

DOI: 10.12209/CAIM202601060002

· 中西医结合临床案例 ·

穴位注射联合穴位按摩治疗 1 例脾切除术后 胃瘫患者的护理体会

隋红叶, 张莹莹

(威海市中医院 外一科, 山东 威海, 264200)

摘要: 本文总结 1 例脾切除术后继发胃瘫综合征(PGS)患者应用穴位注射联合穴位按摩治疗的护理经验。在常规胃肠减压、肠内肠外营养等治疗基础上,精准实施穴位注射与穴位按摩等中医特色技术,同时落实分阶段营养支持、精细化症状管理与个性化情志调护。经过 14 d 的中西医结合护理干预,有效促进患者胃肠功能恢复,缓解腹胀、恶心等症状,缩短住院时间。

关键词: 胃瘫综合征; 脾切除术; 穴位注射; 穴位按摩; 中西医结合护理

Acupoint Injection Combined with Acupoint Massage in the Nursing of a Patient with Post-Splenectomy Gastroparesis Syndrome

SUI Hongye, ZHANG Yingying

(Department of General Surgery, Weihai Hospital of Traditional Chinese Medicine, Weihai, Shandong, 264200)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of a patient with gastroparesis syndrome (PGS) following splenectomy treated with acupoint injection combined with acupoint massage. Based on conventional interventions such as gastrointestinal decompression and enteral/parenteral nutrition, precision application of Traditional Chinese Medicine (TCM) techniques—including acupoint injection and massage—was implemented. Concurrently, phased nutritional support, meticulous symptom management, and personalized emotional care were provided. After 14 days of integrated TCM-Western nursing interventions, the patient's gastrointestinal function significantly improved, with alleviation of bloating and nausea, alongside reduced hospitalization duration.

KEY WORDS: gastroparesis syndrome; splenectomy; acupoint injection; acupoint massage; integrated TCM-Western nursing

脾切除术(Splenectomy)是脾功能亢进的首选治疗方法,同时也是门静脉高压症的重要治疗手段。对于脾亢患者而言,脾切除术是临床上断流手术的重要组成部分,可有效降低门静脉压力、纠正脾功能亢进,还具有改善肝功能、延缓肝硬化进展、提高患者免疫力及生活质量的作用^[1-2]。根据患者身体状况,传统术式为开腹脾切除术(open splenectomy, OS);随着腹腔镜技术的成熟,腹腔镜脾切除术(laparoscopic splenectomy, LS)的优势日益凸显,已在具备腹腔镜操作经验的医疗团队中有序开展^[3]。

胃瘫综合征(Postsurgical Gastroparesis Syn-

drome, PGS)又称胃瘫,是一种由胃流出道非机械性梗阻因素引发、以胃排空障碍为主要病理特征的胃动力紊乱综合征,临床以胃排空延迟为核心表现,主要症状包括餐后上腹痛、饱胀、恶心、呕吐、食欲下降及体重减轻^[4]。其发生率受手术部位、术式、诊断方法、诊断标准、医师操作经验、医疗中心水平等多种因素影响,国内外文献报道差异较大。Adachi 等研究显示,PGS 发生率可达 4.1%,是腹部术后早期常见并发症^[5]。

脾切除术后,受手术创伤、神经体液调节紊乱、术后炎症反应及生理功能紊乱等因素影响,PGS 时有发生。尽管随着腹腔镜微创技术的普及

收稿日期:2026-01-06

OPEN ACCESS

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

及术中操作精细化,其发生率已有所下降,但仍是脾切除术后需重点识别与管理的并发症之一。该病常导致患者出现腹胀、恶心呕吐、营养摄入障碍,延长住院时间,严重影响患者生活质量与营养状态,增加医疗费用^[6]。PGS的核心病理机制为胃动力紊乱导致的非机械性梗阻,当前诊疗与护理强调多学科协作下的综合管理而非单一手段,现代指南与共识已将中医外治法列为PGS的重要补充或替代治疗选项。本文总结1例应用穴位注射联合穴位按摩治疗的脾切除术后PGS患者的护理经验,现报告如下。

1 病例资料

1.1 一般资料

患者女性,59岁,2025年10月09日因“血小板减少3年余”入院。患者3年余前无明显诱因出现呕血,相关检查提示血小板减少,偶伴头痛、胃胀、干呕、黑便及右侧胁肋部疼痛。既往有肝硬化失代偿期、门静脉高压、脾功能亢进、慢性胆囊炎、2型糖尿病、支气管炎病史,否认药物及食物过敏史。经多学科协作(MDT)讨论,认为患者脾大、脾功能亢进导致贫血、粒细胞减少、血小板减少及食管胃底静脉曲张,临床诊断明确,术前评估无绝对手术禁忌证,于2025年10月13日在全身麻醉联合神经阻滞下行腹腔镜下脾切除术+贲门周围血管离断术(门体静脉断流术),手术过程顺利,术中出血约50 mL,切除标本经家属查看后送病理检查。

1.2 查体

患者体温(T)36.1℃,脉搏(P)78次/min,呼吸(R)17次/min,血压(BP)109/75 mm Hg。腹部平坦,未见肠型及蠕动波,无腹壁静脉曲张,腹软,全腹无明显压痛、反跳痛,肝肋下未触及,左肋弓下可触及脾下极,未触及腹部包块。腹部叩诊呈正常鼓音,移动性浊音阴性,震水音阴性,Murphy征阴性,肠鸣音存在,未闻及血管杂音。肛门及直肠未查。2025年09月17日颅脑+上腹部CT示:左侧基底节区腔隙性脑梗塞;符合肝硬化、门脉高压、脾大表现;胆囊继发性改变;脾内低密度灶、副脾结节,脾周少量积液。中医四诊:望诊见精神良好,神情正常,面色如常,形体适中,步态平稳,舌质淡红,舌体大小适中,舌苔黄厚;闻诊见语声适中,气息平和,无咳嗽咳痰,未闻及特殊气味;问诊见腹胀(食后尤甚,喜温喜按)、纳呆乏味、神疲乏

力,睡眠可,二便调;切诊见脉弦。

1.3 诊断

中医诊断:积聚(脾胃气虚证)。西医诊断:脾功能亢进;食管胃底静脉曲张(LesmiD2RF1);胃排空障碍;血小板减少;粒细胞减少;慢性非萎缩性胃炎伴胆汁反流、急性活动期;贫血;肝硬化失代偿期。脾胃气虚证指脾胃功能减弱、运化无力的证候。“脾”主运化、主统血、主肌肉,为“气血生化之源”。脾脏切除后,作为气血化生核心脏腑之一的功能骤然丧失,直接导致中气亏虚、气血双亏;手术本身耗伤气血,麻醉、禁食及术后用药进一步损伤胃气,导致胃失和降、受纳无权,进而出现胃瘫典型症状。

1.4 治疗

治疗初期予禁饮食、胃肠减压、静脉营养、胰岛素控制血糖及促进胃动力等综合治疗,患者症状未见明显改善。中医辨证:患者神疲乏力、面色少华、脘腹胀满、叩之如鼓、纳差,舌质淡、苔白腻、脉细弱,辨证属“脾胃气虚,中焦痞塞”。因此在常规西医治疗基础上,制定并实施中医特色护理方案,即穴位注射联合穴位按摩。穴位注射选取足三里、胃俞两穴交替进行;穴位按摩选取足三里、中脘、内关、合谷四穴。

患者治疗3 d后,恶心呕吐、胃部胀满等胃瘫不适症状明显改善;治疗5 d后胃管引流量显著减少,引流液颜色由墨绿色胃液逐渐转为清亮,成功拔除胃管;治疗6 d后食欲恢复,胃肠消化功能恢复运转;2025年10月25日患者恢复正常饮食,各项指标达到出院标准。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 基本评估

患者为胃癌根治术后,因进食流质饮食后出现明显腹胀伴恶心、呕吐,诊断为胃瘫综合征(PGS)。患者神志清楚,精神尚可,采用Barthel指数评定量表评估自理能力,得分为40分,判定为重度依赖^[7];采用Morse跌倒风险评估量表(2008版)评估跌倒风险,得分为45分,判定为高跌倒风险^[8];采用营养风险筛查量表NRS-2002评估营养状况,得分为3分,提示存在营养风险^[9];采用焦虑自评量表(SAS)评估心理状态,得分为62分,判定为中度焦虑^[10]。患者生命体征平稳,有家属陪护,心理社会支持系统良好。

2.1.2 胃瘫专项评估

视诊:腹部平坦,未见胃肠型及蠕动波,无腹壁静脉曲张。触诊:腹肌软,上腹部压痛(+)。叩诊:鼓音区缩小,移动性浊音阴性(已排除大量腹水)。听诊:肠鸣音消失。

2.2 护理诊断

胃肠动力障碍:与脾切除术后腹腔神经丛受刺激、胃肠激素紊乱、手术创伤导致胃平滑肌运动功能抑制有关;营养失调:低于机体需要量;焦虑:与术后恢复不顺利、对胃瘫病程及预后认知不足、留置管道带来的躯体不适有关。

2.3 护理计划

针对胃肠动力障碍:采取综合措施缓解胃脘痞满、恶心呕吐症状,包括中医特色护理(穴位注射、穴位按摩)及胃肠减压护理、体位管理等常规护理干预。针对营养失调:初期予肠外营养支持,逐步过渡至肠内营养,根据患者胃肠功能恢复情况,指导其遵循清流质→流质→半流质→软食的饮食进阶原则。针对焦虑情绪:加强心理疏导,主动、耐心倾听患者的担忧与感受,给予共情与支持;根据中医“五音入五脏”理论,可选择宫调乐曲以健脾安神,如《秋湖月夜》《闲居吟》等。

2.4 护理措施

2.4.1 中医特色护理

2.4.1.1 穴位注射

选取足三里、胃俞两穴交替注射,使用1 mL注射器抽取甲硫酸新斯的明注射液0.5 mg(遵医嘱),常规消毒穴位局部皮肤;垂直快速刺入足三里或胃俞穴,提插得气(患者出现酸、麻、胀感)后回抽无血,缓慢注入药液,每侧穴位注入0.25 mg;注射后用无菌棉签轻压局部片刻。穴位注射治疗1次/d,连续治疗5 d。

2.4.1.2 穴位按摩

选取足三里、中脘、内关、合谷四穴进行按摩,于穴位注射间隙期及注射后实施;护士以拇指指腹或掌根按压穴位,力度以患者产生酸、麻、胀感且能耐受为宜;采用点、按、揉相结合的手法,每个穴位按摩3~5 min,2~3次/d;同时指导患者及家属掌握简易按摩手法,便于非治疗时间自行操作。注意事项:严格执行无菌操作;注射前评估患者是否存在新斯的明禁忌症(如心动过缓、哮喘等);注射后密切观察局部有无出血、血肿及过敏反应;穴位按摩时力度适中,避免皮肤损伤。

2.4.2 胃肠减压护理

留置胃管期间,采用鼻翼+面颊“双点固定法”防止胃管脱出或移位;保持负压吸引装置有效连接,每隔1~2 h检查管道通畅性,若引流不畅或停止,可尝试用20~30 mL温生理盐水缓慢冲洗;准确记录每日引流液的颜色、性状及总量,若出现鲜红色/暗红色血性液、脓性液或伴恶臭等异常情况,及时汇报医师;倾倒引流液时严格执行无菌操作,防止交叉感染;病情允许时协助患者取半卧位,以利于呼吸及引流^[11]。

2.4.3 营养与饮食管理

全胃肠外营养(TPN)支持期间,密切监测患者血糖、电解质及肝功能指标;当胃液引流量减少、肠鸣音恢复至3~4次/min时,遵医嘱尝试夹闭胃管,先给予少量温开水(20~30 mL),观察无不适反应后,逐步过渡至清流质、流质饮食,遵循“少量多餐、循序渐进”的原则^[12]。

2.4.4 心理护理与健康教育

经中医情志辨识,患者主导情志为“忧思”,思虑伤脾致气机郁结。护理人员通过沟通访谈,充分了解患者对疾病的认知水平及主要担忧问题,实施个性化调护措施,包括疾病知识科普、阶段性目标设定、注意力转移等。若患者因术后留置导管或活动限制出现心烦易怒情绪,护理人员需耐心解释、详细答疑,根据患者喜好安排收听舒缓音乐;体力允许时指导其进行缓慢室内散步,帮助转移对腹部不适的注意力^[13]。同时鼓励家属参与护理过程,给予患者情感支持。

2.4.5 并发症预防

协助患者每日进行床上四肢活动,病情允许后尽早指导下床慢走,预防深静脉血栓形成及肺部感染;密切监测生命体征及实验室检查结果,及时纠正内环境紊乱。

2.5 护理评价

胃肠功能恢复:患者于干预后第3日首次出现自主肠鸣音,第4日首次经肛门排气,第5日恢复排便,自述腹胀感在干预后72 h内明显减轻。胃引流液变化:胃管引流量显著减少,引流液颜色由墨绿色胃液逐渐转为清亮;干预后第5日,24 h引流量从500 mL降至30 mL,符合拔管指征,成功拔除胃管。经口进食耐受情况:拔管后遵循“清流质→流质→半流质→软食”阶梯式饮食方案,患者未再出现恶心、呕吐、腹胀等不适症状;干预后第5日拔除胃管并改为清流质饮食,第6日过渡至

流质饮食,第8日改为半流质饮食,第10日调整为软食,营养状况逐步改善。心理状态变化:经心理护理与健康教育干预后,患者焦虑情绪显著缓解,焦虑自评量表(SAS)评分为48分,情绪稳定,心理健康状况良好。

3 结果和随访

3.1 疗效评估

患者术后接受中西医结合护理,整个护理周期为12 d,护理过程中每3 d采用胃瘫主要症状指数量表(GCSI)进行1次评估。该量表涵盖恶心、胃脘部胀满、呕吐、干呕、食欲差、进餐无法满足正常需求量、餐后饱胀感、胃部或腹部增大明显及腹部胀满肿大9项症状,每项症状按严重程度分为0级(无症状)至5级(极重度症状),对应赋值0~5分,分值越高提示症状越严重。评估结果显示,患者肠鸣音于3 d后恢复正常,第5天拔除胃管,第6天无腹胀、恶心等不适,第10天恢复正常饮食,量表评分详见表1。

表1 胃瘫主要症状指数量表 分

症状	第3天	第6天	第9天	第12天
恶心	2	0	0	0
胃脘部胀满	3	0	0	0
呕吐	2	0	0	0
干呕	2	0	0	0
食欲差	3	2	1	0
进餐无法满足正常需求量	4	3	1	0
餐后饱胀感	3	2	1	0
胃部或腹部增大明显	2	1	0	0
腹部胀满肿大	3	0	0	0
总分	24	8	3	0

3.2 随访

患者出院1周后进行电话随访,主诉无呃逆、腹胀、恶心呕吐等不适症状,伤口恢复良好。护理人员同时询问患者康复后的日常饮食、用药情况,并针对饮食、用药、起居及运动等方面给予健康指导。

4 讨论

脾切除术后胃瘫综合征(PGS)是一种常见且极具挑战性的并发症,主要表现为胃排空延迟、腹胀、恶心及呕吐等症状,不仅严重影响患者生活质量,还可能导致营养摄入不足、体重下降,甚至延长住院时间。PGS的核心病理为胃动力紊乱而非机械性梗阻,因此护理目标以恢复胃肠蠕动功能

为主。常规护理措施(如胃肠减压、营养支持)虽为基础,但存在被动性与局限性;而中医外治法历史悠久,属于绿色自然疗法,在本病管理中具有独特疗效优势。

本病例中,患者因手术损伤耗伤气血,导致中气亏虚、运化无力;同时手术创伤与情志因素引发气机郁滞、胃失和降,属于中医“胃反”“痞满”范畴,病因为脾胃受损、胃失和降、脾失健运,治疗当以“和胃降逆、健脾化湿、行气消痞除满”为原则^[14]。通过穴位注射联合穴位按摩干预,有效缓解患者腹胀、恶心等症状,促进胃肠功能恢复,充分体现中医护理在术后并发症管理中的独特价值。

但作为单一病例研究,结果受患者个体差异、病情严重程度、护理操作手法等多种因素影响,难以直接外推至所有脾切除术后PGS患者;疗效评价以临床症状改善为主,证据强度有限;中医外治法的具体作用路径仍处于探索阶段,尚缺乏分子机制层面的研究支撑。尽管如此,本病例报告仍具有明确的临床价值与护理学意义,其一,系统呈现中医外治法在PGS护理中的完整辨证思路与操作流程,为临床护士提供了可复制的实践范例;其二,强调将中医整体观与辨证施护理念融入术后快速康复外科路径,推动中西医结合护理模式的落地实施;其三,通过详实的疗效观察与反思,为后续开展大样本研究、制定标准化护理方案提供了重要参考。在精准医学与个体化护理并重的时代背景下,个案报告虽证据层级有限,但其对复杂临床问题的真实呈现与深入思考,仍是构建高级别证据链不可或缺的基础环节。

穴位注射又称“水针疗法”,是指将适量药液注入人体特定穴位、痛点或反应点,通过针刺刺激、药物药理作用及经络穴位传导的多重协同效应,达到防治疾病目的的一种治疗方法。本病例中,我科选取甲硫酸新斯的明行穴位注射,该药对胃肠道平滑肌具有较强兴奋作用,可加快胃肠道功能恢复^[15]。结合辨证结果,选取足三里与胃俞两穴交替注射,足三里为足阳明胃经合穴、下合穴,具有补中益气、通经活络之效;胃俞为足太阳膀胱经穴,是胃的背俞穴,为胃腑精气在背部的反应点与治疗点,可和胃健脾、理中降逆。两穴前后呼应、阴阳相配,兼具通降与受纳之功,共奏标本兼治之效。

穴位按摩又称“指针疗法”或“点穴疗法”,是

指以手(主要为手指、手掌)或辅助工具,在人体特定经络穴位上施加一定压力、手法与技巧,通过刺激穴位、疏通经络,调节脏腑气血功能,从而达到防病治病、保健康复目的的物理疗法。本案例中,结合辨证选取足三里、中脘、内关、合谷四穴进行按摩:足三里为足阳明胃经合穴、下合穴,可补中益气、通经活络;中脘为任脉穴、胃之募穴,能理气和胃、消胀除满;内关为手厥阴心包经络穴、八脉交会穴(通阴维脉),可宽胸理气、疏通中上焦郁结;合谷为手阳明大肠经原穴,能通降逆气、辅助改善腑气不通。以上穴位联合应用,既能标本同治,又可脏腑通调;同时作为穴位注射的延续治疗,在注射发挥强效启动作用后,每日多次的穴位按摩可温和、持续地维持经络刺激,巩固疗效,与穴位注射形成协同效应^[16]。

综上所述,本案例充分发挥中医药特色护理技术优势,应用穴位注射联合穴位按摩治疗脾切除术后继发胃瘫综合征效果显著,不仅有助于缩短病程,还能加快胃排空功能恢复。该方法可减轻患者痛苦,且安全可靠,是一种值得推荐的有效干预手段,值得临床推广应用。

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] ZHU Q, CHEN D S, LOU Y C, et al. Baseline ALBI grade predicts benefits after splenectomy for cirrhotic patients with hypersplenism[J]. *J Gastrointest Surg*, 2023, 27(6): 1130-1140.
- [2] ZENG D B, DI L, ZHANG R C, et al. The effect of splenectomy on the reversal of cirrhosis: a prospective study[J]. *Gastroenterol Res Pract*, 2019, 2019: 5459427.
- [3] 向俊西, 张安澎, 吕毅, 等. 腹腔镜脾切除术的技术发展及并发症的处理[J]. *腹腔镜外科杂志*, 2017, 22(8): 627-630.
XIANG J X, ZHANG A P, LV Y, et al. Technical development of laparoscopic splenectomy and management of complications[J]. *J Laparosc Surg*, 2017, 22(8): 627-630. (in Chinese)
- [4] 杨丽惠, 田桢, 周天, 等. 中医外治法治疗消化道肿瘤术后胃瘫综合征研究进展[J]. *中华中医药杂志*, 2021, 36(2): 947-950.
YANG L H, TIAN Z, ZHOU T, et al. Research progress on treatment of postsurgical gastroparesis syndrome after gastrointestinal cancer surgery with traditional Chinese medicine[J]. *China J Tradit Chin Med Pharm*, 2021, 36(2): 947-950. (in Chinese)
- [5] 秦新裕, 楼文晖. 进一步重视外科质量控制[J]. *中国实用外科杂志*, 2016, 36(1): 4-5, 18.
QIN X Y, LOU W H. High standard surgical quality control will maintain the continuous development of surgery[J]. *Chin J Pract Surg*, 2016, 36(1): 4-5, 18. (in Chinese)
- [6] 魏旭. 腹部手术后胃瘫综合征的诊治分析[J]. *中国医药指南*, 2019, 17(9): 70-71.
WEI X. Diagnosis and treatment of gastroparesis syndrome after abdominal surgery[J]. *Guide China Med*, 2019, 17(9): 70-71. (in Chinese)
- [7] 邹瑜聪, 林炜明, 周静, 等. 非医疗专业护工使用 Barthel 指数评估脑卒中患者日常生活活动能力的可行性分析[J]. *中国医药导报*, 2024, 21(13): 120-124.
ZOU Y C, LIN W M, ZHOU J, et al. Feasibility analysis of non-medical caregivers using the Barthel index for scoring activities of daily living of stroke patients[J]. *China Med Her*, 2024, 21(13): 120-124. (in Chinese)
- [8] 李九红, 陈婷, 黄伶俐, 等. 3种跌倒风险评估工具对养老机构中老年人跌倒风险的预测价值比较[J]. *护理研究*, 2024, 38(13): 2296-2301.
LI J H, CHEN T, HUANG L Z, et al. Comparison of predictive value of three fall risk assessment tools among middle-aged and elderly people in nursing facilities[J]. *Chin Nurs Res*, 2024, 38(13): 2296-2301. (in Chinese)
- [9] 陈雨, 顾婕, 丁兰萍, 等. 肠外营养精细化用药规则设置及效果评价[J]. *中国药房*, 2025, 36(20): 2588-2592.
CHEN Y, GU J, DING L P, et al. Fine setting and effect evaluation of parenteral nutrition refined medication rules[J]. *China Pharm*, 2025, 36(20): 2588-2592. (in Chinese)
- [10] 张士变, 李晓燕, 张俊梅, 等. 相依关系在脑卒中患者焦虑情绪与生存质量间的中介作用[J]. *联勤军事医学*, 2024, 38(2): 120-124, 132.
ZHANG S B, LI X Y, ZHANG J M, et al. Mediating effects of mutuality between anxiety and quality of life in stroke patients[J]. *Mil Med Jt Logist*, 2024, 38(2): 120-124, 132. (in Chinese)
- [11] 李宏博. 循证护理在急性重症胰腺炎护理中对并发症的影响: 评《实用急危重症护理技术规范》

- [J]. 中国临床研究, 2025, 38(10): 1625.
- LI H B. Influence of evidence-based nursing on complications in nursing of acute severe pancreatitis: comment on “practical technical specification for critical care” [J]. Chin J Clin Res, 2025, 38 (10): 1625. (in Chinese)
- [12] 陈莉明, 陈伟, 陈燕燕, 等. 成人围手术期血糖监测专家共识[J]. 中国糖尿病杂志, 2021, 29(2): 81-85.
- CHEN L M, CHEN W, CHEN Y Y, et al. Expert consensus on perioperative blood glucose monitoring in adults [J]. Chin J Diabetes, 2021, 29 (2): 81-85. (in Chinese)
- [13] 赵静, 魏靖杰. 快速康复外科护理联合情志干预在急性阑尾炎腹腔镜阑尾切除术患者中的应用效果[J]. 中国社区医师, 2025, 41(24): 133-135.
- ZHAO J, WEI J J. Application effect of enhanced recovery after surgery nursing combined with emotional intervention in patients undergoing laparoscopic appendectomy for acute appendicitis [J]. Chin Community Dr, 2025, 41(24): 133-135. (in Chinese)
- [14] 张博, 赵刚, 钟先鸿. 胃癌术后胃瘫综合征患者中医证素分布规律与胃瘫症状严重程度(分级)相关性的研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2023, 18(7): 1386-1390.
- ZHANG B, ZHAO G, ZHONG X H. Distribution pattern of TCM syndrome elements and correlation with the severity (grading) of gastroparesis symptoms in PGS patients with gastric cancer [J]. World J Integr Tradit West Med, 2023, 18(7): 1386-1390. (in Chinese)
- [15] 张浩, 张熹玮, 蒋海锋, 等. 穴位注射新斯的明用于胃癌腹腔镜根治术后快速康复管理中的价值[J]. 医学临床研究, 2023, 40(7): 979-983.
- ZHANG H, ZHANG X W, JIANG H F, et al. Value of acupoint injection of neostigmine in the rapid recovery management of gastric cancer laparoscopic radical surgery [J]. J Clin Res, 2023, 40(7): 979-983. (in Chinese)
- [16] 王超超, 魏成红, 宫婷, 等. 穴位贴敷联合穴位按摩治疗在妇科腹腔镜患者术后的应用分析[J]. 潍坊医学院学报, 2024, 46(3): 172-175.
- WANG C C, WEI C H, GONG T, et al. Application analysis of acupoint application combined with acupoint massage in postoperative gynecological laparoscopic patients [J]. Acta Acad Med Weifang, 2024, 46(3): 172-175. (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。