜜、凡士林或生理盐水调成糊状,制成直径 1~2 cm 的药饼,敷于上述穴位,30 min/次,1 次/d。

2.4.4 恢复期功能锻炼

核心原则为“循序渐进、动静结合、扶正固本”,以温和运动为主,通过调节气血、健脾和胃、增强脏腑功能促进恢复,严格避免剧烈运动。太极拳选择“云手”“野马分鬃”等动作幅度适中的招式,练习时保持自然腹式呼吸,15~20 min/次,1 次/d,以身体微微发热、无疲劳感为宜。八段锦选

择“调理脾胃须单举”(健脾和胃、改善胃肠功能)及“双手托天理三焦”(疏通上中下三焦气机,减轻腹膜区域气血瘀滞,改善焦虑抑郁情绪,提高生活质量^[6]),练习动作缓慢柔和,起身时吸气、下落时呼气,每个动作重复 3~5 次,整套练习控制在 10~15 min,避免弯腰幅度过大或屏气发力。

2.5 护理评价

经治疗,患者出院时 VAS 评分为 0 分,主观疼痛感消失,BI 评分提高至 100 分,无不适感,可完全自理,GAD-7 评为 4 分,焦虑情绪明显缓解。

3 结果和随访

治疗后,患者症状消失,舌淡红苔薄白、脉平,于 2025 年 09 月 18 日出院。出院一周后予患者电话随访,指导患者慎起居、节饮食、避风寒,保持大便通畅、保持情绪稳定,告知患者定时复查,出现腹部症状及时就诊,患者反应食欲及二便正常,无其他不适。

4 讨论

肠痈属中医“痈疡”范畴,《金匱要略·疮痈肠痈浸淫病脉证并治》记载:“肠痈者,少腹肿痞,按之即痛如淋,小便自调,时时发热,自汗出,复恶寒。其脉迟紧者,脓未成,可下之,当有血;脉洪数者,脓已成,不可下也。”本例患者因饮食不节、情志失调致气机郁滞,脾胃运化失常,湿热内生,气血瘀滞于肠道,郁而化热,热盛肉腐而成痈肿;痈肿破溃,湿热瘀毒弥漫腹腔,发为腹膜炎,病机核心为“湿热瘀毒互结于肠腑”,治以“清湿热、散瘀血、排痈脓”。大黄牡丹皮汤联合薏苡仁、败酱草及当归赤小豆散治疗肠痈合并腹膜炎,紧扣“湿热瘀毒”病机,通过“清热、逐瘀、排脓、养血、利湿”的多维度治疗,实现“标本兼顾”,能有效减轻患者炎性反应^[7],恢复胃肠功能,增强肠蠕动,恢复肠鸣音,促进排便^[8]。该案例提示,对于符合保守治疗指征的肠痈合并腹膜炎患者,中医辨证使用经典方剂并合理加减,可有效缓解症状、清除病邪,为临床治疗提供了中西医结合的思路。

此患者由于凝血功能障碍,采取中西医结合保守治疗,通过“辨证施治”取得良好疗效,体现了中医在急腹症保守治疗中的优势^[9]。但需注意,肠痈合并腹膜炎病情复杂,若出现高热持续不退、腹痛加剧、腹肌紧张范围扩大、血压下降等重症表现,需及时转为手术治疗,避免延误病情。该病例通过中西医护理模式,结合中西医各自优势,在疾

病早期积极对患者生理、心理及病情进行全面观察护理,每日监测生命体征,定期复查凝血功能、血脂、肝功能及用药反应,将饮食护理、情志护理运用于日常工作中。采用中医特色疗法耳穴埋豆调整脏腑功能,中医学认为,耳与五脏六腑均有密切联系,耳为宗脉之所聚,在通达气血、调节脏腑阴阳方面具有重要作用。当人体患病时,耳廓上相关穴区会呈现相应反应,通过刺激相应的反应点及穴位,可起到防病治病的作用^[10]。结合湿敷治疗、穴位按摩与贴敷、功能锻炼等,经过近2周的治疗护理,患者疼痛症状明显缓解,战胜疾病的信心增强,取得了满意的康复效果。

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] 陈贝. 大黄牡丹汤联合腹腔镜手术对急性阑尾炎患者免疫功能的影响[J]. 实用中医内科杂志, 2019, 33(6): 33-35.
- CHEN B. Effects of Dahuang Mudan decoction and laparoscopic surgery on immune function in patients with acute appendicitis[J]. J Pract Tradit Chin Intern Med, 2019, 33(6): 33-35. (in Chinese)
- [2] 姜明华. 大黄牡丹汤加减联合腹腔镜阑尾切除术对急性阑尾炎患者术后胃肠功能及康复进程的影响[J]. 实用中西医结合临床, 2018, 18(1): 92-93.
- JIANG M H. The impact of modified Dahuang Mudan decoction combined with laparoscopic appendectomy on postoperative gastrointestinal function and recovery progress in patients with acute appendicitis [J]. Pract Clin J Integr Tradit Chin West Med, 2018, 18(1): 92-93. (in Chinese)
- [3] 谢波. 针灸治疗中风病的选穴研究[J]. 内蒙古中医药, 2018, 37(4): 113-114.
- XIE B. Study on acupoint selection of acupuncture and moxibustion for stroke[J]. Nei Mongol J Tradit Chin Med, 2018, 37(4): 113-114. (in Chinese)
- [4] 杨英豪, 潘晓彦. 中医临证施护[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2019: 291.
- [5] 王罗燕, 徐海燕, 徐瑛. 芒硝外敷联合生长抑素对不完全性粘连性肠梗阻患者炎症性肠黏膜损伤的保护作用[J]. 中国现代医生, 2022, 60(35): 105-109.
- WANG L Y, XU H Y, XU Y. Protective effect of mirabilite combined with somatostatin on inflammatory intestinal mucosal injury in patients with incomplete adhesive intestinal obstruction [J]. China Mod Dr, 2022, 60(35): 105-109. (in Chinese)
- [6] 张萍, 王琰. 中高架势八段锦对溃疡性结肠炎患者焦虑、抑郁及生活质量的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(1): 81-85.
- ZHANG P, WANG Y. Effects of middle-upper posture Baduanjin on anxiety, depression and quality of life among patients with ulcerative colitis [J]. Chin J Mod Nurs, 2019, 25(1): 81-85. (in Chinese)
- [7] 程琴芳, 王卫, 李艳, 等. 大黄牡丹汤灌肠联合西药治疗对急性胰腺炎患者血清淀粉酶 脂肪酶和炎症因子的影响[J]. 中国药物与临床, 2025, 25(14): 941-944.
- CHENG Q F, WANG W, LI Y, et al. Effects of Dahuang Mudan Decoction enema combined with western medicine on serum amylase, lipase and inflammatory factor levels in patients with acute pancreatitis [J]. Chin Remedies Clin, 2025, 25(14): 941-944. (in Chinese)
- [8] 吕光艳, 易允岭, 乔红. 大黄牡丹汤加减治疗对腹腔镜阑尾切除术患者胃肠功能的影响[J]. 四川中医, 2024, 42(5): 115-118.
- LV G Y, YI Y L, QIAO H. Effect of modified Dahuang Mudan decoction on gastrointestinal function recovery in patients undergoing laparoscopic appendectomy [J]. J Sichuan Tradit Chin Med, 2024, 42(5): 115-118. (in Chinese)
- [9] 胡文江, 郭晓明, 杨燕灵, 等. 中西医结合保守治疗急性阑尾炎43例[J]. 中国中医药信息杂志, 2013, 20(8): 81.
- HU W J, GUO X M, YANG Y L, et al. Conservative treatment of 43 cases of acute appendicitis with combination of traditional Chinese and western medicine [J]. Chin J Inf Tradit Chin Med, 2013, 20(8): 81. (in Chinese)
- [10] 鲁佳, 齐珊珊, 杨卫娟, 等. 中药封包联合耳穴埋豆在膝骨性关节炎人工膝关节置换术后中的应用[J]. 实用中医内科杂志, 2023, 37(11): 105-108.
- LU J, QI S S, YANG W J, et al. Application of traditional Chinese medicine packaging combined with ear point embedding beans in patients with knee osteoarthritis after artificial knee replacement [J]. J Pract Tradit Chin Intern Med, 2023, 37(11): 105-108. (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。