

柴芩承气汤加减联合针刺治疗重症急性胰腺炎临床研究^{*}

傅小燕,肖剑,田红霞

重庆市开州区中医院,重庆 405400

摘要:目的:观察柴芩承气汤加减联合针刺疗法对重症急性胰腺炎患者免疫功能、炎症反应和营养状况的影响。方法:将 60 例重症急性胰腺炎患者按照随机数字表法分为常规组和试验组,每组各 30 例。常规组给予柴芩承气汤加减治疗,试验组给予柴芩承气汤加减联合针刺治疗。比较两组患者治疗前后免疫功能指标、炎症因子水平[白细胞介素-6(interleukin-6,IL-6)、肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α ,TNF- α)、C 反应蛋白(C reactive protein,CRP)]、营养状态、中医证候积分及肠黏膜屏障功能指标的变化情况。结果:两组患者治疗后 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 低于本组治疗前,CD8⁺ 高于本组治疗前,且治疗后组间比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。两组患者治疗后 IL-6、TNF- α 及 CRP 低于本组治疗前,且治疗后试验组低于常规组($P<0.05$)。两组患者治疗后白蛋白及血红蛋白水平高于本组治疗前,且治疗后试验组高于常规组($P<0.05$)。两组患者治疗后中医证候积分低于本组治疗前,且治疗后试验组低于常规组($P<0.05$)。两组患者治疗后 D-乳酸、二胺氧化酶含量低于本组治疗前,且治疗后试验组低于常规组($P<0.05$)。结论:柴芩承气汤加减联合针刺治疗重症急性胰腺炎患者,能改善患者临床症状,提高免疫功能及营养状态,降低炎症因子水平。

关键词:重症急性胰腺炎;柴芩承气汤加减;针刺疗法;免疫功能;炎症反应;营养状况

DOI:10.16367/j.issn.1003-5028.2024.03.0073

中图分类号:R259.76 文献标志码:A 文章编号:1003-5028(2024)03-0379-05

Clinical Study on Modified Bupleurum and Scutellaria Purgative Decoction Combined with Acupuncture in the Treatment of Severe Acute Pancreatitis

FU Xiaoyan,XIAO Jian,TIAN Hongxia

Chong Qing Kai Zhou Hospital of Traditional Chinese Medicine,Chongqing,China,405400

Abstract:Objective:To observe the effect of Modified Bupleurum and Scutellaria Purgative Decoction combined with acupuncture on immune function,inflammatory response and nutritional status in patients with severe acute pancreatitis. Methods:A total of 60 patients with severe acute pancreatitis were divided into the conventional group and the experimental group according to the random number table method,with 30 cases in each group. The conventional group was treated with Modified Bupleurum and Scutellaria Purgative Decoction,while the experimental group was treated with Modified Bupleurum and Scutellaria Purgative Decoction combined with acupuncture. The changes in the immune function indexes,inflammatory factor levels [including interleukin-6 (IL-6),tumor necrosis factor- α (TNF- α),C reactive protein (CRP)],nutritional status,TCM syndrome scores and intestinal mucosal barrier function indexes before and after treatment were compared between the two groups. Results:After treatment,the levels of CD3⁺,CD4⁺,CD4⁺/CD8⁺ in the two groups were lower than those before treatment,while CD8⁺ was higher than that before treatment,and all the differences between the two groups were statistically significant ($P<0.05$);the levels of IL-6,TNF- α and CRP in the two groups were lower than those before treatment,and the above indexes in the experimental group were lower than those in the conventional group ($P<0.05$);the levels of albumin and hemoglobin in the two groups were higher than those before treatment,and the above indexes in the experimental group were higher than those in the conventional group ($P<0.05$);the syndrome scores of TCM in the two groups were lower than those before

^{*} 基金项目:重庆市开州区 2018 年科技指导性计划项目{开科发[2018]2 号 15}

treatment, and the above indexes in the experimental group were lower than those in the conventional group ($P < 0.05$); the contents of D-lactic acid and diamine oxidase in the two groups were lower than those before treatment, and the above indexes in the experimental group were lower than those in the conventional group ($P < 0.05$). Conclusion: Modified Bupleurum and Scutellaria Purgative Decoction combined with acupuncture in the treatment of patients with severe acute pancreatitis can improve the clinical symptoms, enhance the immune function and nutritional status, and reduce the level of inflammatory factors.

Keywords: severe acute pancreatitis; Modified Bupleurum and Scutellaria Purgative Decoction; acupuncture therapy; immune function; inflammatory response; nutritional status

重症急性胰腺炎是一种常见的急腹症,其常见病因包括胆道疾病、高脂血症、饮酒、十二指肠疾病、代谢障碍等^[1],主要表现为持续性疼痛,多集中于左上腹或上腹,少数患者仰卧位腹部疼感加重,疼痛可持续数日,同时伴有恶心呕吐等不适,严重者出现全身并发症、单个或多脏器功能障碍的表现^[2]。中医将重症急性胰腺炎归属“腹痛”“胃脘痛”等范畴,本病的发生多因患者嗜食肥甘、饮食不节、素体亏虚等致使肝胆脾胃功能失调,脾失健运,治疗需以“通”为大法,进行辨证论治^[3]。柴芩承气汤出自《急腹症方药新解》,具有通腑行气、调理脾胃、祛湿化痰、清肝解郁等功效^[4]。针刺是中医的一种非药物疗法,通过使用毫针刺刺激应的穴位,起到活血化瘀、通经活络的作用,还能调节免疫功能,使机体处于阴阳平衡的状态^[5]。笔者采用柴芩承气汤加减联合针刺治疗重症急性胰腺炎,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2019 年 1 月至 2021 年 12 月重庆市开州区中医院收治的 60 例重症急性胰腺炎患者为研究对象,按照随机数字表法分为常规组和试验组,每组各 30 例。常规组男 19 例,女 11 例;年龄 31 ~ 73 (54.65 ± 5.73) 岁;病程 1 ~ 12 (8.40 ± 3.42) d;体质量指数 23 ~ 31 (26.62 ± 2.95) kg · m⁻²。试验组男 21 例,女 9 例;年龄 33 ~ 71 (54.03 ± 6.18) 岁;病程 2 ~ 11 (8.53 ± 3.64) d;体质量指数 21 ~ 30 (26.00 ± 3.81) kg · m⁻²。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义 ($P < 0.05$),具有可比性。研究已经重庆市开州区中医院伦理委员会审批 [伦理编号:医伦审(2018)第 7 号]。

1.2 诊断标准 符合《急性胰腺炎诊治指南(2014 版)》^[6]《急性胰腺炎急诊诊断及治疗专家共识》^[7]相关标准:(1)急性起病,突发上腹痛可伴有呕吐、发热等,多与饮酒或暴饮暴食有关。主要腹部体征是上腹压痛,重症者可有腹膜刺激征、腹水及全身表

现;(2)生化检验可见血液中淀粉酶、脂肪酶等指标升高;(3)经腹部 CT、超声等检查可见胰腺的炎症、坏死。

1.3 病例纳入标准 知情同意,自愿配合研究;具备急性腹痛症状、腹胀、消化道不适等症状;认知、智力、听力等功能正常。

1.4 病例排除标准 合并机械性肠梗阻或动力性肠梗阻;肝、肾、肺功能异常;对本次治疗方案有禁忌证者。

1.5 治疗方法 常规组给予柴芩承气汤加减治疗,药物组成:柴胡、枳实、厚朴、白芍、川芎各 12 g,黄芩、大黄(后下)、芒硝、延胡索各 15 g,金钱草、赤芍、莱菔子各 20 g。每日 1 剂,水煎 450 mL,早晚分服。治疗 2 d 后若仍有腹胀、恶心等症状,则去金钱草,加白术、半夏、砂仁各 10 g,将大黄、芒硝各减至 12 g,从口服改为鼻饲,每次 100 mL,每天 3 次。

试验组给予柴芩承气汤加减联合针刺治疗,柴芩承气汤加减用法用量与常规组一致,针刺方法:主穴:足三里、下巨虚、地机、内关、支沟、天枢;配穴:中脘、梁门、府舍、脾俞、胃俞、内庭、期门、上脘。每次选主穴 2 ~ 3 个,配穴 1 ~ 2 个。除针刺背腧穴外,患者均取仰卧位。针刺下巨虚、地机时,尽可能先在其周围找到压痛明显的点,针体垂直刺入,大幅度捻转提插以加强刺激,均用泻法。得气后留针 1 h,每隔 5 ~ 10 min 醒针 1 次,至局部皮肤起红晕。每日 2 ~ 4 次,两组均治疗 7 d。

1.6 观察指标

1.6.1 免疫功能指标 采集两组患者治疗前后空腹肘部静脉血各 3 mL,全血置于含有抗凝剂的离心管中混匀,离心 10 min,随后取上清液使用流式细胞仪测定 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ 水平,并计算 CD4⁺/CD8⁺。

1.6.2 炎症因子水平 使用酶联免疫法检测两组患者治疗前后白细胞介素 - 6 (interleukin - 6, IL - 6)、肿瘤坏死因子 - α (tumor necrosis factor - α ,

TNF- α)、C 反应蛋白 (C reactive protein, CRP) 水平。

1.6.3 营养状态 使用全自动血细胞分析仪测定两组患者治疗前后血红蛋白及白蛋白指标变化情况,进而评价患者营养状态。

1.6.4 中医证候积分 采取科室自制量表对两组患者治疗前后中医证候进行评定,主要包括发热、腹痛、恶心呕吐、大便秘结等,每项以 0~5 分计分,分值与症状呈正相关。

1.6.5 肠黏膜屏障功能指标 使用全自动血细胞分析仪测定两组患者治疗前后 D-乳酸、二胺氧化酶含量,以评定患者肠黏膜屏障功能。

表 1 两组急性胰腺炎患者治疗前后免疫功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	CD3 ⁺ /%	CD4 ⁺ /%	CD8 ⁺ /%	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
常规组	30	治疗前	36.18 $\pm$ 5.16	35.08 $\pm$ 5.12	26.78 $\pm$ 3.38	1.90 $\pm$ 1.08
	30	治疗后	31.65 $\pm$ 4.76 [*]	31.36 $\pm$ 4.35 [*]	28.36 $\pm$ 4.02 [*]	1.70 $\pm$ 0.79 [*]
试验组	30	治疗前	36.57 $\pm$ 5.33	35.21 $\pm$ 5.70	26.27 $\pm$ 3.37	1.65 $\pm$ 0.69
	30	治疗后	22.11 $\pm$ 4.40 ^{*Δ}	23.58 $\pm$ 4.68 ^{*Δ}	31.89 $\pm$ 4.36 ^{*Δ}	0.72 $\pm$ 0.32 ^{*Δ}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与常规组治疗后比较, $\Delta P<0.05$ 。

2.2 两组急性胰腺炎患者治疗前后炎症因子水平比较 两组患者治疗后 IL-6、TNF- α 及 CPR 低于本组治疗前,且治疗后试验组低于常规组 ($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组急性胰腺炎患者治疗前后炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	IL-6 ($\rho/\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$)	TNF- α ($\rho/\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$)	CPR ($\rho/\text{mg} \cdot \text{L}^{-1}$)
常规组	30	治疗前	8.56 $\pm$ 3.21	16.58 $\pm$ 4.57	6.25 $\pm$ 2.42
	30	治疗后	6.31 $\pm$ 2.21 [*]	15.67 $\pm$ 5.41 [*]	4.91 $\pm$ 1.71 [*]
试验组	30	治疗前	8.67 $\pm$ 3.22	16.27 $\pm$ 4.55	6.31 $\pm$ 2.31
	30	治疗后	5.36 $\pm$ 2.10 ^{*Δ}	12.89 $\pm$ 5.30 ^{*Δ}	3.87 $\pm$ 1.72 ^{*Δ}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与常规组治疗后比较, $\Delta P<0.05$ 。

2.3 两组急性胰腺炎患者治疗前后营养状态比较 两组患者治疗后白蛋白及血红蛋白水平高于本组

表 4 两组急性胰腺炎患者治疗前后中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	时间	发热	腹痛	恶心呕吐	大便秘结
常规组	30	治疗前	4.31 $\pm$ 0.76	4.78 $\pm$ 0.87	4.78 $\pm$ 0.57	4.72 $\pm$ 0.31
	30	治疗后	2.67 $\pm$ 0.27 [*]	2.62 $\pm$ 0.96 [*]	1.86 $\pm$ 0.98 [*]	1.82 $\pm$ 0.80 [*]
试验组	30	治疗前	4.23 $\pm$ 0.87	4.11 $\pm$ 0.89	4.08 $\pm$ 0.76	4.86 $\pm$ 0.35
	30	治疗后	1.25 $\pm$ 0.33 ^{*Δ}	1.57 $\pm$ 0.23 ^{*Δ}	1.97 $\pm$ 0.31 ^{*Δ}	0.53 $\pm$ 0.10 ^{*Δ}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与常规组治疗后比较, $\Delta P<0.05$ 。

2.5 两组急性胰腺炎患者治疗前后肠黏膜屏障功能指标比较 两组患者治疗后 D-乳酸、二胺氧化

1.7 统计学方法 采用 SPSS 22.0 软件对所有数据进行统计学处理,免疫功能、炎症反应、营养状态、中医证候积分及肠黏膜屏障功能等计量资料结果采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;两组患者一般资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组急性胰腺炎患者治疗前后免疫功能指标比较 两组患者治疗后 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 低于本组治疗前,CD8⁺ 高于本组治疗前,且治疗后组间比较,差异具有统计学意义 ($P<0.05$),见表 1。

治疗前,且治疗后试验组高常规组 ($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组急性胰腺炎患者治疗前后营养状态比较 ($\bar{x} \pm s, \text{g} \cdot \text{L}^{-1}$)

组别	<i>n</i>	时间	白蛋白	血红蛋白
常规组	30	治疗前	31.47 $\pm$ 2.31	102.78 $\pm$ 7.76
	30	治疗后	38.90 $\pm$ 3.12 [*]	122.97 $\pm$ 5.30 [*]
试验组	30	治疗前	30.72 $\pm$ 2.01	101.45 $\pm$ 8.63
	30	治疗后	42.89 $\pm$ 3.30 ^{*Δ}	129.67 $\pm$ 9.17 ^{*Δ}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与常规组治疗后比较, $\Delta P<0.05$ 。

2.4 两组急性胰腺炎患者治疗前后中医证候积分比较 两组患者治疗后中医证候积分低于本组治疗前,且治疗后试验组低于常规组 ($P<0.05$),见表 4。

酶含量低于本组治疗前,且治疗后试验组低于常规组 ($P<0.05$),见表 5。

表 5 两组急性胰腺炎患者治疗前后
肠黏膜屏障功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	D-乳酸 ($\text{c}/\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$)	二胺氧化酶/ $\text{U} \cdot \text{L}^{-1}$
常规组	30	治疗前	12.78 ± 3.76	5.47 ± 1.31
	30	治疗后	$9.97 \pm 2.30^*$	$4.88 \pm 1.12^*$
试验组	30	治疗前	12.45 ± 3.63	5.98 ± 1.01
	30	治疗后	$7.67 \pm 2.17^{*\Delta}$	$2.89 \pm 0.30^{*\Delta}$

注:与本组治疗前比较, $*P < 0.05$;与常规组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$ 。

3 讨论

近些年,重症急性胰腺炎发病率逐年升高,且患病年龄逐渐年轻化^[8-10]。重症急性胰腺炎的主要临床表现为腹痛,疼痛一般较剧烈且多为急性发作,疼痛的性质多为钝痛、刀割样痛,持续性发作,可在短时间内使患者发生意识障碍,更严重者可发生休克现象^[11-13]。重症急性胰腺炎的病因多为暴饮暴食,过度饮酒导致机体受损,运化失职,湿热蕴结,或因情志不畅,肝失疏泄,肝郁壅火,也可能为寄生虫、结石堵塞管道,导致气机紊乱,而发本病,治疗则以通腑泄热、行气导滞为主^[14-15]。

柴芩承气汤作为中医著名方剂,常被临床用于治疗重症急性胰腺炎疾病,均取得显著成效^[16-17]。方中柴胡疏肝和胃、和解少阳;枳实破气消积、化痰除痞;厚朴燥湿消痰、下气除满;白芍缓中止痛、敛阴收汗;川芎辛散温通、活血祛瘀;黄芩清热燥湿、清心泻火;大黄攻下积滞、清热凉血;芒硝润燥软坚、清火消肿;延胡索活血散瘀、理气止痛;金钱草利尿通淋、除湿退黄;赤芍活血祛瘀、抗菌散恶血;莱菔子健脾消食、降气化痰。诸药合用,胃气得和、腑气得通、坚硬有形之邪可散^[18-19]。

针刺作为传统中医的一种疗法,源远流长,对重症急性胰腺炎患者采取相应手法进行针刺治疗,可起到通腑泄热、顺气导滞、升清降浊、消肿散结等效果^[20-21]。本研究结果显示,试验组治疗后 CD3^+ 、 CD4^+ 、 $\text{CD4}^+/\text{CD8}^+$ 、 IL-6 、 $\text{TNF-}\alpha$ 、 CPR 、中医证候积分低于常规组更低,差异有统计学意义($P < 0.05$);试验组治疗后 CD8^+ 高于常规组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。试验组治疗后血红蛋白、白蛋白、D-乳酸、二胺氧化酶含量高于试验组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。证实柴芩承气汤加减联合针刺疗法可作为重症急性胰腺炎患者的有效治疗方案,能够改善重症急性胰腺炎患者的营养状态及

肠黏膜屏障功能。本次选取的穴位中,足三里是足阳明经之下合穴,是治胃腑病之要穴,故取其为主穴,以补益胃气、导滞止痛^[22]。下巨虚为小肠之下合穴,具有调理肠胃的功能。地机是脾经之穴,具有健脾渗湿、调经止带的功效,针刺地机穴可用于治疗腹痛、腰痛、胸胁痛等^[23]。内关是手厥阴心包经的常用腧穴之一,针刺该穴位可改善由胰腺炎引起的腹痛、腹胀等不适症状^[24]。支沟是手少阳三焦经的腧穴,具有疏理三焦气机、解郁通闭之功效^[25]。中脘是胃经经气汇聚之募穴,八会穴之腑会,具有调理脾胃之功能,能补益脾胃、温中散寒、益气养血^[26]。梁门是足阳明胃经穴,且位于胃脘部,可治疗胃痛、呕吐、食欲不振、腹胀、泄泻等症状^[27]。府舍是足太阴脾经的重要穴位之一,具有润脾之燥、生发脾气之功效,多用于治疗腹痛、积聚等疾病。脾俞是脾之背俞穴,可健脾利湿、和胃降逆。胃俞内应于中,刺之可调理脾胃、和胃降逆、化湿消滞^[28]。内庭是足阳明经脉气所溜之荣穴,具有清降胃火、通降腑气、止痛的功效。期门是足厥阴肝经的穴位之一,具有疏肝清热、利胆和胃、降逆止痛的功效^[29]。上脘是足阳明胃经、手太阳小肠经、任脉的交会穴,可缓解腹胀、消化不良、打嗝、呕吐等症状^[30]。

综上,柴芩承气汤加减联合针刺治疗重症急性胰腺炎患者,能改善患者临床症状,提高免疫功能及营养状态,降低炎症因子水平。

参考文献:

[1] 黄卫,杨冬华.重症急性胰腺炎的病因及其伴随相关因素的临床分析[J].临床荟萃,2004,19(19):1105-1106.

[2] 蒲海龙,何智林,李蒙新,等.采用CT影像学征象评估重症急性胰腺炎病情分级的可靠性研究[J].中国CT和MRI杂志,2022,20(2):108-110.

[3] 鲁润鹏,韩志鹏.重症急性胰腺炎的发病机制及治疗进展[J].国际医药卫生导报,2009,15(7):119-122.

[4] 冯勇,谭冬梅,李彬,等.柴芩承气汤对重症急性胰腺炎的疗效观察及部分机制[J].世界中医药,2019,14(11):2940-2944.

[5] 张圆,余剑波.针刺辅助治疗重症急性胰腺炎的研究现状及展望[J].中国中西医结合急救杂志,2021,28(6):759-762.

[6] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组.急性胰腺炎诊治指南(2014版)[J].中华消化外科杂志,2015,14(1):1-5.

[7] 中华医学会急诊分会,京津冀急诊急救联盟,北京医学会急诊分会,等.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.

[8] 张亚明,刘文方,范跃祖. 重症急性胰腺炎治疗进展[J]. 华北煤炭医学院学报,2002,4(6):714-715.

[9] 陈品中. 重症急性胰腺炎的治疗进展[J]. 医学信息,2015,28(32):387-388.

[10] 陈曦. 重症急性胰腺炎并发中枢神经异常表现的临床分析[J]. 中国误诊学杂志,2003,3(5):709-710.

[11] 林小春,黄开宇. 小儿重症急性胰腺炎 5 例临床特征分析[J]. 温州医科大学学报,2017,47(6):459-461.

[12] 何钦缘,付文广,李秋. 重症急性胰腺炎的发病原因及发病机制研究进展[J]. 现代医药卫生,2016,32(21):3318-3321.

[13] 左毅,白锂华,杨彬. 中西医结合治疗急性胰腺炎研究进展[J]. 河南中医,2014,34(8):1636-1637.

[14] 张楠,张倩,田虎. 柴芩承气汤治疗急性胰腺炎随机对照试验的 Meta 分析[J]. 光明中医,2023,38(1):12-17.

[15] 周秉舵,朱生梁. 中医药治疗急性胰腺炎近况[J]. 河南中医,2006,26(8):84-86.

[16] 施文杰. 柴芩承气汤治疗急性胰腺炎疗效观察[J]. 黑龙江中医药,2012,41(5):22.

[17] 路璐,于洪海,姚红梅,等. 柴芩承气汤对重症急性胰腺炎免疫功能的影响[J]. 吉林中医药,2016,36(8):784-786.

[18] 张倩,郝晓英,张慧芳. 柴芩承气汤治疗急性胰腺炎(湿热壅滞证)患者的疗效观察[J]. 中国中医急症,2023,32(6):1042-1045.

[19] 朱锋,瞿昌晶,陈慧丽,等. 柴芩承气汤对重症急性胰腺炎并发肠梗阻患者免疫功能及血清血管活性肠肽胃动素 胃泌素水平的影响[J]. 中国药物与临床,2022,22(2):165-168.

[20] 李淑娜,李义. 急性胰腺炎近十年针刺治疗研究进展

[J]. 海南医学,2020,31(2):236-239.

[21] 郭徽,张荣荣,朱世峰,等. 针刺调控急性胰腺炎胃肠道动力障碍的研究进展[J]. 针灸临床杂志,2013,29(5):88-90.

[22] 路薇薇,钱小强,杨敏,等. 柴胡疏肝散联合足三里针刺对急性胰腺炎患者血清炎症及免疫指标的影响[J]. 上海中医药杂志,2023,57(6):80-83.

[23] 申立静,王灿,刘坛娥,等. 中药灌肠-腕踝针-穴位贴敷综合治疗急性胰腺炎的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志,2022,31(4):504-508.

[24] 吴灿,邓行行,黄帅,等. 电针疗法联合奥曲肽治疗重症急性胰腺炎伴麻痹性肠梗阻的临床观察[J]. 中医药导报,2021,27(7):105-108.

[25] 戈宏焱,陈博. 穴位贴敷配合药物治疗急性胰腺炎临床观察[J]. 中国针灸,2012,32(7):602-604.

[26] 李晗婧,赵雨,文谦,等. 腹部与四肢经穴配伍治疗急性胰腺炎的临床比较研究[J]. 针刺研究,2018,43(11):725-729.

[27] 黄静,胡锦涛,王斌. 脾俞穴影像解剖及针刺安全深度研究[J]. 针灸临床杂志,2023,39(9):10-13.

[28] 孔思琪,袁超,张毅,等. 张仲景针刺期门穴的临床运用及临证思辨[J]. 中国民族民间医药,2023,32(10):12-15.

[29] 王磊,程为平. 上脘穴的针刺安全性研究[J]. 针灸临床杂志,2012,28(12):46-49.

[30] 徐蕾,杨红星,章越,等. 上脘、中脘、下脘穴的体表定位汇考与局部解剖探析[J]. 针灸临床杂志,2012,28(9):4-6.

收稿日期:2023-10-18

作者简介:傅小燕(1985-),女,重庆人,医学硕士,主治中医师。

(编辑:倪婷婷)