

DOI: 10.12209/CAIM202411290018

· 中西医结合临床案例 ·

中药灌肠联合揸针治疗 1 例 急性重症胰腺炎患者腹痛的护理体会

李 影, 韩建萍, 任亚星, 李淑悦, 侯朋晓

(北京中医药大学东方医院 急诊科, 北京, 100078)

摘要: 本文回顾 1 例急性重症胰腺炎患者腹痛的护理体会。通过揸针刺刺激局部穴位, 激发经气, 疏通经络, 并联合中药灌肠, 有效改善患者的腹痛症状, 促进患者康复。现总结整理本例患者的护理经验, 以期为临床提供借鉴。

关键词: 中药灌肠; 揸针; 腹痛; 急性重症胰腺炎

Nursing experience of traditional Chinese medicine enema combined with pressing needle in the treatment of abdominal pain in a patient with acute severe pancreatitis

LI Ying, HAN Jianping, REN Yaxing, LI Shuyue, HOU Pengxiao

(Department of Emergency, Dongfang Hospital Beijing University of
traditional Chinese medicine, Beijing, 100078)

ABSTRACT: This article reviews the nursing experience of abdominal pain in a patient with acute severe pancreatitis. By pressing the needle to stimulate the local acupoints, stimulate the meridians, dredge the meridians, and combine with traditional Chinese medicine enema, effectively improve the symptoms of abdominal pain and promote the rehabilitation of patients. This article summarizes and sorts out the nursing experience of this patient, in order to provide reference for clinical practice.

KEY WORDS: Traditional Chinese Medicine enema; press pin; abdominal pain; severe acute pancreatitis

急性重症胰腺炎 (Severe Acute Pancreatitis, SAP) 是一种病情复杂且进展迅速的急腹症^[1], 其特点是系统性炎症反应综合征 (Systemic Inflammatory Response Syndrome, SIRS) 和持续性器官功能衰竭 (Persistent Organ Failure, POF)^[2]。病死率高达 13% ~ 35%^[3], 是 ICU 常见的危重症之一^[4], 临床主要表现为突然发作的上腹痛、腹胀、恶心呕吐及发热等^[5]。西医主要以对症、支持治疗为主, 但部分患者治疗后仍有较高的死亡风险^[6]。中医学认为胰腺炎病因病机为“湿”“热”“瘀”与“毒”, 治疗应以清热、通腑、解毒为主^[7]。中药灌肠为常见的中医外治法^[8]。近年来有研究发现, 在西医对症治疗基础上联合使用中医治疗能够有效减轻 SAP 的临床症状, 缩短恢复时间及

住院时间, 减轻并发症^[9]。现将我院于 2023 年 5 月 11 日收治 1 例急性重症胰腺炎腹痛的患者, 运用中药灌肠联合揸针的临床资料及护理报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性, 76 岁, 主诉 9 d 前无明显诱因出现间断恶心呕吐, 呕吐物为胃内容物, 伴上腹痛, 门诊就诊, 服药后未见好转, 腹痛症状加重, 至我院急诊就诊, 诊断“急性胰腺炎”, 为求进一步诊治于 2023 年 5 月 11 日转入 EICU。入院症见: 患者呈嗜睡状态, 精神萎靡, 恶心未吐, 上腹部轻压痛, 不思饮食, 纳眠差。既往史: 高血压病史 30 年, 冠心

收稿日期: 2024-11-29

通信作者: 侯朋晓, E-mail: 1016870771@qq.com

OPEN ACCESS

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

病史 20 年,糖尿病史 20 年,均规律服药,控制可。否认药物及食物过敏史。

1.2 查体

①一般情况:体温(T)36.7℃,心率(P)112 次/min,呼吸(R)32 次/min,血压(BP)96/46 mm Hg。②专科查体:听诊双肺呼吸音正常,腹部平软,上腹部轻压痛,无反跳痛和肌紧张。③中医查体:舌红少苔,脉滑数。④西医查体:患者呈嗜睡状,呼之可应,乏力,精神萎靡。⑤实验室检查:C-反应蛋白(CRP)48.8 mg/L,白细胞计数(WBC)9.08×10⁹/L,脂肪酶 2182 U/L,血淀粉酶 782 U/L,肌酐 480.9 μmol/L,胃内容物潜血阳性。⑥辅助检查:腹部 CT 示胰尾部周围脂肪间隙模糊,左肾前筋膜增厚,脂肪肝,肝右叶小囊肿或血管瘤可能,左肾囊肿,双肾上腺增生改变;腹部超声示胆囊泥沙样结石伴胆汁淤积。

1.3 诊断

中医诊断:呕吐;辨证分型:气阴两虚证、热毒蕴结证;西医诊断:急性重症胰腺炎,急性肾功能不全,急性上消化道出血。辨证依据:患者老年男性,年老气阴渐亏,胃阴不足,胃气不固,中焦升降失调,可见恶心呕吐,胃气上逆可见反酸烧心嗝气;热耗气伤阴可见乏力,气虚无力行血,不通则痛可见腹痛,胃阴不足可见纳少;舌红少苔,脉滑数亦属气阴两虚证,热毒蕴结证,综观症状及舌脉,该病位在胃肠,病性为虚实夹杂,证属气阴两虚证,热毒蕴结证。

1.4 治疗

西医治疗以抗感染、抑制胰腺外分泌为主。予头孢哌酮舒巴坦抗感染,乌司他丁、醋酸奥曲肽抑制胰蛋白酶活性,泮托拉唑钠抑酸止血,患者已一周未进食存在营养风险,予静脉营养治疗。中医治疗以益气养阴,清热解毒为法。治疗 2 d,患者神志转清,精神弱,仍有腹痛、反酸、恶心,脂肪酶 1710 U/L,血淀粉酶 248 U/L,肌酐 290 μmol/L。遵医嘱持续禁食水,胃肠减压,建立中心静脉予肠外营养,中药灌肠保持大便通畅。经过 15 d 的治疗和护理,患者已于 2023 年 5 月 25 日出院。

2 护理

2.1 护理评估

①参照视觉模拟评分量表(visual analogue scale, VAS)标准^[10],使用 1 条 10 cm 长的水平线,两端分别标为 0 和 10,0 表示无痛,10 表示最痛,

患者在线上标记出能代表疼痛强度的点,测量 0 到标出点的距离即为疼痛强度分值。临床评定以 0 分为无痛,1~3 分为轻度痛,4~6 分为中度痛,7~10 分为剧痛。本例患者评分为 7 分,属剧痛。②参照《焦虑自评量表(SAS)》从 20 个条目进行评价^[11],焦虑总分低于 50 分为正常,50~60 分为轻度,61~70 分为中度,评分>70 分为重度。本例患者评分为 64 分,属中度焦虑。③参照《日常生活能力评定 Barthel 指数量表》从进食、洗澡、穿衣等 10 个方面进行评定,总分为 100 分,分值越高,提示自理能力越强。评估显示,患者治疗前评分为 5 分,表明其自理能力处于重度依赖水平,全部需要他人照护。

2.2 护理诊断

①急性疼痛与病理因素有关;②焦虑与疾病导致的疼痛有关;③营养失调,低于机体需要量与纳食减少有关。

2.3 护理计划

结合患者具体症状及护理诊断,制定相应护理计划:①注重疼痛管理:禁食不禁药,持续胃肠减压,抗感染,抑制胰腺分泌;②加强基础护理和心理护理:分散患者注意力,以消除焦虑;③发挥中医特色技术优势,缓解患者腹痛症状。患者积极配合治疗、护理,腹痛症状缓解,饮食良好,情绪缓和。

2.4 护理措施

2.4.1 中医特色护理

患者入院第 2 天,持续行胃肠减压,以减少胰腺分泌和肠道压力,持续禁食水,但仍伴有腹痛,我科采用中药灌肠保持大便通畅,同时联合揸针治疗,缓解腹痛症状,具体操作方法如下。

2.4.1.1 中药灌肠

中药灌肠配方包括薏苡仁 30 g、北败酱草 30 g、附片 6 g、大血藤 30 g 及瓜蒌 30 g 水煎,规格为 200 mL/剂。患者在灌肠过程中,病室内需要保持安静和温暖。①灌肠前,向患者进行详细解释灌肠的目的、操作方法及注意事项。②灌肠过程中,充分考虑患者感受,保护隐私,动作要轻柔、规范,避免损伤黏膜,灌肠时用注射器抽出 100 mL 生理盐水,再用注射器将中药注入生理盐水袋内,加温药液,使药液温度在 39~41℃,连接输液器,将输液器与一次性吸痰管再次连接,嘱患者取左侧卧位,在其肛口涂润滑剂,轻轻插入肛门约 20 cm 左右,调节滴速 50~70 滴/min,待药物全

部注入后,捏紧吸痰管将其轻轻拔出,擦拭肛门。③灌肠结束后,嘱患者保持心态平静,左侧卧位休息,保留药液 2 h 以上,以便延长灌肠中药液的保留时间,达到效果。并及时记录患者大便排出时间,并观察大便颜色、性质、量以及是否出现腹部症状、体征。1 剂/d,分两次,5 d 为一个疗程。

2.4.1.2 揞针治疗

针对患者疼痛症状,我科同时联合揞针穴位治疗,选取的穴位包括足三里穴和合谷穴(双侧)^[12]。①操作前,向患者进行详细解释揞针的目的、操作方法及注意事项,取得患者配合。②操作中,嘱患者取仰卧位,先用拇指顺时针按揉足三里穴和合谷穴,穴位定位参考《针灸学》^[13]。其中足三里在小腿前外侧,犊鼻下 3 寸距胫骨前缘一横指(中指),合谷穴在手背第 2 掌骨桡侧的中点处。以穴位为圆心,按压到骨膜上,按压准确时穴位有明显的酸、麻、胀、疼的感觉,然后用 75% 酒精消毒相应穴位,范围直径 ≥ 2.5 cm,左手拇、食指将埋针部位皮肤撑开紧绷并固定,右手持小镊子夹持胶布边缘,将针尖对准穴位,垂直刺入皮内,平整地贴于皮肤表面并固定,并嘱患者活动双手及双腿,以无任何不适为宜,2 d 埋针 1 次,治疗 7 d 为 1 个疗程。埋针期间每个穴位 8 h 按揉 1 次(我科固定在交接班时),1 min/次。③治疗结束后取针,先掀起揞针的胶布四角,再反向对角捏住胶布,撕掉胶布即可直接带出揞针。取出后,查看揞针完整性,弃于锐器盒内。

2.4.2 专科护理

2.4.2.1 疼痛管理

①遵医嘱禁食水不禁药,胃肠减压,以减少胰腺分泌和肠道压力。②患者入院疼痛评分为 7 分(剧痛),遵医嘱予肌肉注射盐酸消旋山莨菪碱(镇痛解痉药)缓解疼痛;患者治疗第 5 天,疼痛评分为 4 分(中度疼痛),指导患者采取自然的方式将气体吸入、呼出,并在气体吸入后,转移自身注意力,跟随气体进行颈部、胸背部、腹部各部位流转,直至气体充满整个肺部,停留 3~5 s 后缓慢呼出,使患者身心放松,转移疼痛目标;患者治疗第 10 天,疼痛评分为 2 分(轻度疼痛),指导患者通过弯腰、屈膝侧卧位来缓解疼痛,播放音乐、视频转移注意力,鼓励患者以情感宣泄减轻疼痛^[14]。

2.4.2.2 营养支持

①肠外营养支持:患者发病初期,遵医嘱禁食水,以减少胰腺的分泌和刺激,遵医嘱给予静脉营

养支持,留置颈内静脉导管,医生根据患者目前的营养需求给予复方氨基酸、50% 葡萄糖注射液,确保患者获得足够的营养和能量。②开放胃肠道饮食:5 月 17 日患者脂肪酶 693 U/L,血淀粉酶 165 U/L,体温正常,炎症指标较前下降,无恶心呕吐,大便呈黄色糊状,症状好转,遵医嘱暂停肠外营养改为肠内营养支持,并逐步开放胃肠道饮食,试餐以米汤为主,并少量多次进行,每次进食后询问患者感受,患者表示无不适。③正常饮食:5 月 23 日患者无腹痛腹胀,无恶心呕吐,结果回报炎症指标、胰腺功能较前明显好转,遵医嘱暂停肠外营养,拔出胃管,鼓励患者经口进食,以清淡易消化饮食为主,如蔬菜粥、面片汤、发面馒头及瘦肉馄饨。

2.4.3 情志护理

本例患者为急性重症胰腺炎,具有发病突然、病情进展快的特点,并伴有腹痛的症状,加上灌肠治疗的特殊性,使患者容易产生焦虑、紧张及恐惧的心理。对此,在治疗期间给予患者心理护理,首先在灌肠时要保持私密环境,以保护患者隐私;其次,通过病例了解,患者学历水平高,接受能力强,主要以沟通为主,讲解疾病病因、发展、预后及不适症状的原因和缓解、治疗方法,让患者更直接的了解此疾病。同时转移注意力,为患者传递乐观、向上的情绪,并为患者提供一些轻松愉快的书籍资料,构建积极乐观的病房环境,缓解心理压力,树立患者治疗疾病的信心,以促进康复。

2.5 护理评价

①患者治疗前疼痛症状评分为 7 分,治疗 5 d 后疼痛症状评分为 4 分,治疗 10 d 后疼痛症状评分为 2 分,出院前患者无疼痛症状。②患者治疗前焦虑评分为 64 分,经治疗出院前焦虑评分为 30 分。③患者治疗前遵医嘱禁食水,给予肠外营养,治疗 10 d 开放胃肠道饮食(5 月 17 日开始),出院前为正常饮食,详见表 1。

3 结果和随访

经过 15 d 的治疗和护理,患者神志清楚,言语流利,无腹痛腹胀,无恶心呕吐,经口进食无不适,实验室检查结果回报感染指标正常,胰腺功能较前明显好转,整体状况明显改善,已于 2023 年 5 月 25 日出院。在出院前,对患者进行健康教育,告知出院后 4~6 周应清淡饮食,避免食用高脂食物,避免酗酒、暴饮暴食、情绪激动及过度疲劳,养

表 1 疗效评估

评估项目	治疗前	治疗 5 d	治疗 10 d	出院前
VAS/分	7(剧痛)	4(中度疼痛)	2(轻度疼痛)	0(无痛)
SAS/分	64(中度焦虑)	55(轻度焦虑)	50(正常)	30(正常)
进食情况	禁食	肠外营养	开放胃肠道饮食	正常饮食

成良好的生活习惯,并告知患者复查的时间。于患者出院后 1 周及 1 个月,进行电话随访,督促患者保持规律健康的生活习惯,患者自诉对目前的健康状况较为满意。

4 讨论

急性重症胰腺炎是临床上较为常见的急腹症之一,临床表现为起病急骤、病情发展快、并发症较多、易导致多脏器功能衰竭、死亡率较高^[15]。常见的临床体征为腹部明显的腹膜刺激征(压痛、反跳痛、肌紧张)、肠鸣音消失或减弱等^[16]。中医基础理论认为治疗急性重症胰腺炎疼痛以“通则不痛”为治则,《急性胰腺炎中西医结合诊疗指南》明确推荐通过中药灌肠,并联合针刺可改善病人腹痛症状。针刺是中医止痛的重要手段。可显著缓解 SAP 患者疼痛症状,与西医的止痛药物相比,不良反应少^[17]。本病例中采用的中药为薏苡仁、北败酱草、附片、大血藤及瓜蒌,其中薏苡仁抗炎镇痛,北败酱草清热解毒、祛瘀排脓,附片散寒、抗炎、镇痛,大血藤清热解毒、活血、祛风止痛,瓜蒌润燥滑肠。诸药合用,共奏清热解毒、通里攻下、益气养阴及活血化瘀之效。实践证明中药灌肠具有药物吸收充分、作用迅速、无创伤的特点。揞针由《灵枢·官针》中所载的“十二刺”中的“浮刺”针法发展而来,如“浮刺者,傍入而浮之,以治肌急而寒者也”^[18]。揞针疗法作为一种新型皮内针技术^[19],是通过浅刺穴位,将针长时间留滞来治疗疾病的方法,具有操作简便、安全有效、刺激小等特点。因此,揞针的治疗特点可归纳为 3 点,即“浅刺”“无针感”和“久留针”^[20]。本病例针对疼痛症状选择的穴位包括足三里穴和合谷穴,其中足三里穴为强壮要穴,可补益气血,增强人体正气,合谷穴具有行气活血、通络止痛功效。两穴配伍,促进气血生化,以达到行气祛瘀止痛的作用。综上所述,中药灌肠联合揞针治疗 1 例急性重症胰腺炎患者腹痛效果显著,同时此两项中医护理技术具有创伤小、操作简便、不良反应少等特点,患者易于接受,值得临床推广运用。

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] 王玉光,叶蕊,马佳,等. 床旁端坐法在重症急性胰腺炎机械通气患者中的应用[J]. 中华护理杂志, 2019, 54(6): 829-834.
WANG Y G, YE R, MA J, et al. Effects of bedside wheelchair seating in patients with severe acute pancreatitis combined with mechanical ventilation [J]. Chin J Nurs, 2019, 54(6): 829-834. (in Chinese)

[2] 金涛,夏庆. 中西医结合治疗重症急性胰腺炎的要点和进展[J]. 中国实用外科杂志, 2024, 44(5): 529-532.
JIN T, XIA Q. The critical points and progress in the treatment of severe acute pancreatitis with integrated Traditional Chinese and Western medicine [J]. Chin J Pract Surg, 2024, 44(5): 529-532. (in Chinese)

[3] 王国兴,肖红丽,任恩峰. 急性胰腺炎急诊诊断及治疗专家共识[J]. 临床肝胆病杂志, 2021, 37(5): 1034-1041.
WANG G X, XIAO H L, REN E F. Expert consensus on emergency diagnosis and treatment of acute pancreatitis [J]. J Clin Hepatol, 2021, 37(5): 1034-1041. (in Chinese)

[4] 富燕萍,王金柱,李莉莉,等. 规范化营养护理流程在重症急性胰腺炎患者中的应用效果分析[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(12): 1501-1506.
FU Y P, WANG J Z, LI L L, et al. Effects of standardized nutritional nursing process in severe acute pancreatitis patients[J]. Chin J Mod Nurs, 2019, 25(12): 1501-1506. (in Chinese)

[5] 郭思远,颜桂林,郭耀荣,等. 加味大黄牡丹汤联合中药灌肠治疗急性胰腺炎的临床观察[J]. 中国中医急症, 2024, 33(7): 1204-1207.
GUO S Y, YAN G L, GUO Y R, et al. Clinical observation on the treatment of acute pancreatitis with modified Dahuang Mudan decoction combined with Chinese medicine enema [J]. J Emerg Tradit Chin Med, 2024, 33(7): 1204-1207. (in Chinese)

[6] 杨丹,魏莉莉,孙银凤,等. 中药灌肠联合西医常规疗法治疗重症急性胰腺炎临床疗效的 Meta 分析

- [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2022, 29(2): 177-182.
- YANG D, WEI L L, SUN Y F, et al. Meta-analysis on clinical efficacy of traditional Chinese medicine enema combined with western routine therapy in treatment of severe acute pancreatitis[J]. Chin J Integr Tradit West Med Intensive Crit Care, 2022, 29(2): 177-182. (in Chinese)
- [7] 赵丁欢, 杜越, 杜诗涵, 等. 电针联合清胰汤辅助治疗重症急性胰腺炎相关肺损伤的回顾性研究[J]. 中华麻醉学杂志, 2021, 41(4): 469-473.
- ZHAO D H, DU Y, DU S H, et al. A retrospective study of electroacupuncture combined with Qingyi decoction as an adjuvant treatment for severe acute pancreatitis-associated lung injury[J]. Chin J Anesthesiol, 2021, 41(4): 469-473. (in Chinese)
- [8] 王桂春, 孔晔宏, 张雪乔, 等. 大承气汤保留灌肠联合足三里穴按摩在促进重症急性胰腺炎胃肠动力中的应用[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2022, 29(2): 183-186.
- WANG G C, KONG Y H, ZHANG X Q, et al. Application of Dachengqi Decoction retention enema combined with Zusanli acupoint massage in promoting gastrointestinal motility in severe acute pancreatitis[J]. Chin J Integr Tradit West Med Intensive Crit Care, 2022, 29(2): 183-186. (in Chinese)
- [9] 谢彩杏, 陈国忠, 陈小霞, 等. 基于国家专利数据库分析中药复方治疗急性胰腺炎用药规律[J]. 国际中医中药杂志, 2022, 44(7): 796-800.
- XIE C X, CHEN G Z, CHEN X X, et al. The rule of Traditional Chinese Medicine compounds for acute pancreatitis analyzed based on the National Patent Database[J]. Int J Tradit Chin Med, 2022, 44(7): 796-800. (in Chinese)
- [10] 邱迪, 王星明, 刘清仁, 等. 急性术后疼痛危险因素和疼痛程度预测方法的研究进展[J]. 临床麻醉学杂志, 2022, 38(2): 194-198.
- QIU D, WANG X M, LIU Q R, et al. Research progress on risk factors and pain degree prediction methods of acute postoperative pain[J]. J Clin Anesthesiol, 2022, 38(2): 194-198. (in Chinese)
- [11] 陈琳, 马梦思, 宋海燕, 等. 新型冠状病毒肺炎住院患者病耻感和焦虑的相关性研究[J]. 中华护理杂志, 2020, 55(S1): 601-602.
- CHEN L, MA M S, SONG H Y, et al. Study on the correlation between stigma and anxiety in hospitalized patients with coronavirus disease 2019[J]. Chin J Nurs, 2020, 55(S1): 601-602. (in Chinese)
- [12] 热依拉·热合曼, 陈俊逾. 中医治失眠研究进展[J]. 新疆中医药, 2024, 42(2): 141-144.
- RehmanJeira, CHEN J Y. Research progress in treating insomnia[J]. Xinjiang J Tradit Chin Med, 2024, 42(2): 141-144. (in Chinese)
- [13] 梁繁荣, 王华. 针灸学[M]. 5版. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 45-64.
- [14] 曹慧, 王守丽. 1例重症急性胰腺炎合并多种并发症的护理[J]. 中西医结合护理(中英文), 2019, 5(7): 199-201.
- CAO H, WANG S L. Nursing care of acute pancreatitis combined with multiple complications: a case report[J]. Nurs Integr Tradit Chin West Med, 2019, 5(7): 199-201. (in Chinese)
- [15] 许璧瑜, 唐旭华, 钟雪丹, 等. 2例 Stevens-Johnson综合征合并急性胰腺炎患者的护理[J]. 中华护理杂志, 2014, 49(6): 748-751.
- XU B Y, TANG X H, ZHONG X D, et al. Nursing care of 2 patients with Steven-Johnson syndrome complicated with acute pancreatitis[J]. Chin J Nurs, 2014, 49(6): 748-751. (in Chinese)
- [16] 孔晓晨. 循证护理在急性重症胰腺炎患者中的应用效果[J]. 中国医药指南, 2022, 20(16): 168-170.
- KONG X C. Application effect of evidence-based nursing in acute severe pancreatitis[J]. Guide China Med, 2022, 20(16): 168-170. (in Chinese)
- [17] 崔云峰, 王西墨, 尚东, 等. 重症急性胰腺炎中西医结合诊疗指南[J]. 临床肝胆病杂志, 2024, 40(6): 1114-1125.
- CUI Y F, WANG X M, SHANG D, et al. Guidelines for integrated traditional Chinese and Western medicine diagnosis and treatment of severe acute pancreatitis[J]. J Clin Hepatol, 2024, 40(6): 1114-1125. (in Chinese)
- [18] 戚思, 李宁. 揞针的历史沿革及作用机制[J]. 中医临床研究, 2019, 11(11): 34-36.
- QI S, LI N. Historical evolution and mechanism of action of Qin-acupuncture[J]. Clin J Chin Med, 2019, 11(11): 34-36. (in Chinese)
- [19] 杨勤, 徐芳. 揞针联合热敏灸在肛肠手术患者中的应用效果[J]. 护理实践与研究, 2021, 18(15): 2348-2350.
- YANG Q, XU F. Application effect of press-acupuncture combined with heat-sensitive moxibustion in patients with anorectal surgery[J]. Nursing Practice and Research, 2021, 18(15): 2348-2350. (in Chinese)

- [20] 黄娟, 张弛, 王剑雄, 等. 皮内针(揶针)对非特异性颈痛患者疼痛和运动功能的影响: 随机对照研究[J]. 中国康复理论与实践, 2019, 25(4): 465-471.
- HUANG J, ZHANG C, WANG J X, et al. Effect of needle-embedding therapy (press needle) on pain and motor function in patients with nonspecific neck pain: a randomized control trial study[J]. Chin J Rehabil Theory Pract, 2019, 25(4): 465-471. (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 4.0 BY-NC-ND)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。