

DOI: 10.12209/CAIM202601050001

· 中西医结合临床案例 ·

# 中医护理技术协同应用干预 1 例 急性肠梗阻重症患者的护理体会

郑乃花, 宋艺炜

(北京中医药大学东方医院 重症医学科 ICU, 北京, 100078)

**摘要:** 本文汇报 1 例急性肠梗阻重症患者采用中医护理技术协同干预的护理体会。在西医常规护理基础上, 通过协同应用中医护理技术, 以健脾益气、活血通络及理气通腑为核心干预原则, 有效缓解患者腹痛腹胀症状, 实现腹压降低、腹围缩小、肠蠕动恢复及自主排便排气, 最终患者病情稳定, 顺利转出 ICU 继续后续治疗。研究表明, 中医护理技术协同应用于肠梗阻患者效果显著, 且具有操作简便、患者舒适度高优势, 值得临床推广借鉴。

**关键词:** 肠梗阻; 中药保留灌肠; 中药膏摩; 中药鼻饲; 个案护理

## Nursing Experience of Collaborative Application of Traditional Chinese Medicine Nursing Techniques in the Care of a Severe Acute Intestinal Obstruction Patient

ZHENG Naihua, SONG Yiwei

(Department of Critical Care Medicine, Dongfang Hospital Beijing University of  
Chinese Medicine, Beijing, 100078)

**ABSTRACT:** This article reports the nursing experience of a severe case of acute intestinal obstruction treated with synergistic intervention of Traditional Chinese Medicine (TCM) nursing techniques. On the basis of conventional Western nursing care, the coordinated application of TCM nursing techniques—centered on the principles of strengthening the spleen and replenishing qi, activating blood circulation and dredging collaterals, and regulating qi to relieve fu-organ stagnation—effectively alleviated the patient's abdominal pain and distension, achieved reduced intra-abdominal pressure, decreased abdominal circumference, restored intestinal peristalsis, and spontaneous defecation/flatulence. Ultimately, the patient's condition stabilized, enabling successful transfer from the ICU for continued treatment. The study demonstrates that the synergistic application of TCM nursing techniques in intestinal obstruction patients yields significant outcomes, with advantages such as operational simplicity and high patient comfort, warranting clinical promotion.

**KEY WORDS:** intestinal obstruction; TCM retention enema; TCM ointment rubbing; TCM nasal feeding; Case-based nursing

肠梗阻 (intestinal obstruction) 是临床常见急腹症, 主要因肠内容物通行受阻引发, 可导致患者肠道形态与功能异常改变, 伴随一系列急性临床症状, 严重时可危及生命<sup>[1]</sup>。该病具有起病急、进展快且易反复发作的特点, 临床表现以腹痛、恶心、呕吐及腹胀为主, 严重者可出现休克甚至死亡<sup>[2]</sup>。有研究显示, 肠梗阻病死率为 10%, 且呈逐

年上升趋势<sup>[3]</sup>。

西医临床治疗以保守方案为首选, 主要包括胃肠减压、维持内环境稳定及营养支持, 必要时联合抗生素治疗; 若出现肠绞窄、肠穿孔等危急并发症, 则需及时行手术干预。手术虽可快速解除梗阻, 但会增加肠组织损伤风险, 术后易发生再次粘连, 进而升高梗阻复发概率, 形成“梗阻—手术—

收稿日期: 2026-01-05

基金项目: 丰台区卫生健康系统科研项目: 基于“TIME-H”伤口管理模型的中药涂药技术在失禁相关性皮炎中的疗效研究 (2025-018)

OPEN ACCESS

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

粘连—再梗阻”的恶性循环<sup>[4]</sup>。

近年来,随着中医适宜技术的推广应用,中医药在肠梗阻治疗中展现出良好疗效,多技术协同应用的叠加效应逐渐受到临床关注。本科室于2025年05月08日收治1例急性肠梗阻重症患者,通过中药保留灌肠、中药膏摩及中药鼻饲技术协同干预,患者腹痛腹胀症状缓解,肠蠕动恢复,自主排便排气功能恢复,经7 d治疗护理后病情稳定,顺利转出ICU,现将案例报告如下。

## 1 病例资料

### 1.1 一般资料

患者女性,88岁,主因“下腹部疼痛伴停止排气、排便5 d”于2025年05月08日由门诊以“肠梗阻”收入院。入院症见:神志清楚,精神状态良好。既往史:高血压病史30余年,最高血压150/90 mm Hg,自述服药控制良好;7年前因不明原因发热住院,后自行好转;住院期间有输血史。否认药物及食物过敏史。

### 1.2 查体

体格检查:体温(T)36.8℃,脉搏(P)78次/min,呼吸(R)18次/min,血压(BP)141/70 mm Hg。全腹韧,左下腹、麦氏点均有轻度压痛,全腹叩诊鼓音,肠鸣音未闻及。舌淡红,苔厚腻,脉弦细。心脏超声提示心力衰竭。入院后行结肠镜检查,术中经结肠镜抽吸肠道积气积液,因病情危重转入ICU进一步治疗。实验室检查结果:C反应蛋白(CRP)25.2 mg/L,白细胞计数 $7.86 \times 10^9/L$ ,血钾3.17 mmol/L,血钠133.1 mmol/L,胃内容物隐血试验阳性,N末端脑利钠肽前体(NT-proBNP)6534 pg/mL,降钙素原(PCT)0.064 ng/mL,白细胞介素-6(IL-6)65.7 pg/mL,白蛋白39.23 g/L。

### 1.3 诊断

中医诊断:肠结(痰气互结证)。西医诊断:急性肠梗阻,高血压病1级(中危组),心力衰竭,心脏瓣膜病,心包积液,腹腔积液,胸腔积液,肺动脉高压,应激性溃疡伴出血,电解质紊乱(低钾血症、低钠血症),低蛋白血症,便秘。

### 1.4 治疗及转归

入科后予禁食水、胃肠减压;常压高流量吸氧(氧浓度40%);头孢唑肟联合奥硝唑抗感染,盐酸氨溴索化痰,谷胱甘肽保肝,泮托拉唑抑酸护胃,同时予补液、补充白蛋白、适当补钾以维持内环境稳定。2025年05月09日,行内镜下经肛门留置

肠梗阻引流导管,接负压鼓持续引流;同时予中药灌肠1次/d,以理气通腑。2025年05月12日,患者腹部胀满感较前明显减轻,触诊腹软,可闻及肠鸣音,腹压较前下降,自主排气、排便恢复,遂暂停胃肠减压,予糖水试餐以逐步开放胃肠道;中医予中药口服配合膏摩外用。2025年05月14日,患者病情稳定,拔除肠梗阻引流导管,转出ICU至普外科病房继续治疗。

## 2 护理

### 2.1 护理评估

#### 2.1.1 疾病严重程度及生活自理能力评估

患者为高龄急性肠梗阻患者,腹痛腹胀症状导致日常生活能力受限。采用急性生理与慢性健康状况评分系统II(APACHE II)<sup>[5]</sup>评分为8分,该评分由急性生理学指标(12项)、年龄校正评分及慢性健康状况校正3部分组成,总分范围0~71分,分值越高提示病情越严重;采用日常生活能力评定Barthel指数量表评分为10分,提示患者日常生活重度依赖他人照护。

#### 2.1.2 临床症状评估

患者左下腹及麦氏点均有轻度压痛,采用数字疼痛评分量表(NRS)评估疼痛程度。NRS量表<sup>[6]</sup>于1976年提出,总分10分,要求意识清楚、认知能力正常的患者根据0(无痛)至10(最剧烈疼痛)的标准自评疼痛强度,其中1~3分为轻度疼痛、4~7分为中度疼痛、8~10分为重度疼痛。该患者NRS评分为3分,属于轻度疼痛。

根据《重症患者腹内高压监测与管理专家共识(2020版)》<sup>[7]</sup>,静息状态下正常腹内压范围为0~5 mm Hg,腹内高压严重程度分为4级,I级12~15 mm Hg、II级16~20 mm Hg、III级21~25 mm Hg、IV级>25 mm Hg。该患者监测腹内压(IAP)为30cmH<sub>2</sub>O(约22.1 mm Hg),属于III级腹内高压。患者腹部胀满,全腹叩诊鼓音,测得腹围为81 cm;胃肠蠕动功能差,肠鸣音未闻及。

### 2.2 护理诊断

①急性疼痛:与肠内容物积存、肠腔梗阻无法及时排出有关;②体液不足:与病情需禁食、胃肠减压导致液体丢失有关;③气体交换受损:与肺泡-微血管氧合功能障碍有关;④自理能力缺陷:与高龄、疼痛导致日常生活不能自理有关。

### 2.3 护理计划

结合护理评估、护理诊断结果及患者诊疗方

案,制定如下护理计划:①严密监测患者生命体征,密切观察腹痛腹胀症状变化,持续胃肠减压联合肠梗阻导管引流,确保引流通畅;②发挥中医护理技术协同作用,遵医嘱予中药灌肠、中药膏摩联合中药鼻饲,以达到健脾益气、活血通络及理气通腑的治疗目的;③遵医嘱实施补液治疗,维持有效血容量;④抬高床头 $>30^{\circ}$ ,保持呼吸道通畅;⑤维持病房温湿度适宜,做好患者日常生活护理。

## 2.4 护理措施

### 2.4.1 常规护理

①严密观察腹痛腹胀、恶心呕吐症状变化,必要时遵医嘱用药;密切监测胃肠减压引流液的颜色、性状及量,保持引流管通畅;观察患者排气排便恢复情况,准确记录排便量。②肛周预防性涂抹油性皮肤保护剂,排便后及时清洁肛周皮肤,预防浸渍性皮炎发生。③保持床单位整洁干燥,便后及时更换污染被服。④主动安慰鼓励患者,向其讲解疾病病因病机,协助患者树立战胜疾病的信心。

### 2.4.2 中医特色护理

#### 2.4.2.1 中药保留灌肠

患者高龄脾胃亏虚,运化失司致气血生化乏源,胃肠失于濡养;气为血之帅,血为气之母,气虚无力行血、血虚无力行气,日久气滞血瘀阻于肠腑,故见腹胀、停止排气排便;结合舌暗、苔白腻、脉细滑,辨证为脾胃亏虚、气血瘀滞与腑气不通。遵医嘱予中药灌肠以理气通腑,灌肠方剂为炙甘草 15 g、麸炒枳实 15 g、红花 15 g、燀桃仁 15 g、白芍 30 g、姜厚朴 15 g、桂枝 15 g、木香 15 g、醋青皮 15 g、大黄 30 g、白术 15 g、茯苓 15 g 及虎杖 30 g, 1 次/d, 连续灌肠 3 d。操作方法:协助患者取左侧卧位,臀下垫中单,抬高臀部 10 cm;药液温度控制在  $39\sim 41^{\circ}\text{C}$ ,灌肠袋液面距肛门 $\leq 30\text{ cm}$ ,肛管插入肛门 10~15 cm 后缓慢滴入药液,药液保留 15~20 min。操作前做好用物准备,充分沟通取得患者信任与配合;操作中注意药液温度适宜,保护患者隐私,控制灌肠速度,同时监测患者生命体征及感受,如有不适及时告知医师;操作后若患者排便,及时清洁肛周皮肤、更换污染衣物,密切观察腹痛腹胀缓解情况及肠蠕动恢复情况。

#### 2.4.2.2 中药膏摩

中药膏摩是将按摩手法与药物治疗相结合的中医外治技术,以特制药膏为介质,通过按摩促进药物经皮肤吸收<sup>[8]</sup>。膏摩疗法历史悠久,《五十二

病方》与《圣济总录》中均有记载,如《圣济总录》提出“摩之别法,必与药俱”<sup>[9]</sup>,目前已成为临床广泛应用的特色外治疗法<sup>[10]</sup>。操作流程:①操作前评估患者病情并核对信息,向患者解释操作目的及注意事项;②药膏制备:将中药粉与料酒、香油等介质充分调匀成膏状;③皮肤准备:用温水清洁操作部位皮肤,去除污垢以利药物吸收;④涂抹药膏:取适量药膏均匀涂抹于患处,厚度约 0.5 mm,范围略大于病痛区域;⑤按摩手法:根据病情选择适宜手法,如推摩法(手掌或手指沿经络走向缓慢推擦,力度轻柔以促进药膏渗透)、揉摩法(指腹或掌根顺时针揉动,力度由轻到重以缓解肌肉紧张)及点按法(指端点按穴位以增强药效);⑥操作时间:10~15 min/次,以皮肤微微发红、有温热感为宜。本病例所用膏摩处方为姜厚朴 1.88 g、全蝎 4.41 g、醋香附 3.75 g、木香 11.54 g、干姜 2.5 g、肉桂 2.73 g、北细辛 2.73 g、炒枳壳 5 g 及丁香 4.76 g, 1 次/d, 连续治疗 2 d, 以理气通腑。操作时注意控制按摩力度,避免损伤皮肤,操作后密切观察肠蠕动恢复情况及腹痛腹胀缓解情况。

#### 2.4.2.3 中药鼻饲

遵医嘱予健脾益气、活血通络及理气通腑类中药经胃管鼻饲,2次/d,连续2d,以调节胃肠功能、促进胃肠动力恢复。方剂为姜厚朴 15 g、麸炒白术 15 g、紫苏梗 10 g、前胡 10 g、大黄 15 g、白术 30 g、黄芪 30 g、浙贝母 10 g、麸炒枳实 15 g、山药片 30 g、燀桃仁 10 g、虎杖 30 g、木香 15 g、醋莪术 10 g 及瓜蒌 30 g。药材经净制除杂后,按质地切制为片、段等规格,文火炒制后武火煮沸,分装备用。鼻饲操作注意事项:药液温度以接近体温为宜,过冷易诱发肠道痉挛,过热可能灼伤消化道黏膜;操作时抬高患者床头,密切观察反应,若出现呛咳、恶心、呕吐等症状立即停止操作,严防误吸;鼻饲后观察患者有无药物不良反应,如皮疹、瘙痒及呼吸困难等过敏表现。

## 2.5 护理评价

经治疗,患者相关临床症状得到改善,具体如下:①患者腹痛症状完全消退,数字疼痛评分量表(NRS)评分降至 0 分;②监测腹内压(IAP)为 12 cm H<sub>2</sub>O(换算公式:1 mm Hg $\approx$ 1.36 cm H<sub>2</sub>O),较治疗前明显降低;③测量腹围为 77 cm,较治疗前明显缩小;④肠蠕动功能恢复,听诊肠鸣音 2~3 次/min;⑤肠腔内积存内容物逐渐排出,排便量增多;⑥急性生理学及慢性健康状况评分系统 II

(APACHE II)评分降至6分,提示病情严重程度降低;⑦日常生活能力评定 Barthel 指数量表评分升至20分,提示生活自理能力较前改善。经西医常规治疗联合中医护理技术协同干预后,患者肠梗阻症状明显缓解,梗阻性炎症得到有效控制,实验室检查中C反应蛋白(CRP)指标显著降低,详见图1,排便量变化见图2。

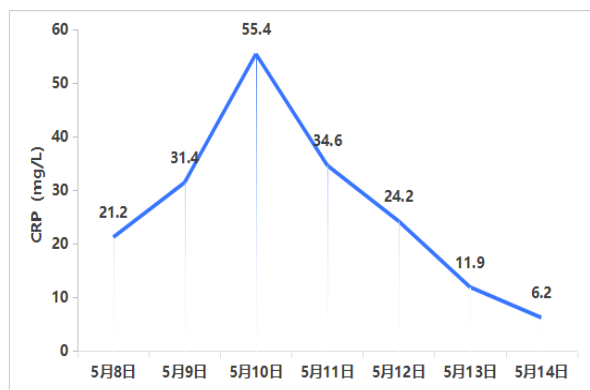


图1 感染指标改善情况

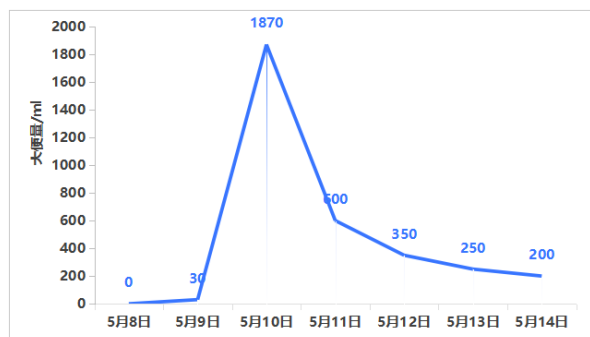


图2 排便量

### 3 结果和随访

经中西医结合治疗与护理干预后,患者肠梗阻症状明显缓解,肠腔积存内容物顺利排出,腹痛腹胀症状消失,腹压降低、腹围缩小,肠蠕动功能逐渐恢复;急性生理学及慢性健康状况评分系统 II (APACHE II)评分降低,日常生活能力评定 Barthel 指数量表评分较前升高;梗阻性炎症得到有效控制,炎性指标下降。经过6 d的ICU治疗护理,患者病情平稳,转至普外科病房继续治疗。转出后第3天,主管护士至外科病房随访,患者主诉排便恢复正常,无腹痛腹胀不适,精神状态良好,治疗态度乐观,对康复充满信心。

### 4 讨论

#### 4.1 中医护理技术协同干预的协同增效机制

中药保留灌肠、中药膏摩与中药鼻饲三种中

医护理技术,通过“中灌肠道、外摩经络、上饲脾胃”的多途径协同作用,构建起立体化、多层次的干预模式,充分体现中医“整体观念、辨证施护”的特色优势。中药保留灌肠将大黄等通里攻下类中药方剂直接注入肠道,药物不经肝脏首过代谢即可快速吸收,通过局部渗透作用软化粪便、解除肠管痉挛,促进肠内容物排出,有效缓解肠腔梗阻<sup>[11]</sup>。中药膏摩以行气导滞、活血化瘀类中药膏剂为介质,通过特定手法在腹部神阙、天枢、关元等穴位及经络循行部位进行摩揉推按,一方面经透皮吸收使药物成分直达病所,另一方面借手法刺激激发经气运行,调节胃肠气机<sup>[12]</sup>。中药鼻饲则通过鼻胃管将健脾和胃、降逆止呕类中药汤剂直接送入胃内,经胃黏膜吸收后调节胃肠激素分泌,促进消化液生成与胃肠蠕动<sup>[13]</sup>。三种技术形成闭环式干预,中药膏摩激发经气、疏通经络,为中药灌肠和鼻饲的药效发挥创造有利条件;中药灌肠直接作用于病变部位,快速解除肠道梗阻;中药鼻饲从整体出发调节脏腑功能,三者相辅相成,共同促进肠道气机通畅,实现标本兼治的协同效应,较单一疗法更能有效缓解肠梗阻症状,加速患者康复进程。

#### 4.2 中医护理技术对急性肠梗阻重症患者的临床价值

本案例中,中医护理技术的协同应用有效减轻患者疼痛程度,降低恶心、呕吐等不适症状的发生频率,促进胃肠功能快速恢复,缩短患者住院时间,减少住院费用。同时,中医护理技术操作相对简便、安全性高,避免了大量使用抗生素及其他药物可能带来的不良反应,降低患者的耐药风险,对患者机体的整体恢复具有积极意义。这表明中医护理技术在急性肠梗阻重症患者的综合治疗与护理中,可作为重要的辅助手段,有助于提高临床治疗效果和患者生活质量。

#### 4.3 中医护理技术协同应用对护理模式创新的启示

传统西医护理在急性肠梗阻重症患者的照护中,主要围绕病情观察、基础护理及对症处理。而本案例中中医护理技术的协同应用,拓展了护理工作的内涵与外延,将中医理论与现代护理理念相结合,形成中西医结合的特色护理模式。这种模式不仅丰富护理干预手段,还充分发挥中医护理在调理机体、促进康复方面的独特优势,为患者提供更加全面、个性化的护理服务,提升护理工作

的专业性和有效性,为临床护理模式的创新发展提供新思路和实践经验。

急性肠梗阻患者病情危重、恢复缓慢、并发症风险较高,本病例通过中医技术的协同应用取得了良好的治疗护理效果,但仍存在一定局限性,首先,研究仅为单一个案,缺乏大样本、多中心的临床研究验证,结果的普遍性和可靠性有待进一步提高;其次,中医护理技术的操作规范、中药方剂的个性化调整等方面,仍需进一步标准化和规范化。未来,应开展更多高质量的临床研究,深入探讨中医护理技术协同应用的最佳方案、适用人群及作用机制,同时加强中医护理技术的规范化培训,提高护理人员的专业水平,促进中医护理技术在急性肠梗阻等急危重症患者护理中的广泛应用与推广,为患者提供更优质、高效的护理服务。

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] 任起梦,刘钊,娄嘉豪,等. DSA 引导的经减压孔快速交换法置入经鼻型肠梗阻导管[J]. 介入放射学杂志, 2021, 30(11): 1154-1156.  
REN Q M, LIU Z, LOU J H, et al. DSA-guided transnasal insertion of intestinal obstruction tube via decompression hole with rapid catheter-wire exchange technique [J]. J Interv Radiol, 2021, 30(11): 1154-1156. (in Chinese)
- [2] 黄湘俊,刘建红,黄浩强,等. DSA 引导下经鼻型肠梗阻导管置入术治疗复杂性肠梗阻适宜技术的临床疗效[J]. 中国现代手术学杂志, 2023, 27(6): 439-443.  
HUANG X J, LIU J H, HUANG H Q, et al. Clinical effect of DSA-guided transnasal ileus tube implantation appropriate techniques for complicated intestinal obstruction patients [J]. Chin J Mod Oper Surg, 2023, 27(6): 439-443. (in Chinese)
- [3] KHOSRAVI F, FERREDOONI-MOGHADAM M, MEHRABI T, et al. The effect of a spirituality-based program on stress, anxiety, and depression of caregivers of patients with mental disorders in Iran [J]. J Relig Health, 2022, 61(1): 93-108.
- [4] 冯睿智,周建伟. 基于周建伟教授“腧穴证治”理论治疗肠梗阻验案举隅[J]. 成都中医药大学学报, 2025, 48(3): 66-69.  
FENG R Z, ZHOU J W. Professor Zhou Jianwei's clinical experience in treating intestinal obstruction based on acupoint syndrome differentiation theory [J]. J Chengdu Univ Tradit Chin Med, 2025, 48(3): 66-69. (in Chinese)
- [5] JERUMS G, PANAGIOTOPOULOS S, PREMARATNE E, et al. Integrating albuminuria and GFR in the assessment of diabetic nephropathy [J]. Nat Rev Nephrol, 2009, 5(7): 397-406.
- [6] HAWKER G A, MIAN S, KENDZERSKA T, et al. Measures of adult pain: visual analog scale for pain (VAS pain), numeric rating scale for pain (NRS pain), McGill pain questionnaire (MPQ), short-form McGill pain questionnaire (SF-MPQ), chronic pain grade scale (CPGS), short form-36 bodily pain scale (SF-36 BPS), and measure of intermittent and constant osteoarthritis pain (ICOAP) [J]. Arthritis Care Res, 2011, 63 (Suppl 11): S240-S252.
- [7] 中国腹腔重症协作组. 重症患者腹内高压监测与管理专家共识(2020版)[J]. 中华消化外科杂志, 2020, 19(10): 1030-1037.  
Chinese Collaborative Group for Critical Cases in Abdominal Surgery. Expert consensus on monitoring and management of intra-abdominal hypertension in severe patients (2020 edition) [J]. Chin J Dig Surg, 2020, 19(10): 1030-1037. (in Chinese)
- [8] 王瑛,张小罗,姜仙君,等. 经筋刺法与中药膏摩法联合常规康复训练治疗脑卒中后 I 期肩手综合征临床研究[J]. 新中医, 2024, 56(14): 163-169.  
WANG Y, ZHANG X L, JIANG X J, et al. Curative effect of meridian acupuncture combined with Chinese herbal ointment rubbing for Stage I Post-stroke shoulder-hand syndrome [J]. J New Chin Med, 2024, 56(14): 163-169. (in Chinese)
- [9] 汪英杰,陈源,阳耀,等. 基于经筋理论针刀联合中药膏摩治疗胸背肌筋膜炎的临床研究[J]. 山西中医药大学学报, 2024, 25(2): 186-190.  
WANG Y J, CHEN Y, YANG Y, et al. Clinical study on the treatment of thoracic and dorsal myofascitis with acupotomy and Chinese herbal ointment based on Jingjin theory [J]. J Shanxi Univ Chin Med, 2024, 25(2): 186-190. (in Chinese)
- [10] 童亭亭,尤敏,张闻东,等. 益气活血中药膏摩治疗脑卒中后气虚血瘀型 I 期 SHS 的临床效果[J]. 保健医学研究与实践, 2024, 21(4): 101-106.  
TONG T T, YOU M, ZHANG W D, et al. Rehabilitation effects of qi-invigorating and blood-activating TCM ointment rubbing on stage I post-stroke

- SHS with qi deficiency and blood stasis syndrome [J]. *Health Med Res Pract*, 2024, 21 (4) : 101-106. (in Chinese)
- [11] 郭耀荣, 黄学宽. 中药灌肠治疗急性胰腺炎麻痹性肠梗阻的应用[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2024(6).
- GUO Y R, HUANG X K. Application of Traditional Chinese Medicine Enema in the Treatment of Paralytic Intestinal Obstruction Caused by Acute Pancreatitis [J]. *World Latest Medical Information Abstract (Continuous Electronic Journal)*, 2024 (6). (in Chinese)
- [12] 李贞, 周玲艳, 刘红敏, 等. 中药膏摩联合热奄包护理干预对混合痔术后患者的效果观察[J]. *医学理论与实践*, 2023, 36(3): 515-517.
- LI Z, ZHOU L Y, LIU H M, et al. Observation on the effect of nursing intervention of traditional Chinese medicine ointment combined with hot bag on postoperative patients with mixed hemorrhoids [J]. *J Med Theory Pract*, 2023, 36(3): 515-517. (in Chinese)
- [13] 张明霞, 朱建平, 王建霞, 等. 小承气汤加减灌肠方联合电针治疗晚期恶性不全性肠梗阻患者的疗效观察[J]. *世界中西医结合杂志*, 2024, 19(4): 750-754.
- ZHANG M X, ZHU J P, WANG J X, et al. Therapeutic effect of xiaochengqi decoction combined with modified enema and elec-troacupuncture in the treatment of advanced malignant incomplete intestinal obstruction [J]. *World J Integr Tradit West Med*, 2024, 19(4): 750-754. (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。