

中西医结合治疗 1 例代谢性脑病患者的护理体会

张慧炜

(北京市健宫医院 重症医学科, 北京, 100054)

摘要: 本文总结 1 例重症代谢性脑病患者的中西医结合护理经验, 针对患者血氨升高、意识障碍等核心症状制定个体化护理方案, 核心护理要点包括监测生命体征、呼吸道护理、营养失调、抗感染护理、血滤治疗、预防潜在并发症护理、心理护理及中医特色护理。经过积极对症治疗及系统护理干预后, 患者意识状态改善, 血氨等代谢指标恢复正常, 生命体征平稳, 病情得到有效控制。

关键词: 代谢性脑病; 中西医结合治疗; 个性化护理

Nursing Experience of Integrating Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of a Case of Metabolic Encephalopathy

ZHANG Huiwei

(Department of Critical Care Medicine, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of integrating traditional Chinese and Western medicine for a patient with severe metabolic encephalopathy. An individualized nursing plan was formulated based on the core symptoms such as elevated blood ammonia and impaired consciousness. The key points of core nursing included monitoring vital signs, respiratory tract care, nutritional imbalance, anti-infection care, hemofiltration treatment, prevention of potential complications, psychological care, and traditional Chinese medicine-specific care. After active symptomatic treatment and systematic nursing intervention, the patient's consciousness improved, metabolic indicators such as blood ammonia returned to normal, vital signs were stable, and the condition was effectively controlled.

KEY WORDS: metabolic encephalopathy; integrated traditional Chinese and Western medicine treatment; personalized nursing

代谢性脑病是指由于机体代谢障碍引发内环境稳态失衡, 进而导致中枢神经系统功能异常的一组异质性疾病。其病因复杂, 主要包括糖代谢紊乱(如低血糖、高血糖)、电解质失衡(如低钠血症、高钙血症)、酸碱平衡失调、肝功能异常(如肝性脑病)、肾功能衰竭(如尿毒症脑病)及内分泌紊乱(如甲状腺功能异常)等。当上述代谢因素异常时, 可通过干扰神经能量代谢、影响神经递质平衡及破坏血脑屏障功能, 引发意识障碍、认知功能下降、癫痫发作等一系列神经系统症状^[1]。本院于 2025 年 06 月 12 日收治 1 例代谢性脑病患者, 通过实施中西医结合护理取得较好临床效果, 现将护理经验报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性, 71 岁, 主因“纳差 1 周, 加重伴意识障碍 2 d”于 2025 年 06 月 12 日 15:29 由急诊以“昏迷”“代谢性酸中毒”收入院。患者 2 d 前出现纳差加重, 无法进食, 伴意识障碍、无尿, 呼唤无应答。发病以来呈昏迷状态, 无法进食, 排黑便, 无尿, 体重变化不明确。既往史: 既往有“2 型糖尿病”病史, 血糖控制可; 肾功能不全病史 5 年; 高血压病史, 口服硝苯地平降压治疗; 2025 年 05 月 09 日摔倒后致腰椎骨折。手术史: 30 年前行胆囊切除术, 术后恢复可。

1.2 体格检查

意识昏迷,面色苍白,形体衰弱,呈被动体位;舌淡,苔白,脉沉弦。生命体征:体温(T)36.30℃、心率(HR)98次/min、呼吸(R)20次/min、血压(BP)141/77 mm Hg。神经系统:呈昏迷状态,不能言语;双肺呼吸音粗,心律齐;腹软,肠鸣音正常。

1.3 辅助检查

实验室检查:丙氨酸氨基转移酶4.1 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶4.9 U/L;白蛋白(溴甲酚绿法)25.1 g/L;尿素73.35 mmol/L;肌酐(酶法)612.9 μmol/L;钙1.95 mmol/L;钾6.36 mmol/L;白细胞 $10.25 \times 10^9/L$;血红蛋白60 g/L;血小板 $266 \times 10^9/L$;C-反应蛋白17.18 mg/L;降钙素原1.26 ng/mL。

影像学检查:头部CT示:多发腔隙性脑梗死,左侧小脑、额叶软化灶,脑白质变性;老年性脑改变;双侧筛窦、蝶窦,右侧上颌窦炎;右侧眼球密度增高。胸部CT示:双肺多发炎症。腹部CT示:腰3椎体压缩性骨折,主动脉粥样硬化,胆囊切除术后改变,双肾囊肿可能,前列腺增大。

1.4 诊断

中医诊断:昏迷(湿浊内蕴,蒙蔽清窍证);西医诊断:代谢性脑病,慢性肾功能衰竭(尿毒症期),高钾血症,上消化道出血,肺部感染,代谢性酸中毒合并呼吸性碱中毒,电解质紊乱,2型糖尿病,腰椎压缩性骨折,高血压病,胆囊切除术后状态。

1.5 治疗干预

1.5.1 西医治疗计划

针对该例代谢性脑病合并多器官功能障碍综合征的危重患者,治疗核心为器官功能支持与病因阻断。立即予气管插管联合呼吸机辅助呼吸,建立有创动脉压监测;紧急启动连续性静脉-静脉血液滤过(CVVH)以纠正酸中毒、高钾血症及氮质血症。抗感染治疗:结合肺部感染及降钙素原升高,经验性予美罗培南抗感染,后续根据病原学结果调整为靶向治疗^[2]。上消化道出血处理:予奥美拉唑抑酸、凝血酶鼻饲止血及胃肠减压。同时,积极输注红细胞悬液及白蛋白纠正贫血与低蛋白血症,早期予肠外营养支持,病情稳定后过渡至肠内营养,形成集束化综合救治方案。

1.5.2 中医治疗计划

本例患者中医诊断为“昏迷(湿浊内蕴,蒙蔽

清窍证)”,核心病机为脾肾亏虚,水湿运化失常,湿浊痰瘀内停,蒙蔽清窍,故确立健脾益气、化痰降浊、醒脑开窍为基本治则。中药内服:予导痰汤加减以健脾益气、化痰降浊^[3]。方中以二陈汤燥湿化痰,加胆南星、远志、郁金增强豁痰开窍之力;佐以白术、党参健脾益气,扶正固本,杜绝生痰之源。全方使清阳升、浊阴降,神志渐清。中医特色护理:在内服中药基础上,辅以耳穴压丸治疗。依据“耳者,宗脉之所聚也”理论,选取肾、膀胱穴益肾固本、通调水道;取交感、三焦穴行气利水、调畅气机^[4]。通过王不留行籽持续按压刺激,调节脏腑功能,疏通经络气血,与内服药物协同促进神志恢复。生活护理:遵循“调饮食,慎起居”原则,营造安静舒适的环境,保持适宜温湿度;鼻饲营养时选择温热、易消化的食物,避免生冷油腻损伤脾胃;保持患者肢体功能位,为后续康复奠定基础^[5]。同时,予参麦注射液静脉滴注以益气养阴、扶正固本。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 意识状态

采用 Glasgow 昏迷量表(Glasgow Coma Scale, GCS)评估,评分标准具体如下:睁眼反应(4分:自主睁眼;3分:呼唤睁眼;2分:刺痛睁眼;1分:无睁眼);语言反应(5分:正常交谈;4分:言语混乱;3分:不适当言语;2分:仅能发声;1分:无语言);运动反应(6分:遵嘱活动;5分:定位疼痛;4分:躲避疼痛;3分:异常屈曲;2分:异常伸直;1分:无运动)。总分3~15分,15分为正常,评分≤8分为昏迷,分数越低提示意识障碍越严重。本例患者深度昏迷,对疼痛刺激(压眶、针刺)无睁眼(1分),无肢体躲避反应(1分),无言语应答(1分),GCS评分3分(最低分),提示预后不良。

2.1.2 营养评估

患者昏迷,无法经口进食,近1周无主动饮食摄入;身高175 cm,体重70 kg,体重指数(BMI)22.86,但结合近期体重下降>5%(近1个月),存在营养不良风险。

2.1.3 日常生活能力评定

采用 Barthel 指数评定量表(ADL)评估,得分为0分,属于极重度依赖,生活自理能力完全丧失。

2.1.4 管路滑脱评估

目前留置管路包括胃管、深静脉置管、连续性

肾脏替代治疗(CRRT)置管、动脉测压管及尿管。患者虽处于昏迷状态,但存在不自主肢体活动风险,若管路固定不当易导致滑脱,综合评估为高管路滑脱风险,需加强固定与巡视,防止意外脱管。

2.1.5 压疮风险评估

采用Braden压疮风险评估量表评估,患者存在以下高危因素:昏迷(对压力不适无反应)、体位变换能力丧失(需完全依赖他人协助)、长期卧床(搬运/翻身时存在摩擦力和剪切力)、皮肤潮湿(尿失禁及出汗导致)、营养不良。总分为10分,提示极高压疮发生风险。

2.1.6 心理—社会评估

患者昏迷无法表达,家属表现出焦虑、紧张情绪,对疾病预后担忧,但治疗护理配合度高,家庭支持系统良好;存在较重经济负担,可能影响长期治疗依从性。

2.2 护理诊断

清理呼吸道无效:与昏迷导致咳嗽反射减弱,吞咽功能丧失呼吸道分泌物排出困难有关;气体交换受损:与代谢性酸中毒等因素引起的血流比例失调有关;急性意识障碍:与体内代谢紊乱,导致脑组织代谢异常有关;营养失调:低于机体需要量,与患者昏迷无法进食,机体处于应急高分解状态有关;皮肤完整性受损的危险:与长期卧床有关;有感染的风险:与机体抵抗力下降,侵入性操作有关;潜在并发症:脑水肿、心律失常等。

2.3 护理计划

清理呼吸道无效:保持气道通畅,患者取平卧位头偏向一侧,每2 h翻身拍背,按需吸痰,预防误吸及吸入性肺炎。气体交换受损:持续监测血氧饱和度及血气分析,根据结果调整氧疗方式及吸氧浓度。急性意识障碍:每30 min评估GCS评分、瞳孔大小及对光反射,动态监测生命体征,记录意识状态变化趋势。营养失调:遵医嘱予肠内营养或肠外营养支持,每日监测白蛋白、前白蛋白及腹内压,预防喂养不耐受。有血糖紊乱的风险:每4 h监测指尖血糖,肠外营养液匀速输注,警惕低血糖昏迷、高渗高血糖综合征。有皮肤完整性受损的危险:使用防压疮床垫,每2 h轴线翻身,骨隆突处贴减压敷料,保持皮肤清洁干燥。有感染的风险:严格无菌操作,中心静脉导管每周换药,尿管每周更换,限制探视人员;监测体温、白细胞及降钙素原,警惕呼吸机相关性肺炎、导管相关血流感染。潜在并发症:持续心电监护,每小时记录

出入量;若出现头痛、喷射性呕吐、瞳孔不等大或心率 <50 次/min、血压骤升,立即报告医生并备好急救药物。

2.4 护理措施

2.4.1 中医特色护理

耳穴压丸:依据中医“耳者,宗脉之所聚也”理论,结合患者“湿浊内蕴”证,选取肾、膀胱穴益肾固本、通调水道;交感、三焦穴行气利水、调畅气机;心、皮质下穴醒脑开窍、宁心安神。将王不留行籽贴敷于上述穴位,每日轻柔按压3~4次,每穴1~2 min,以局部酸胀感为度。该措施持续18 d,治疗后患者GCS评分由3分提升至8分(呼唤睁眼,可发声),协同发挥调节脏腑功能、疏通经络气血的功效。

2.4.2 血液净化治疗

患者因肾功能不全(血肌酐 $612.9\text{ }\mu\text{mol/L}$),入院当日行床旁血液净化治疗,模式为后稀释连续性静脉—静脉血液透析滤过(CVVHDF)^[6],总超滤量 -0.56 L ,净平衡 1557 mL ,总置换液量 16.76 L 。采用体外枸橼酸抗凝,根据体外血钙浓度调整枸橼酸用量。血滤后监测体温(T) 36.7°C ,心率(HR)96次/min,呼吸(R)15次/min,血压(BP)130/63 mmHg;全身皮肤温暖,无花斑、出血点及淤斑;血滤管路口处无出血、红肿、渗出。治疗结束后予肝素钠注射液正压封管,严格无菌操作预防导管相关感染^[7]。术后持续监测生命体征、意识状态、尿量,维持电解质及酸碱平衡,保证肾脏灌注。

2.4.3 白蛋白输注

患者急诊查白蛋白(溴甲酚绿法) 25.1 g/L ,诊断低蛋白血症,予人血白蛋白 20 g 静脉滴注(30 min内完毕),输注过程中密切观察有无发热、寒战、皮疹、胸闷等过敏反应。

2.4.4 输血治疗

2025年06月12日血常规示红细胞 $1.53\times 10^{12}/\text{L}$,血红蛋白 48 g/L ,为纠正贫血,予O型RH阳性悬浮红细胞2U静脉滴注(2 h内完毕),记录输血时间、种类、剂量,监测体温、脉搏、呼吸、血压变化,未出现输血不良反应。

2.4.5 常规治疗与病情监测

抗感染治疗:痰NGS结果示新型冠状病毒、耶氏肺孢子菌感染,予来瑞特韦抗病毒^[8]、复方磺胺甲噁唑片抗耶氏肺孢子菌,联合注射用甲泼尼龙琥珀酸钠减轻炎症反应;继发细菌感染时加用

美罗培南^[9]、左氧氟沙星抗感染。

消化道护理:因上消化道出血予胃肠减压,2025年06月23日停止减压后,予肠内营养液鼻饲泵入(初始速度30 mL/h,逐步增至80 mL/h),患者无呕吐、腹胀^[10]。

并发症处理:2025年06月18日出现四肢水肿、尿少、电解质紊乱,继续床旁血液净化治疗后症状缓解。

基础护理:每日准确记录出入量,管路(胃管、尿管、深静脉导管)标识清晰,妥善固定并记录外露长度;动态监测肾功能、血糖及生命体征。

2.4.6 心理护理

家属因患者病程较长、病情危重产生焦虑、恐惧心理,护理人员主动沟通建立信任,耐心解释治疗方案的必要性与安全性,指导家属参与床旁照护(如肢体按摩),鼓励陪伴^[11];保持病房安静舒适,减少不良刺激,缓解家属心理压力。

2.5 护理评价

经18 d综合治疗与护理后,患者血糖控制平稳^[12],未发生低血糖昏迷、高渗高血糖综合征等并发症,神志明显好转,血液净化治疗有效清除尿素、肌酐等代谢废物,贫血及低蛋白血症得到纠正。家属焦虑情绪明显缓解,对中西医结合治疗方案的有效性表示认可,并对医护人员表示感谢。

3 结果与随访

患者目前仍住院观察,后续将持续监测血糖、电解质、肾功能及血常规,根据血糖波动调整胰岛素方案;动态评估神经系统功能,重点关注认知功能恢复情况;待神志进一步稳定后,联系康复科介入,制定包括肢体功能训练、吞咽功能康复在内的个性化康复计划^[13]。

4 讨论

代谢性脑病是由心、肺、肾、肝、胰及内分泌腺等疾病所致,不同代谢产物(如血氨、血糖、电解质、有机酸、氨基酸)蓄积引起全脑功能紊乱的临床综合征,临床主要表现为肝性脑病、尿毒症性脑病及透析性脑病、有机酸代谢障碍性脑病、电解质紊乱性脑病等^[14]。本例患者即为典型的由慢性肾功能衰竭、严重电解质紊乱、酸碱失衡及感染等多重因素共同作用导致的代谢性脑病。本病例的成功救治,充分体现中西医结合模式下,对危重症患者进行系统性、个体化护理的重要性与优势。

本例护理的核心要点在于“急则治其标,缓则治其本”的中西医结合策略。西医治疗快速清除毒素、纠正内环境紊乱,为挽救生命赢得了宝贵时间,属“治标”范畴。在快速控制病情的同时,中医特色护理从整体调节入手,发挥“治本”作用。中医认为,神经系统功能正常发挥依赖清阳上升以濡养脑窍;若痰气壅滞于脾,清阳不升,脑失濡养,则神机失用,故痰邪与脑病的产生息息相关。《医学衷中参西录》记载:“痰火上泛,痰塞其心与脑相连窍络,则致心脑不通、神明昏乱”^[15],指出痰浊是神明受损的主要病因,因此临床治疗脑病多从“祛瘀化痰开窍”入手^[16]。中医特色护理在此基础上的优势体现在两方面:①辨证施护的个体化:根据患者“湿浊内蕴”的证型,予导痰汤加减鼻饲,以健脾益气、化痰降浊,从根源上调整脏腑功能;②协同增效的中医外治法:耳穴压丸选取肾、膀胱穴以益肾固本,配伍心、皮质下穴以醒脑开窍,与西医治疗协同作用,共同促进患者神志的恢复。这种将现代医学的精准干预与传统医学的整体调节相结合的模式,弥补单一疗法的不足,实现1+1>2的治疗效果。

尽管取得理想效果,但本研究仍存在局限性。首先,本研究为单中心单例病例报告,缺乏大样本数据支持,结论的普适性有待进一步验证;其次,未设立对照组,无法客观评估中西医结合护理方案相对于单纯西医护理的额外效益;最后,患者仍在住院观察阶段,随访时间不足3个月,缺乏长期随访数据,该方案对患者远期神经功能恢复及生活质量的影响尚不明确。

本报告的价值在于,它为临床护理实践提供一个中西医结合救治代谢性脑病的成功范例,展示护理工作在复杂病情中的整合与协调能力。它有助于促进中西医结合护理理念在ICU领域的推广,鼓励护理人员掌握并运用中医特色技术,为患者提供更多元化的护理选择。同时,本例也为后续开展相关研究提供思路,例如设计更严谨的随机对照试验来验证特定中医护理技术的有效性。综上所述,对于代谢性脑病这类复杂危重症,采用中西医结合的护理模式,通过多学科协作、个体化施护及人文关怀,能够有效改善患者预后,值得在临床进一步推广与应用。

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] 金鑫, 王燕, 刘斯平, 等. 可逆性后部脑病综合征病理生理学机制[J]. 中国医学影像技术, 2025, 41(3): 404-408.
- JIN X, WANG Y, LIU S P, et al. Pathophysiological mechanism of posterior reversible encephalopathy syndrome[J]. Chin J Med Imag Technol, 2025, 41(3): 404-408. (in Chinese)
- [2] 刘丽君, 李力, 韩秋艳. 参麦注射液治疗慢性阻塞性肺疾病急性发作期患者的效果评价[J]. 吉林大学学报(医学版), 2009, 35(1): 99.
- LIU L J, LI L, HAN Q Y. Effect evaluation of Shenmai injection on patients with acute attack of chronic obstructive pulmonary disease [J]. J Jilin Univ Med Ed, 2009, 35(1): 99. (in Chinese)
- [3] 陈贝, 何天帅, 王雯玉, 等. 从“肾虚-酿毒-伤络”理论和胶质淋巴系统的关系探讨多系统萎缩的辨证论治[J]. 中国医药导报, 2025, 22(32): 121-124, 129.
- CHEN B, HE T S, WANG W Y, et al. Exploration on treatment based on syndrome differentiation of multiple system atrophy from the relationship between the theory of “kidney deficiency-toxin accumulation-collateral injury” and glymphatic system [J]. China Med Her, 2025, 22(32): 121-124, 129. (in Chinese)
- [4] 朱诗琴, 刘新敏, 廖焰, 等. 柴芍多囊饮联合耳穴压丸治疗肾虚肝郁证多囊卵巢综合征的临床疗效及其安全性的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2025, 20(7): 1354-1360.
- ZHU S Q, LIU X M, LIAO Y, et al. Clinical efficacy of Chaishao Duonang decoction combined with auricular acupressure in the treatment of polycystic ovary syndrome with kidney deficiency and Liver stagnation syndrome and effect on safety [J]. World J Integr Tradit West Med, 2025, 20(7): 1354-1360. (in Chinese)
- [5] 朗秋燕, 李艳青, 韦琴. 危重症患者急性皮肤衰竭风险因素及预测工具的研究进展[J]. 广西医学, 2024, 46(5): 619-623.
- LANG Q Y, LI Y Q, WEI Q. Risk factors and prediction tools of critically ill patients with acute skin failure: a research progress [J]. Guangxi Med J, 2024, 46(5): 619-623. (in Chinese)
- [6] 邓小明, 范晓华. 连续性肾脏替代治疗在非肾脏疾病中应用[J]. 国外医学(麻醉学与复苏分册), 2005(1): 52-57.
- DENG X M, FAN X H. Continuous renal replacement therapy in nonrenal disease [J]. Foreign Med Sci Anesth Resusc, 2005(1): 52-57. (in Chinese)
- [7] 杨小岚, 张娟, 李波, 等. 中医集束化护理在ICU重症患者CRRT治疗中的应用评价[J]. 四川中医, 2024, 42(8): 209-213.
- YANG X L, ZHANG J, LI B, et al. Evaluation of the application of Chinese medicine cluster nursing in the treatment of CRRT of ICU patients [J]. J Sichuan Tradit Chin Med, 2024, 42(8): 209-213. (in Chinese)
- [8] 谭玉玲, 徐海英, 王燕, 等. 俯卧位通气在新型冠状病毒感染并低氧血症患者中的效果评价[J]. 重庆医学, 2024, 53(S1): 290-292.
- TAN Y L, XU H Y, WANG Y, et al. Effect evaluation of prone position ventilation in patients with novel coronavirus infection complicated with hypoxemia [J]. Chongqing Med J, 2024, 53(S1): 290-292. (in Chinese)
- [9] 王晓锦, 李争, 李风森. 中药汤剂治疗成人重症肺炎疗效的网状Meta分析[J]. 海南医学院学报, 2024, 30(13): 1002-1018.
- WANG X J, LI Z, LI F S. Network meta-analysis of the efficacy of Chinese herbal decoction in the treatment of adult severe pneumonia [J]. J Hainan Med Univ, 2024, 30(13): 1002-1018. (in Chinese)
- [10] 王雷, 徐萍, 张晓林. 老年危重症患者营养支持[J]. 老年医学与保健, 2024, 30(1): 234-237.
- WANG L, XU P, ZHANG X L. Nutritional support for elderly critically ill patients [J]. Geriatr Health Care, 2024, 30(1): 234-237. (in Chinese)
- [11] 何彬, 杨郑, 蒙斯雅, 等. 家庭参与式多感官刺激对ICU机械通气患者谵妄的影响[J]. 护理学杂志, 2024, 39(14): 27-32.
- HE B, YANG Z, MENG S Y, et al. Effect of family participatory multi-sensory stimulation on delirium in mechanically ventilated ICU patients [J]. J Nurs Sci, 2024, 39(14): 27-32. (in Chinese)
- [12] 马铮铮, 王丽丽, 施小青, 等. 成人非糖尿病肾病移植患者围手术期高血糖管理的最佳证据总结[J]. 现代临床护理, 2024, 23(12): 57-65.
- MA Z Z, WANG L L, SHI X Q, et al. Perioperative management of hyperglycemia in adult non-diabetic kidney transplant recipients: a summary of the best evidence [J]. Mod Clin Nurs, 2024, 23(12): 57-65. (in Chinese)
- [13] 张伟, 陈婧楠, 高颖, 等. 重度颅脑损伤患者早期康复训练的最佳证据总结[J]. 重庆医学, 2025, 54

- (6): 1419–1426, 1434.
- ZHANG W, CHEN J N, GAO Y, et al. Summary of best evidence for the early rehabilitation exercise of patients with severe traumatic brain injury [J]. Chongqing Med, 2025, 54(6): 1419–1426, 1434. (in Chinese)
- [14] 周德生, 谭惠中. 基于毒邪理论辨治神经感染性疾病及代谢性脑病: 中医脑病理论与临床实证研究(七)[J]. 湖南中医药大学学报, 2019, 39(7): 815–821.
- ZHOU D S, TAN H Z. Differentiation and treatment of neurological infectious diseases and metabolic encephalopathy based on the theory of poisonous evil—theoretical and clinical empirical study on TCM encephalopathy (VII) [J]. J Hunan Univ Chin Med, 2019, 39(7): 815–821. (in Chinese)
- [15] 张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 3版. 王云凯, 李福强, 王克宸, 校点. 石家庄: 河北科学技术出版社, 2017: 134.
- [16] 向红伟, 周情, 张景惠, 等. 导痰汤的临床应用研究进展[J]. 中国中医基础医学杂志, 2024, 30(5): 893–897.
- XIANG H W, ZHOU Q, ZHANG J H, et al. Research progress on clinical application of Daotan decoction [J]. J Basic Chin Med, 2024, 30(5): 893–897. (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。