

DOI: 10.12209/CAIM202603310001

· 中西医结合临床案例 ·

1例晚期卵巢浆液性腺癌伴 肾功能不全患者的护理报告

康杰¹, 康庆², 杜娟², 范姣¹, 张莹¹, 马琳¹, 周颖萍³

(1. 北京中医药大学东直门医院 门诊超声科, 北京, 100700;

2. 北京中医药大学东直门医院 放射科, 北京, 100700;

3. 北京中医药大学东直门医院 护理部, 北京, 100700)

摘要: **目的** 探讨高龄卵巢癌合并多系统并发症患者的中西医结合护理策略。**方法** 对1例72岁晚期卵巢癌伴肾衰竭、营养不良及血栓高风险患者,实施基于多学科协作的全流程护理;整合疼痛、营养及血栓风险评估,融合西医支持治疗与中医外治技术进行干预。**结果** 患者疼痛耐受度提升,营养与肾功能指标改善,未发生血栓栓塞或急性肾损伤事件。**结论** 该护理模式能显著优化复杂共病患者的预后,其中医非药物疗法具有独特的互补优势,值得临床推广应用。

关键词: 卵巢肿瘤; 慢性肾功能不全; 中西医结合护理; 疼痛管理; 营养支持

Nursing Report on a Patient with Advanced Ovarian Serous Adenocarcinoma Complicated by Renal Insufficiency

KANG Jie¹, KANG Qing², DU Juan², FAN Jiao¹,
ZHANG Xuan¹, MA Lin¹, ZHOU Yingping³

(1. Department of Outpatient Ultrasound, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100700;

2. Department of Radiology, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100700;

3. Department of Nursing, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100700)

ABSTRACT: Objective To explore an integrated traditional Chinese and Western medicine (TCM-WM) nursing strategy for elderly ovarian cancer patients with multisystem complications. **Methods** A multidisciplinary, full-process nursing approach was implemented for a 72-year-old patient with advanced ovarian cancer complicated by renal failure, malnutrition, and high thrombosis risk. Interventions combined pain, nutritional, and thrombosis risk assessments, integrating Western supportive care with TCM external therapies. **Results** The patient exhibited improved pain tolerance, optimized nutritional and renal function indicators, and experienced no thromboembolic events or acute kidney injury. **Conclusion** This nursing model significantly optimized outcomes for complex comorbidities, with TCM non-pharmacological therapies demonstrating unique complementary advantages, warranting clinical promotion.

KEY WORDS: ovarian neoplasms; chronic renal insufficiency; integrated TCM-WM nursing; pain management; nutritional support

晚期卵巢浆液性腺癌是妇科恶性肿瘤中预后最差类型之一,患者就诊时常因伴随多器官病变陷入“治疗两难”局面^[1]。当合并慢性肾功能不全时,抗肿瘤药物的肾毒性风险与肿瘤疾病控制的迫切需求形成突出矛盾,限制了传统单学科照护模式

在“疗效”与“安全”间维持平衡的能力。现有照护指南虽强调多学科协作(MDT)对复杂共病患者的重要性,但关于如何将西医精准治疗与中医“见微知著”的辨证思维有机融合,构建一体化全程个体化整合性照护模式,仍缺乏临床范式案例^[2]。

收稿日期: 2026-03-31

通信作者: 周颖萍, E-mail: 641952074@qq.com

OPEN ACCESS

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

本文报告 1 例 72 岁Ⅳ期卵巢癌伴广泛转移患者,同时合并慢性肾衰竭(CKD 3 期)、重度营养不良及血栓高风险等多种复杂病症,病情复杂、护理难度大。通过分析该病例的诊疗过程,阐述 MDT 模式下实施的疼痛管理、营养重建、肾脏保护及血栓预防 4 种干预策略及其独特的重要性与优势;重点介绍将针灸、中药外治疗法及其他中医非药物疗法融入现代症状护理管理新模式的实践尝试,结果显示针灸、中药外治与其他疗法协同可增强西药疗效,减少药物不良反应,提高患者生活质量^[3]。本研究不仅填补了中西医结合护理在晚期肿瘤并发肾损伤个案领域的文献空白,更为同类复杂危重症的综合诊治确立了可复制的实证范式;其核心贡献在于深刻阐释了护理体系由被动响应向主动预警及多维整合模式转型的关键临床价值。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者为 72 岁女性,因“反复腰部刺痛伴左下肢放射痛 1 个月,近 1 周出现乏力、食欲减退伴口苦及泡沫尿加重”于 2025 年 11 月 10 日收治入院。患者 2024 年 05 月因右锁骨上淋巴结肿大行穿刺活检,病理确诊为(右颈部淋巴结)转移性高级别浆液性腺癌,考虑原发灶来自卵巢(Ⅳ期,伴颈部、胸部、腹膜后淋巴结及脑转移)。

入院时主要临床表现:持续性腰部刺痛,活动后加剧,疼痛向左下肢外侧放射并伴感觉异常;消化系统表现为食欲显著下降、晨起口苦明显;自主神经功能紊乱表现为头部多汗;泌尿系统表现为泡沫尿显著增多;排便习惯改变表现为大便性状不稳定;同时伴有明显精神状态改变及体能下降。既往病史:有 5 年以上慢性肾功能不全病史,长期接受“肾康注射液联合黄葵胶囊”等药物治疗;合并“2 级高血压(极高危组)”“高脂血症”及“桥本甲状腺炎”,均通过规律用药维持病情稳定。

1.2 查体

患者体温(T)36.5℃,脉搏(P)82 次/min,呼吸(R)18 次/min,血压(BP)166/90 mm Hg,体重 57.9 kg,身高 156 cm,BMI 23.8 kg/m²。神志清楚,精神萎靡,卡氏功能状态评分(KPS)60 分。专科查体:腰 4~5 椎体旁压痛(+),左下肢直腿抬高试验(+),双下肢轻度凹陷性水肿。中医四诊:望诊:面色少华,舌质暗,苔白腻;闻诊:语声低微;问

诊:腰部刺痛固定不移,纳呆,口苦,自汗,小便泡沫多,大便时干时稀;切诊:脉沉细涩。

1.3 诊断

西医诊断:①卵巢浆液性腺癌Ⅳ期;②慢性肾功能不全(CKD 3 期);③低蛋白血症;④营养不良;⑤高血压病 2 级(极高危);⑥高脂血症;⑦静脉血栓形成(颈静脉置管处附壁血栓)。

中医诊断:积病(痰瘀互结,脾肾两虚证)。辨证依据:患者高龄久病,正气亏虚,癌毒结聚阻滞经络,气滞血瘀,故见腰部刺痛不移、舌暗脉涩;脾失健运,肾气不固,水湿不化,故见纳呆、便溏、水肿、尿泡沫多、脉沉细,证属本虚标实。

1.4 治疗

住院期间由肿瘤科、肾内科、营养科、中医科及护理团队组成多学科诊疗小组(MDT)会诊。抗肿瘤治疗遵医嘱延续入院前方案,予贝伐珠单抗联合白蛋白紫杉醇化疗,帕米膦酸二钠抑制骨转移疼痛。对症支持治疗:①镇痛:塞来昔布 0.2 g,2 次/d,普瑞巴林胶囊 75 mg,1 次/d;②降压调脂:维持原治疗方案;③抗凝:利伐沙班片 20 mg,1 次/d;④护肾:静脉滴注肾康注射液 100 mL,1 次/d。中医治疗以“化痰祛瘀、健脾补肾”为原则,予“健脾补肾方”加减(药物组成包括黄芪、白术、茯苓、山药、山茱萸、丹参及莪术),1 剂/d,水煎服。本护理周期自 2025 年 11 月 10 日开始,至 2025 年 12 月 10 日结束,共 4 周。治疗结束时,患者疼痛症状、营养状况及肾功能指标均较前好转。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般评估

患者生活部分自理(卡氏功能状态评分,KPS 60 分),存在乏力、活动后心慌症状;合并症多,用药方案复杂。

2.1.2 专科量表评估

疼痛评估:采用数字评分法(Numerical Rating Scale, NRS)^[4],患者自诉腰及左下肢放射痛,静息状态下 NRS 评分为 3 分(0 分代表无痛,10 分代表剧痛),活动时疼痛加剧,全天均有刺痛感。

营养评估:营养风险筛查 2002(Nutritional Risk Screening 2002, NRS 2002)^[5]评分=5 分(疾病严重度评分 2 分+营养状况受损评分 2 分+年龄评分 1 分),存在营养风险;肿瘤患者主观全面评定法(Patient-Generated Subjective Global Assess-

ment, PG-SGA)^[6]评分结果为C级,提示严重营养不良。

肾功能评估:血肌酐 186 $\mu\text{mol/L}$,估算肾小球滤过率(eGFR)28 mL/min/1.73m²;既往使用的氟唑帕利、安罗替尼等抗肿瘤药物均有肾毒性报道^[7],患者肾损伤风险高。

血栓风险评估:Caprini 血栓风险评估模型(2005版)^[8]累计得分9分(年龄>75岁2分、恶性肿瘤1分、卧床>72h1分、中心静脉置管2分、下肢水肿1分、慢性肾功能不全1分、正在使用激素1分),属于极高危;彩超提示颈部置管处可见大小约0.15 cm附壁低回声。

中医症状评估:参照《中药新药临床研究指导原则》^[9]评判标准,结合腰刺痛、纳呆、乏力及水肿等症状评分,总积分显示为中度症状。

2.2 护理诊断

根据评估结果,按问题紧迫性排序如下:疼痛(腰及左下肢放射痛):与腹膜后转移淋巴结压迫脊神经根及肿瘤骨转移有关。潜在并发症:急性肾损伤:与患者慢性肾脏病(CKD 3期)基础、肿瘤高代谢状态及当前/既往抗肿瘤药物(如贝伐珠单抗、氟唑帕利)的潜在肾毒性有关。营养失调:低于机体需要量:与肿瘤高消耗、化疗及靶向药物引起的纳差、恶心,以及肾功能不全要求严格限制蛋白质摄入有关。有出血/血栓形成的危险:与肿瘤本身所致高凝状态、颈静脉置管、长期卧床活动减少以及使用抗凝药物(利伐沙班)有关。活动无耐力:与癌性疲劳、疼痛、营养不良及贫血有关。

2.3 护理计划

短期目标(1周内):缓解患者疼痛症状,将NRS评分控制在 ≤ 2 分;指导患者熟练掌握踝泵运动技法。中期目标(2周内):改善患者食欲,使其能基本落实个体化饮食方案;维持血肌酐水平稳定或呈下降趋势。住院期间目标(4周内):避免急性肾损伤事件发生;杜绝新发血栓及抗凝相关严重出血;促使血清白蛋白水平回升;指导患者掌握家庭中医护理操作技术。

2.4 护理措施

2.4.1 中西医结合精准化镇痛管理

2.4.1.1 西医药物镇痛与监护

精准给药与教育:严格执行餐后塞来昔布 0.2 g(2次/d),睡前普瑞巴林 75 mg(1次/d)的给药方案;给药前核查肝肾功能及消化性溃疡病史。向患者告知塞来昔布可能引发胃肠道不良反应,

普瑞巴林可能导致头晕嗜睡、外周水肿,指导患者体位变换遵循“慢起慢坐”原则,夜间严禁擅自离床以防跌倒。

动态评估:采用NRS疼痛评估尺,每4 h评估1次疼痛的程度、性质、部位及缓解情况,重点关注夜间睡眠时的疼痛状态,将评估结果如实记录于《疼痛护理单》。

2.4.1.2 中医外治技术应用

耳穴压豆:选穴依据:参照《耳穴名称与定位》国家标准^[10],选取神门(镇静安神)、皮质下(调节大脑皮层功能)、腰骶椎(对应病位)、肾(补肾强腰)及肝(疏肝理气,肝主筋)。操作步骤:①操作前向患者解释目的,取得配合;②用75%酒精棉签消毒一侧耳廓皮肤;③用镊子夹取粘有王不留行籽的胶布,对准穴位贴压;④指导患者每日自行按压3~5次,每次每穴按压1~2 min,力度以产生酸、麻、胀、热感为度(“得气”);双耳交替,每3 d更换1次,疗程4周。注意事项:耳部皮肤有炎症、破损处禁用;按压时勿用力过猛,以免损伤皮肤。

中药热奄包外敷:方药组成与制备:采用活血化瘀、温经通络中药,即当归 15 g、川芎 15 g、艾叶 20 g、透骨草 20 g及花椒 10 g。将上述药物混合打粗粉,装入25 cm×15 cm棉布袋中封口。操作步骤:①将药包放入微波炉,中火加热2~3 min至温度约50~60℃(以操作者手腕内侧试温不烫为宜);②患者取侧卧位,暴露腰部疼痛区域;③用治疗巾包裹热奄包,敷于疼痛最明显的腰椎旁及左臀部环跳穴附近;④每次敷30 min,2次/d(上、下午各1次),疗程4周。注意事项:治疗期间密切观察局部皮肤,避免烫伤;用药后注意防风保暖。

情志调摄(五行音乐疗法):每日15:00~15:30由专业人员为患者播放《梅花三弄》《二泉映月》等“羽”调古典音乐(对应五行之肾),引导患者静心聆听,起到宁心安神作用,减轻疼痛引发的情绪紧张与焦虑^[11]。

2.4.2 肾功能保护及风险预警

精细化药物—肾功能联动监测:设计并使用抗肿瘤药物肾毒性监测表,纵向记录每次化疗/靶向药的名称、剂量、用药时间,以及用药前、用药后第3天、第7天、第14天的血肌酐(Scr)、尿素氮(BUN)、尿常规(尿蛋白、潜血)及eGFR值等指标,以图表形式动态展示,一旦出现肾功能指标异常波动,可快速定位相关药物暴露史,为医生提供直观参考。

出入量控制:准确记录 24 h 出入量,维持出入平衡。

体重监测规范:晨起空腹排空大小便后测量体重;指导患者多饮水,维持每日尿量≥1000 mL,避免尿色深黄过度浓缩及尿液泡沫增多;每 3 个月检查尿微量白蛋白/肌酐比值(UACR)。

中医食疗与穴位保健协同干预:食疗方—黑豆山药芡实粥:组成包括黑豆 30 g(提前浸泡 4 h),鲜山药 100 g(去皮切块),芡实 20 g 及粳米 50 g。制法与服法:将黑豆、芡实、粳米同煮至半熟,加入山药块共煮成粥,1 次/d,作为早餐或加餐服用。方解:黑豆补肾利水,山药健脾固肾,芡实益肾固精,三者均为药食同源之品,共奏健脾益肾、利湿固精之效^[12]。

穴位按摩:指导家属每日睡前为患者按摩双侧涌泉(足底)、太溪(内踝后方)及足三里(小腿前外侧)穴位。方法:用拇指指腹以适中力度按压穴位,每次每穴顺时针、逆时针各揉按 50 次,以局部产生酸胀感为度,1 次/d,持续 4 周。

2. 4. 3 个体化营养支持方案的制定与实施

循证营养方案执行:与临床营养师共同计算,患者标准体重约 52 kg,参照 CKD 非透析患者推荐标准^[10],蛋白质摄入量设定为 0.6 g/kg d(约 31 g/d),结合肿瘤消耗情况略宽松至 0.8 g/kg d(约 42 g/d);热量摄入为 30 kcal/kg d(约 1560 kcal/d)。据此制定《个体化膳食处方单》,明确三餐及加餐的具体食物种类与重量(如早餐:低蛋白麦片 50 g,鸡蛋蛋白 1 个,蔬菜 100 g)。使用食物模型和厨房秤进行现场演示与宣教,确保患者及家属掌握份量控制技巧。

中医健脾开胃干预:药茶代饮—陈皮山楂麦芽茶:组成包括陈皮 6 g,炒山楂 10 g 及炒麦芽 15 g。用法:放入杯中,沸水冲泡,加盖闷 15 min

后代茶频饮,1 剂/d。功效:理气健脾,消食化积,改善纳呆、腹胀症状。

生姜片内关穴贴敷疗法:每日三餐前 30 min 取新鲜生姜洗净切成 2~3 mm 薄片,贴敷于患者双侧内关穴(腕横纹上 2 寸,掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间),外用医用胶布固定,保留 20 min 后取下,用温水清洁皮肤。疗程:3 次/d,持续应用直至患者恢复正常自主进食能力。

2. 4. 4 血栓和出血风险的动态平衡管理

强化观察与多维评估:晨间专项查房:每日晨间护理时,重点检查颈静脉置管处敷料状况,观察有无渗血、渗液、红肿、皮温升高及导管回血现象。全身系统性筛查:每日 1 次评估全身皮肤、黏膜有无新发出血点、瘀斑;主动询问患者是否出现牙龈出血、鼻衄等情况,同时观察大小便颜色变化,早期识别出血征象。

落实机械预防措施:①踝泵运动规范化训练:指导并督促患者清醒时每小时进行 1 组,最大程度勾脚尖(背伸)维持 5 s→最大程度绷脚尖(跖屈)维持 5 s→以踝关节为中心,脚趾作 360°环绕,顺时针、逆时针各 10 次;②被动/主动活动:2 次/d,由护士或家属协助进行双下肢从远端至近端的肌肉挤压按摩,促进静脉回流;鼓励患者床旁坐立并进行膝关节屈伸活动,增强肌肉泵作用。

抗凝用药安全教育:指导患者每日空腹定时定量服用利伐沙班,严禁漏服及随意停药;告知患者日常生活中注意观察出血症状,如出现异常及时就医;定期检测凝血功能,维持药物疗效与安全性的动态平衡。

2. 5 护理评价

经过 4 周(2025 年 11 月 10 日至 2025 年 12 月 10 日)的系统干预,患者各项指标均有改善,护理目标基本达成,详见表 1。

表 1 疗效评估

评价维度	评价指标	干预前(2025 年 11 月 10 日)	干预后(2025 年 12 月 10 日)
疼痛程度	NRS	3 分	2 分
	血清白蛋白	28 g/L	32 g/L
营养状况	NRS 2002	5 分	3 分
	PG-SGA	C 级	B 级
肾功能	血肌酐	186 μmol/L	142 μmol/L
	eGFR	28 mL/min/1.73m ²	35 mL/min/1.73m ²
血栓风险/事件	Caprini	9 分(极高危)	7 分(高危)
	颈静脉附壁血栓	存在	未新发血栓,原血栓稳定
活动耐力	KPS	60 分	70 分
护理满意度	满意度评分	/	9.4 分

3 结果与随访

患者于2025年12月10日办理出院,出院时精神状态好转,自诉疼痛明显缓解,食欲改善,对后续康复信心增强。出院后第4周(2025年12月20日)进行电话随访,内容具体如下:①症状自评:患者诉近期未再出现剧痛,偶有腰部酸胀,不影响睡眠;食欲尚可,能坚持大部分推荐饮食。②功能状态:可在家中缓慢行走,完成简单家务(如择菜)。③实验室指标:家属提供近期外院复查结果,肌酐波动在 $140 \sim 150 \mu\text{mol/L}$ 。④自我管理:患者仍间断进行耳穴按压(2~3次/周)及饮用陈皮山楂茶,穴位按摩、热敷等方法因操作不便未能坚持,希望获得更简便的指导。

4 讨论

本案例详细阐述72岁Ⅳ期卵巢浆液性腺癌合并慢性肾脏病(CKD 3期)、严重营养不良及高静脉血栓栓塞风险患者的综合护理策略。此类病例因肿瘤恶性进展、多系统并发症与治疗毒性相互叠加,常使临床陷入“强化抗肿瘤治疗”与“保护残余器官功能”的博弈困境,构成护理工作的重大挑战。实践证实,构建以多学科诊疗团队(MDT)为核心架构,深度整合循证西医护理规范与中医特色外治技术的一体化模式,能有效破解这一复杂难题,其核心机制与临床启示归纳如下^[13]。

在疼痛管控层面,确立“西药快速镇痛治标、中医外治调理治本”的互补策略。联合应用塞来昔布与普瑞巴林迅速遏制神经病理性疼痛;针对“瘀血阻滞”兼“脾肾亏虚”的中医病机,实施耳穴压豆(选取神门、腰骶椎及肾等穴位)配合中药热奄包温经通络外敷,既疏通局部气血、调和脏腑机能,使患者静息状态下的疼痛数字评分(NRS)由3分降至2分。该方案显著降低患者对升级镇痛药物的依赖,有效规避因肾功能受损而慎用非甾体抗炎药或阿片类药物的潜在不良反应风险^[14]。

在营养支持与肾功能维护方面,贯彻“现代营养支持为体、中医健脾补肾为用”的融合理念。严格执行低蛋白、高热量膳食方案是稳固肾功能的基础;在此基础上,引入陈皮山楂麦芽茶醒脾开胃,缓解化疗所致食欲减退;选用黑豆山药芡实粥作为食疗方,既契合优质低蛋白饮食原则,又顺应中医“健脾益肾”法则;指导患者按摩涌泉、足三里等特定穴位,从经络维度激发脾肾生理功能。

本案例中,MDT模式超越传统会诊形式,依托护理团队实现全流程贯通与落地。护理人员承担“协调中枢”与“动态监测者”的关键职能,通过构建多维风险预警体系,整合NRS、NRS 2002、PG-SGA及Caprini等多种评估工具,创新研发《抗肿瘤药物肾毒性监测表》。该量表将离散的实验室检验数据与具体用药事件在时间轴上进行逻辑关联,实现药物性肾损伤风险的动态化、可视化监控,为医师调整治疗策略提供即时且精准的护理决策依据。

本案例印证了在复杂共病管理中,卓越的支持性护理本身即构成积极的治疗手段,能够为后续抗肿瘤治疗争取宝贵时间窗口。综上所述,针对晚期卵巢癌合并肾功能不全的高危复杂病例,建立以MDT为基石,深度融合循证西医护理与个体化中医外治技术的整合型护理模式,展现出显著临床优势。该实践不仅成功管控疼痛、营养不良及血栓等多重风险,稳定并改善肾功能指标;更重要的是,开创了从“被动应对并发症”转向“主动预警与整合干预”的护理新范式,对提升同类疑难患者的照护质量具有重要借鉴意义与推广价值。

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] KORDOWITZKI P, LANGE B, ELIAS K M, et al. Transforming treatment paradigms: Focus on personalized medicine for high-grade serous ovarian cancer [J]. CA Cancer J Clin, 2025, 75 (5): 436-460.
- [2] KILIM O, OLAR A, BIRICZ A, et al. Histopathology and proteomics are synergistic for high-grade serous ovarian cancer platinum response prediction [J]. npj Precis. Oncol., 2025, 9: 27.
- [3] PRADHAN S, KABEKKODU S P, ESWARAN S, et al. Inflammatory milieu and role of epigenetic modifications in high-grade serous ovarian cancer [J]. Clin Epigenet, 2026, 18(1): 47.
- [4] WILLIAMSON A, HOGGART B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales [J]. J Clin Nurs, 2005, 14(7): 798-804.
- [5] KONDRUP J, RASMUSSEN H H, HAMBERG O, et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical tri-

- als[J]. Clin Nutr, 2003, 22(3): 321-336.
- [6] BAUER J, CAPRA S, FERGUSON M. Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer[J]. Eur. J. Clin. Nutr., 2002, 56(8): 779-785.
- [7] PERAZELLA M A, ROSNER M H. Drug-induced acute kidney injury[J]. Clin J Am Soc Nephrol, 2022, 17(8): 1220-1233.
- [8] CAPRINI J A. Thrombosis risk assessment as a guide to quality patient care[J]. Disease-a-Month, 2005, 51(2/3): 70-78.
- [9] 吴爵慧, 冯海燕, 孙亚男, 等. 扶阳罐配合耳穴压豆治疗气虚血瘀型中风后疲劳的临床研究[J]. 华夏医学, 2023, 36(1): 140-143.
- WU J H, FENG H Y, SUN Y N, et al. Clinical study of Fuyang pot combined with auricular acupoint pressing bean in the treatment of post-stroke fatigue after Qi deficiency and blood stasis[J]. Acta Med Sin, 2023, 36(1): 140-143. (in Chinese)
- [10] 王磊, 周立群, 赵百孝. 关于耳穴名称与定位国际标准研究的思考及对策[J]. 中国针灸, 2011, 31(2): 165-168.
- WANG L, ZHOU L Q, ZHAO B X. Thoughts and strategies of developing an international standard of nomenclature and location of auricular acupuncture points[J]. Chin Acupunct Moxibustion, 2011, 31(2): 165-168. (in Chinese)
- [11] 吴玉娟, 郑盛惠, 吴杰倩, 等. 中医五音疗法在慢性疲劳综合征患者中的应用[J]. 现代临床护理, 2013, 12(12): 40-43.
- WU Y J, ZHENG S H, WU J Q, et al. Effect of TCM five-tone therapy on chronic fatigue syndrome[J]. Mod Clin Nurs, 2013, 12(12): 40-43. (in Chinese)
- [12] 李卓瑾. 《中医食疗学》(节选)翻译报告[D]. 广州: 暨南大学, 2022.
- [13] 中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会. 卵巢恶性肿瘤诊断与治疗指南(2021年版)[J]. 中国癌症杂志, 2021, 31(6): 546-560.
- Chinese Anti-Cancer Association, Gynecologic Oncology Committee. Guidelines for Diagnosis and Treatment of Ovarian Malignant Tumors (2021 Edition)[J]. China Oncol, 2021, 31(6): 546-560. (in Chinese)
- [14] MAO J J, LIOU K T, BASER R E, et al. Effectiveness of electroacupuncture or auricular acupuncture vs usual care for chronic musculoskeletal pain among cancer survivors: the PEACE randomized clinical trial[J]. JAMA Oncol, 2021, 7(5): 720.

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。