DOI：10. 12209/CAIM202607270026

·中西医结合临床案例·

中药膏摩联合中药灌肠治疗1例肠梗阻患者腹胀的护理报告

邢金炜，王　帅

（北京市和平里医院 消化肿瘤科，北京，100013）

摘要：本文总结1例老年肠梗阻患者采用中药膏摩联合中药灌肠方案改善腹胀症状的临床护理体会。针对该老年肠梗阻患者，在落实病情动态监测、饮食护理、生活起居调护及情志护理等常规护理措施的基础上，同步实施针对性中医特色护理，主要包括中药膏摩与中药灌肠。经治疗，患者腹胀症状得到显著缓解，胃肠排便功能逐步恢复，住院全程未发生严重相关并发症。临床实践证实，中药膏摩联合中药灌肠的中西医结合干预方案，可有效改善肠梗阻患者的腹胀不适症状，促进胃肠动力恢复，是一项安全可靠、行之有效的中医特色护理技术。

关键词：中药膏摩；中药灌肠；肠梗阻；腹胀；中医护理

Nursing Report on Herbal Ointment Tuina Combined with Chinese Herbal Enema for Abdominal Distension in One Patient with Intestinal Obstruction

XING Jinwei，WANG Shuai

（*Department of Gastroenterology and Oncology，Beijing Hepingli Hospital，Beijing，100013*）

ABSTRACT：This paper summarizes the clinical nursing experience of herbal ointment tuina combined with Chinese herbal enema for relieving abdominal distension in an elderly patient with intestinal obstruction. For this elderly patient with intestinal obstruction，targeted traditional Chinese medicine characteristic nursing mainly including herbal ointment tuina and Chinese herbal enema was implemented on the basis of routine nursing measures such as dynamic condition monitoring，dietary nursing，daily life regulation and emotional nursing. After intervention，the patient's abdominal distension was markedly alleviated，gastrointestinal defecation function gradually recovered，and no serious related complications occurred during hospitalization. Clinical practice verifies that the integrated Chinese and Western intervention regimen of herbal ointment tuina combined with Chinese herbal enema can effectively relieve abdominal distension and discomfort and promote the recovery of gastrointestinal motility in patients with intestinal obstruction，which is a safe，reliable and effective traditional Chinese medicine nursing technique.

KEY WORDS：herbal ointment tuina；Chinese herbal enema；intestinal obstruction；abdominal distension；Traditional Chinese Medicine nursing

肠梗阻是指肠道内气体、液体及粪便等肠内容物无法顺利通过肠腔引发的肠内容物通行障碍性疾病，临床以腹痛、腹胀、呕吐及肛门停止排便排气为核心典型表现。该病起病急骤，病情进展迅速，并发症发生风险较高，若未得到及时规范救治，将严重威胁患者生命安全。据临床流行病学统计数据显示，肠梗阻的发病率位居我国各类急腹症的第3位，全国每年因肠梗阻入院的患者人数可达30～35万人次，因本病导致死亡的人数多达2万[1]。

现代西医临床针对肠梗阻的治疗方案以禁食水、胃肠减压、静脉补液与抗感染等保守对症治疗为核心，符合手术指征的患者必要时采取外科手术干预。但对于老年体弱、无法耐受手术创伤或主观不愿接受手术治疗的患者，规范保守治疗仍是临床首选的干预方案。近年来，中医药疗法在

收稿日期：2026－07－27

改善肠梗阻患者腹部不适症状、促进胃肠功能恢复领域的临床应用日益受到广泛重视，在肠梗阻保守治疗体系中发挥着不可替代的重要作用[2-3]。本文通过对1例肠梗阻患者采用中药膏摩联合中药灌肠方案开展干预的护理实践经验进行系统总结与探讨，现将相关内容报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男，75岁，主因“腹痛伴停止排便排气4 d余”于2025年06月04日09:17入院接受系统治疗。现症见：右侧腹部胀痛不适，伴随停止排便、排气，食欲明显下降，进食量显著减少，周身乏力，口干口苦，小便失禁，睡眠质量差。患者否认药物及食物过敏史，无疫区疫水接触史，否认吸烟、饮酒史，适龄结婚，否认家族遗传性疾病病史。既往史：右侧踝关节坏死多年，未接受手术治疗，目前双下肢活动受限，固定于半屈曲位，需长期卧床休养。

1.2 体格查体

生命体征：体温（T）36.7℃，脉搏（P）75次/min，呼吸（R）19次/min，血压（BP）132/75 mmHg。

体格检查：视诊：患者呈慢性病容，神志清楚，精神状态偏弱；触诊：颈软，无抵抗感；叩诊：腹部叩诊音呈鼓音，肝浊音界存在，移动性浊音阴性，双肾区无叩击痛；听诊：肠鸣音减弱，未闻及气过水声，未闻及腹部血管杂音。

中医四诊：望诊：患者神志萎靡，面色萎黄，无法配合伸舌动作完成舌象采集；闻诊：患者语声低微无力，周身无特殊异常气味；问诊：患者双耳听力丧失，夜寐欠安，小便失禁，大便秘结不通；切诊：脉沉，腹部触诊腹痛拒按，有明显胀满感。

辅助检查：腹部CT提示胆囊炎症、结肠不全梗阻、膀胱壁增厚、回盲部多发淋巴结、脂肪肝、双侧输尿管轻度扩张、前列腺增大伴钙化；胸部CT提示双肺多发轻度炎症、双肺多发机化灶、双侧胸膜轻度增厚、心脏轻度增大、食管裂孔疝、胆囊增大。血常规结果提示：白细胞计数26.25×10^9/L，中性粒细胞百分比96%，血红蛋白122 g/L，C反应蛋白200.54 mg/L。血生化结果提示：白蛋白33.5 g/L，总胆红素31.8 μmol/L，血钾2.95 mmol/L，血钠130.6 mmol/L，血氯94.5 mmol/L。降钙素原检测结果为2.31 ng/mL。

1.3 诊断

中医诊断：腹痛，气机郁滞证。辨证依据：患者为老年男性，平素脾胃功能虚弱，气机升降失常，壅滞于肠腑，肠腑传导失司，因此出现便秘、腹胀表现；气血运行不畅，四肢百骸失于濡养，故而肢体乏力、体质虚弱；气机郁滞则血行瘀阻，不通则痛，叠加久病脾虚生湿，湿热之邪蕴结肠腑，大肠传导功能进一步失司，便秘症状随之加重，结合脉象表现与四诊合参结果，辨证为气机郁滞证。西医诊断：不全性肠梗阻。

1.4 治疗干预

西医治疗方案以禁食水、抗感染、抑酸、静脉补液及纠正电解质紊乱等对症支持治疗为核心。中医治疗以行气导滞、理气通腑为核心治则，考虑患者无法经口进食，干预方式以药物外治为主，中医特色护理技术层面选用中药膏摩（作用于天枢穴区域）、中药灌肠联合干预。

入院第1天，遵医嘱为患者留置胃肠减压管，但患者强烈拒绝该项操作，经评估后遵医嘱暂不予留置，严格执行禁食水管理，密切监测患者腹痛拒按、腹部胀满的症状变化。入院第3天，患者腹痛腹胀症状较前明显缓解，自主排出少量黄色稀水样便；入院第5天，患者可间断少量饮水，自主排出黄色稀水样便；入院第7天，调整饮食方案为流质饮食，患者自主排出黄色成形便；入院第9天，患者无腹痛、腹胀不适，自主排出黄色成形便；入院第16天，调整饮食方案为半流质饮食，患者自主排出黄色成形便。经过18 d系统住院治疗后，患者病情明显好转，主动要求出院，于2025年06月22日准予办理出院。

2 护理

2.1 护理评估

参照《胃肠道症状评定量表（GSRS量表）》对患者入院时的基线状态进行系统评估，评估维度覆盖患者进食量、排气排便状态及腹胀程度等核心指标。该患者入院时各条目赋分为上腹痛2分、胸部不适1分、反酸1分、饥饿痛1分、恶心1分、肠鸣音1分、腹胀6分、咽喉部不适1分、口气异常4分、小便异味1分、便秘6分、腹泻1分、大便稀溏1分、大便干结1分、有便意需立即排便1分、里急后重1分、吸入性肺炎风险1分、导管相关不良事件（导管脱落、鼻咽部黏膜损伤、导管堵塞等）1分，最终统计得出患者治疗前GSRS总评分为32分。

采用焦虑自评量表（SAS）完成护理干预前的

心理状态评估，SAS 标准分的判定分界值为 50 分，其中 50 ~ 59 分判定为轻度焦虑，60 ~ 69 分判定为中度焦虑，70 分以上判定为重度焦虑。本例患者干预前 SAS 标准评分为 52 分，判定为轻度焦虑状态。

2.2 护理诊断

①腹胀：与肠腑气机郁滞、传导功能失司直接相关；②焦虑：与患者担忧病情进展加重、日常活动受疾病限制等因素相关。

2.3 护理计划

①为患者实施中药膏摩联合中药灌肠中医特色护理干预，针对性改善腹胀核心症状，促进胃肠功能恢复；②同步落实个体化情志护理干预，缓解患者焦虑情绪，增强其疾病治疗的信心与依从性。

2.4 护理措施

2.4.1 中医特色护理

2.4.1.1 中药膏摩

协助患者取平卧位，选取天枢穴作为核心干预穴位，该穴位位于腹部区域，横平脐中，前正中线旁开 2 寸。膏摩所用中药组方为香附 6 g、紫苏叶 6 g、党参 6 g、白术 6 g、茯苓 6 g、当归 6 g、川芎 6 g 及苍术 6 g。方中香附可理气宽中、调经止痛；紫苏叶可解表散寒、行气和胃；党参可健脾益肺、养血生津；白术可健脾益气、燥湿利水；茯苓可利水渗湿、健脾宁心；当归可调经止痛、润肠通便；川芎可活血行气、祛风止痛；苍术可燥湿健脾、祛风散寒。临床应用时可根据患者实际病情状态合理调整药物用量。操作时取适配剂量的组方药物，研磨成细粉末状后与医用凡士林调和成均匀糊状，将药膏均匀涂抹于穴位及周围对应腹部皮肤区域，以手掌大小鱼际着力按揉穴位，按揉力度由轻逐步过渡至重，每穴按揉时长 3 ~ 5 min；随后沿人体结肠解剖走行方向顺时针按摩腹部 15 ~ 20 min，促进胃肠蠕动。操作结束后清洁患者局部皮肤，协助患者调整至舒适体位。干预频次为 1 次/d，单次操作时长 15 ~ 20 min，10 次为一个完整疗程。操作全程密切观察患者反应，若患者出现头晕、心慌、腹痛加剧或皮肤瘙痒等不适主诉，需立即停止操作并对症处置。

2.4.1.2 中药灌肠

中药灌肠汤剂以大承气汤为基础方辨证加减，组方药物为大黄 12 g、芒硝 10 g、麸炒枳实 15 g、姜厚朴 15 g、槟榔 12 g、黄芪 12 g、郁李仁 30 g、火麻仁 30 g、柏子仁 30 g、虎杖 12 g 及蒲公英 12 g。方中大黄可荡涤积滞、理气开郁；芒硝可泻热通便、润燥软坚；麸炒枳实可理气宽中、行滞消胀；姜厚朴可宽肠理气、行气消胀；槟榔可行气消积、利水通便；黄芪可补气升阳、利水消肿，本方中取其补气扶正、助药行滞的功效；郁李仁可润肠通便、下气利水；火麻仁可润肠通便；柏子仁可养心安神、润肠通便；虎杖可清热解毒、散瘀止痛；蒲公英可清热解毒、消肿散结。操作前协助患者取左侧卧位，充分暴露肛门区域，臀下铺垫一次性中单，臀下垫置垫枕将臀部整体抬高 10 cm。测量灌肠药液温度控制在 39 ~ 41℃，灌肠液液面距离肛门的高度不超过 30 cm，使用石蜡油充分润滑肛管前端，排尽管道内空气后暴露肛门，指导患者张口呼吸放松肛门括约肌，保障肛管顺利插入，肛管插入深度控制在 10 ~ 15 cm，缓慢滴入药液，药液滴注时长控制在 15 ~ 20 min。干预频次为 1 次/d，单次药液灌注量为 400 mL，总干预疗程为 8 d。药液滴注完毕后夹紧肛管并缓慢拔除，协助患者擦干肛周皮肤，使用无菌纱布轻揉肛门局部，协助患者调整至舒适卧位，维持臀部抬高体位。操作全程密切观察患者反应，若患者出现面色苍白、出冷汗或剧烈腹痛等不适表现，需立即停止操作并及时处置。准确记录灌肠操作时间、药液灌注量、患者实时反应及后续排便情况。

2.4.2 常规护理

2.4.2.1 病情观察

密切监测患者生命体征，定时测量体温、心率、呼吸及血压等指标，同时观察患者有无头晕、头痛、恶心或呕吐等伴随症状，上述症状可直接反映病情的变化趋势与严重程度。同步观察患者意识状态、反应能力等精神状态以及肢体活动情况。重点观察患者排便相关指标，包括排便时间、排便次数、排便量、粪便颜色、性状及气味。若患者出现排便排气进行性减少、便中带血等异常情况，需第一时间通知主管医师处置。

2.4.2.2 饮食护理

①禁食期护理：患者入院初期严格执行禁食水管理，向患者及家属充分解释禁食干预的临床必要性，取得其配合；每日规范落实口腔护理操作，维持口腔清洁湿润，预防口腔相关感染发生；遵医嘱为患者开展静脉补液支持，维持机体水电解质平衡。

②饮食过渡护理：随着患者病情逐步好转，按照规范流程逐步过渡饮食，严格遵循“由少到多、

由稀到稠、由单一到多样”的核心原则，每次调整饮食后密切观察患者有无腹痛、腹胀、恶心或呕吐等不适主诉。

2.4.2.3 生活起居护理

指导患者顺应四时节律调整作息，夏季可遵循夜卧早起的规律休养，调节病室温湿度至适宜范围，协助患者调整至舒适体位，可采取半卧位以减轻腹部张力，缓解腹痛腹胀不适。每2 h协助患者翻身一次，避免局部皮肤长期受压，有效预防压疮发生。指导患者在床上开展适度主动活动，如四肢屈伸运动、自主翻身等。同步指导患者逐步养成定时排便的良好习惯。

2.4.2.4 情志护理

本例患者为老年男性，长期卧床休养，疾病存在反复发作特点，极易产生焦虑、抑郁等负性情绪。责任护士主动与患者及家属开展常态化沟通，动态掌握患者心理状态，给予针对性心理支持。向患者及家属系统讲解疾病相关知识、当前治疗方案及疾病预后情况，介绍同类治愈成功病例，增强患者战胜疾病的信心。鼓励患者主动表达内心真实感受，护理人员耐心倾听诉求，给予针对性安慰与正向鼓励。鼓励家属多陪伴、关心患者，为患者提供充分情感支持，共同参与照护过程，营造温馨舒适的治疗环境。

2.5 护理评价

患者住院治疗期间病情全程保持稳定，经过18 d规范治疗与精细化护理干预后，患者病情得到明显好转。干预结束后再次参照《胃肠道症状评定量表（GSRS量表）》对患者恢复状态进行复评，评估维度仍覆盖患者进食量、排气排便及腹胀情况。该患者干预后各条目赋分为上腹痛1分、胸部不适1分、反酸1分、饥饿痛1分、恶心1分、肠鸣音1分、腹胀1分、咽喉部不适1分、口气异常1分、小便异味1分、便秘1分、腹泻1分、大便稀溏3分、大便干结1分、有便意需立即排便1分、里急后重1分、吸入性肺炎风险1分、导管相关不良事件（导管脱落、鼻咽部黏膜损伤、导管堵塞等）1分，最终统计得出患者治疗后GSRS总评分为20分。采用焦虑自评量表（SAS）完成护理干预后的心理状态复评，结果显示患者SAS标准评分为35分，回归正常范围，无焦虑表现。

患者治疗期间系列影像学检查结果如下：首次全腹CT提示腹部结肠积气，肠管轻度扩张，肠管宽径约60 mm，局部可见少量气液平面，其余肠管积气，未见明显肠管扩张；第2次全腹CT提示肠道积气，未见肠管扩张；第3次全腹CT提示肠道积气，未见肠管扩张（详见图1）。患者住院期间进食量与排便量，详见图2-3。

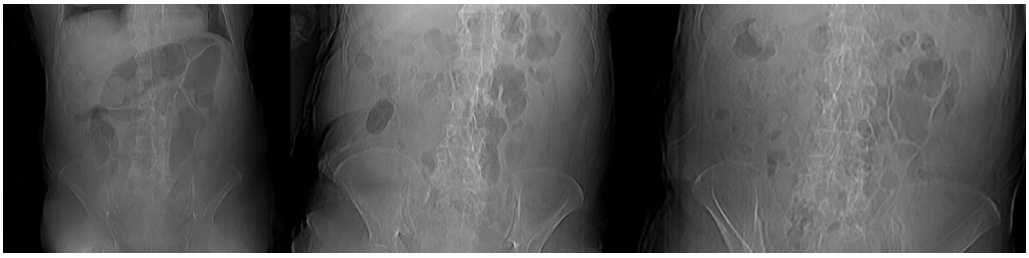


图1 治疗期间患者腹部立位片检查结果

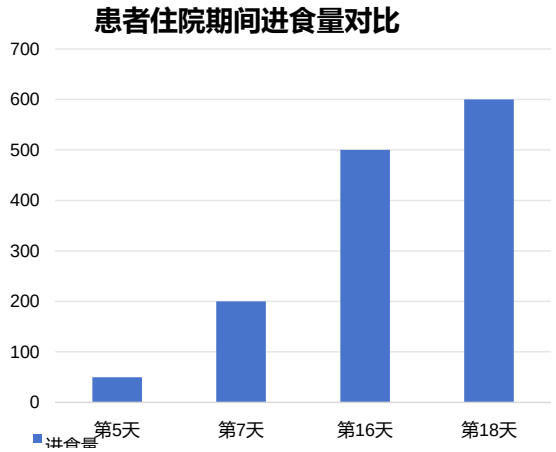


图2 患者住院期间进食量情况

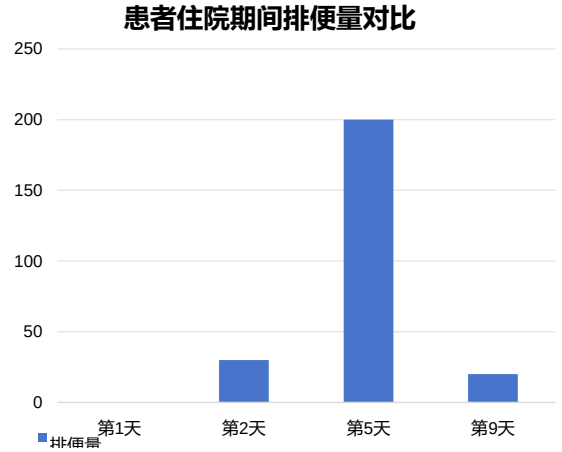


图3 患者住院期间排便量情况

3 结果和随访

患者自2025年06月04日入院后，护理团队第一时间完成针对性护理评估，制定个体化护理计划并落实全套干预措施，配合规范中医特色护理技术实施后，患者病情全程保持稳定并逐步好转，腹胀症状完全消失，于2025年06月22日顺利出院。患者出院后于2025年06月29日接受电话随访，随访维度覆盖患者病情恢复状态、饮食摄入情况、生活起居状态及心理焦虑程度等核心内容。家属代诉反馈患者饮食摄入量较前明显增加，每日可自主完成排气排便，腹胀症状未复发，患者治疗依从性良好，情绪状态稳定，随访期间未发生任何相关不良事件。

4 讨论

本病例针对肠梗阻患者的核心腹胀症状开展了精准化针对性护理，在落实西医常规护理的基础上，叠加应用中药膏摩、中药灌肠两项中医特色外治干预技术。现代医学范畴的肠梗阻，在传统中医理论体系中归属于“肠结”病证范畴，其核心发病机制多与饮食不节、中焦脾胃素虚直接相关[4]。中医学理论认为该病病位归属肠道，病理演变与肺、脾、胃、肝、肾、心等多脏腑功能失调密切相关[5]。肠道作为传化之腑，生理特性为“取其精华，排其糟粕”，泻而不藏，以通降下行为顺；胃主受纳腐熟水谷，肠道与胃二者生理特性均以通降为和；脾胃为中焦气机升降的核心枢纽，若气机运行失常，脾胃运化功能失司，肠道气血瘀滞，浊气无法正常通降，反过来又会进一步影响全身气机升降节律。肠腑气机通利失常，传导功能失司，因此临床可见腹胀、排便困难表现，严重者甚至出现停止排便排气的急重症状态[6]。

本例患者年高体弱，平素脾胃功能亏虚，叠加长期卧床休养，周身气机运行不畅，升降节律失常，糟粕内停积聚于肠腑，最终发为本病。结合四诊结果辨证为气机郁滞证，临床干预以行气导滞、通腑泻下为核心治则。中药灌肠作为中医外治法体系中的重要组成部分，药物有效成分可通过肠黏膜直接吸收入血，完全规避口服给药的肝脏首过效应及胃肠道刺激，尤其适配肠梗阻患者无法经口进食的临床状态。多项临床研究结果证实，以大承气汤为代表的通腑类方剂经灌肠途径给药治疗肠梗阻临床疗效确切，可有效缓解患者腹胀腹痛不适，显著促进胃肠功能恢复[7-8]。本病例所使用的中药灌肠方以大承气汤为基础方辨证加减组方。原方中大承气汤核心药物大黄可荡涤肠腑积滞、理气开郁；厚朴为方中君药，可发挥宽肠理气、行气消胀的核心功效；枳实可理气宽中、行滞消胀；芒硝可泻热通便、润燥软坚；诸药协同作用下，可有效降低肠道内压力，促进肠腔积滞排出，改善肠道梗阻状态[9]。干预方案同步联合中药膏摩技术开展治疗，近年来中药膏摩在胃肠疾病临床护理领域的应用场景日益广泛，已积累了大量临床实践数据，取得较为满意的临床干预效果[10]。天枢穴为足阳明胃经的核心穴位，同时归属大肠之募穴，具备调理肠胃、疏通气机的明确功效[11]。借助手法按揉的外力推动作用，将中药有效成分透皮作用于腹部体表穴位区域，该干预方式具备操作安全、患者痛苦度低、临床疗效确切、操作流程简便等显著优势。

综上所述，中药膏摩联合中药灌肠干预方案用于改善肠梗阻患者腹胀症状，是一项行之有效的中医特色护理干预方法。其中，中药膏摩干预侧重健脾和胃、行气消胀，通过穴位刺激联合药物透皮吸收的双重作用，系统性调节胃肠整体功能；中药灌肠干预侧重通腑导滞、攻下通便，药物直接作用于病变肠道区域，直接促进排气排便功能恢复。两项干预技术一外一内、一缓一峻，功效相辅相成，共同发挥通腑行气、消胀止痛的协同作用。二者同属中医外治技术范畴，临床应用不良反应发生率极低，患者接受度高，尤其适配老年体弱、无法耐受外科手术或存在手术禁忌证的肠梗阻患者，值得在临床护理场景中进一步推广应用。

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] 吴云瑞. 小承气汤加减联合穴位贴敷治疗湿热壅滞证不完全性肠梗阻的疗效观察及对炎性因子的影响[D]. 合肥：安徽中医药大学，2021.

[2] 王建斌，余小勇，吉涛. 加味小承气汤保留灌肠联合中药封包对急性低位肠梗阻患者肠屏障功能和血炎性因子的影响[J]. 辽宁中医杂志，2024，51(11)：90-94.
Wang J B，Yu X Y，Ji T. Effects of modified xiaochengqi decoction retention enema combined with TCM packaging on intestinal barrier function and se-

rum inflammatory factors in patients with acute low intestinal obstruction [J]. Liaoning J Tradit Chin Med, 2024, 51(11): 90-94. (in Chinese)

[3] 林益群, 刘嘉彬, 李金峰. 中医外治法治疗不完全性肠梗阻Meta分析[J]. 新中医, 2021, 53(13): 10-14.
Lin Y Q, Liu J B, Li J F. Meta-analysis of external treatment of Chinese medicine for incomplete intestinal obstruction [J]. J New Chin Med, 2021, 53(13): 10-14. (in Chinese)

[4] 方华瑾, 许敏. 大建中汤中药保留灌肠联合消胀散穴位贴敷治疗虚寒性肠梗阻腹胀的效果观察[J]. 中国现代医生, 2022, 60(18): 175-178.
Fang H J, Xu M. Observation on the effect of Dajianzhong decoction with Chinese medicine retention enema combined with Xiaozhangsan acupoint application in treating deficiency and cold intestinal obstruction and abdominal distension [J]. China Mod Doctor, 2022, 60(18): 175-178. (in Chinese)

[5] 高菲, 范恒, 左冬梅, 等. 不完全性肠梗阻中医治疗进展[J]. 中西医结合研究, 2021, 13(5): 338-340.
Gao F, Fan H, Zuo D M, et al. Progress in TCM treatment of incomplete intestinal obstruction [J]. Res Integr Tradit Chin West Med, 2021, 13(5): 338-340. (in Chinese)

[6] 毛宇湘, 盖红肖, 魏美美, 等. 不完全性肠梗阻从浊毒论治[J]. 湖南中医药大学学报, 2018, 38(2): 190-192.
Mao Y X, Gai H X, Wei M M, et al. Incomplete intestinal obstruction treated from turbidity toxin [J]. J Hunan Univ Chin Med, 2018, 38(2): 190-192. (in Chinese)

[7] 程华初, 徐琦, 杨茜芸, 等. 大承气汤治疗粘连性肠梗阻临床疗效的Meta分析[J]. 湖南中医药大学学报, 2022, 42(6): 966-973.
Cheng H C, Xu Q, Yang Q Y, et al. Meta-analysis of clinical efficacy of Dachengqi Decoction in treatment adhesive intestinal obstruction [J]. J Hunan Univ Chin Med, 2022, 42(6): 966-973. (in Chinese)

[8] 黄军, 冯琳洁, 杨春梅, 等. 大承气汤治疗恶性肠梗阻临床疗效的系统评价与Meta分析[J]. 光明中医, 2025, 40(5): 894-897.
Huang J, Feng L J, Yang C M, et al. Systematic review and meta-analysis of Dachengqi decoction in treating malignant intestinal obstruction [J]. Guangming J Chin Med, 2025, 40(5): 894-897. (in Chinese)

[9] 孔祥辉. 大承气汤治疗外科术后早期炎症性肠梗阻的临床效果观察[J]. 北方药学, 2023, 20(12): 62-64.
Kong X H. Clinical observation on Dachengqi decoction in treating early postoperative inflammatory intestinal obstruction [J]. J N Pharm, 2023, 20(12): 62-64. (in Chinese)

[10] 卫月, 赵保亚, 张中华, 等. 中药膏摩在肿瘤绿色治疗中的应用[J]. 现代中医临床, 2020, 27(1): 43-45.
Wei Y, Zhao B Y, Zhang Z H, et al. Application of ointment rubbing in oncology green therapy [J]. Mod Chin Clin Med, 2020, 27(1): 43-45. (in Chinese)

[11] 钱晶, 石福霞, 孟思璠, 等. 通调平衡针刺法治疗非手术肠梗阻的疗效研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2023, 30(1): 84-86.
Qian J, Shi F X, Meng S F, et al. Study on therapeutic effect of Tongtiao balance acupuncture on non-surgical intestinal obstruction [J]. Chin J Integr Tradit West Med Intensive Crit Care, 2023, 30(1): 84-86. (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。