

# 温针灸配合综合消肿疗法在妇科盆腔恶性肿瘤术后下肢水肿中的应用效果观察

程明<sup>a</sup>, 贾龙<sup>a</sup>, 唐璐<sup>a</sup>, 陈宇<sup>a</sup>, 张雨<sup>a</sup>, 唐粤川<sup>a</sup>, 翁一文<sup>b</sup>

成都市金牛区人民医院 a. 康复医学科, b. 心内科, 四川 成都 610036

**【摘要】** 目的 研究温针灸配合综合消肿疗法在妇科盆腔恶性肿瘤术后下肢水肿中的应用效果。方法 选取 2022 年 5 月至 2024 年 5 月我院收治的 84 例妇科盆腔恶性肿瘤术后下肢水肿患者, 将其以密封信封抽签法分为试验组及对照组各 42 例。对照组开展综合消肿疗法, 试验组在对照组基础上增用温针灸。两组均持续干预 1 个月, 比较两组下肢周径、下肢水肿程度、疼痛程度、心境状态、生活质量、血清炎症因子水平。结果 干预 7 d 后两组大腿、小腿周径、数字等级评定量表(NRS)评分均低于干预前, 且试验组低于对照组( $P < 0.05$ ); 试验组下肢水肿程度轻于对照组( $P < 0.05$ ); 干预 1 个月后试验组自我感觉负担量表(SPBS)评分低于对照组, 而心理弹性量表简化版(CD-RISC10)评分高于对照组( $P < 0.05$ ); 两组中文版癌症治疗评估量表(FACTG)各维度评分均高于干预前, 且试验组高于对照组(均  $P < 0.05$ ); 两组各项血清炎症因子水平均低于干预前, 且试验组低于对照组( $P < 0.05$ )。结论 温针灸配合综合消肿疗法应用于妇科盆腔恶性肿瘤术后下肢水肿中的效果更佳, 可减轻患者疼痛程度, 改善心境状态、生活质量以及血清炎症因子水平。

**【关键词】** 盆腔恶性肿瘤; 下肢水肿; 温针灸; 综合消肿疗法; 心境状态; 生活质量

**【中图分类号】** R247.9 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 1672-6170(2026)03-0124-06

**Observation on the effect of warming acupuncture and moxibustion combined with comprehensive detumescence therapy in the treatment of lower limb edema after gynecological pelvic malignant tumor surgery** CHENG Ming<sup>a</sup>, JIA Long<sup>a</sup>, TANG Lu<sup>a</sup>, CHEN Yu<sup>a</sup>, ZHANG Yu<sup>a</sup>, TANG Yuechuan<sup>a</sup>, WENG Yi-wen<sup>b</sup> a. Department of Rehabilitation, b. Department of Cardiology, Jinniu District People's Hospital of Chengdu, Chengdu 610036, China

**【Corresponding author】** WENG Yi-wen

**【Abstract】** **Objective** To investigate the application effect of warm acupuncture combined with comprehensive detumescence therapy in lower extremity edema after gynecological pelvic malignant tumor surgery. **Methods** A total of 84 patients with lower extremity edema after gynecological pelvic malignant tumor surgery admitted to our hospital from May 2022 to May 2024 were selected. They were divided into an experimental group and a control group by sealed envelope lottery method, 42 in each group. The control group received comprehensive detumescence therapy intervention. The experimental group was treated with warm acupuncture intervention on the basis of the control group. The lower extremity circumference, degree of lower extremity edema, degree of pain, mood state, quality of life and levels of serum inflammatory factors were compared between the two groups. **Results** After 7 days of intervention, the circumference of the thighs and calves as well as the Numerical Rating Scale (NRS) scores in both groups were lower than before intervention, and the experimental group was lower than the control group ( $P < 0.05$ ). The degree of lower limb edema in the experimental group was milder than that in the control group ( $P < 0.05$ ). After one month of intervention, the Self-Perceived Burden Scale (SPBS) score of the experimental group was lower than that of the control group ( $P < 0.05$ ). The simplified version of the Psychological Resilience Scale (CD-RISC10) score of the experimental group was higher than that of the control group ( $P < 0.05$ ). The scores of each dimension of the Chinese version of the Cancer Treatment Evaluation Scale (FACTG) in both groups were higher than before intervention, and the experimental group was higher than the control group (both  $P < 0.05$ ). The levels of various serum inflammatory factors in both groups were lower than before intervention, and the experimental group was lower than the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusions** The application of warm acupuncture combined with comprehensive detumescence therapy in lower extremity edema after gynecological pelvic malignant tumor surgery has a better effect. It can reduce the pain degree of patients, improve their mood state, quality of life and serum inflammatory factor levels.

**【Key words】** Pelvic malignant tumor; Lower extremity edema; Warm acupuncture; Comprehensive detumescence therapy; State of mind; Quality of life

妇科盆腔恶性肿瘤包括宫颈癌、卵巢癌以及子宫内膜癌等<sup>[1,2]</sup>, 是严重威胁女性生命健康安全的重大疾病。外科手术是目前全球范围内公认的治疗多种妇科盆腔恶性肿瘤的有效手段之一, 可显著

改善患者预后, 尤其是早期恶性肿瘤患者可从外科手术中明显获益。然而, 外科手术作为创伤性治疗手段, 实际操作过程中会对淋巴管网造成不可避免的损伤, 从而导致淋巴管内的淋巴液回流受阻, 进而引起下肢水肿等并发症。术后下肢水肿会导致患者出现麻木、肿胀以及疼痛等症状, 部分患者甚至会出现关节功能障碍, 进而导致患者出现紧张、焦虑以及恐惧等负性情绪, 对术后生存质量造成负

**【基金项目】** 四川省中医药管理局中医药科研专项课题(编号: 2023MS568)

**【通讯作者】** 翁一文

面影响。如何有效促进妇科盆腔恶性肿瘤术后下肢水肿患者康复意义重大,也是广大医务工作者关注的热点。综合消肿疗法是目前临床上应用较为广泛的下肢水肿治疗方案之一,具有无副作用与无创伤性等优势,但周期较长,难以获得较为理想的治疗效果<sup>[3]</sup>。温针灸属于中医外治法之一,具有疏通经络以及化瘀散结等功效,可促进局部血液循环与淋巴液回流,应用于下肢水肿的治疗中可能具有一定价值<sup>[4]</sup>。本研究观察温针灸配合综合消肿疗法在妇科盆腔恶性肿瘤术后下肢水肿中的应用效果,现总结报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料 2022 年 5 月至 2024 年 5 月我院收

治的 84 例妇科盆腔恶性肿瘤术后下肢水肿患者,纳入标准:①经病理检查确诊为妇科恶性肿瘤;②均行手术治疗;③术后存在下肢水肿;④年龄 $\geq 18$  周岁;⑤具备正常的认知功能,可配合完成各项干预措施;⑥临床资料完善;⑦自愿参与研究并签署同意书。排除标准:①因其他原因导致的双下肢水肿;②术前有血栓病史;③存在综合消肿治疗禁忌证;④神志异常;⑤心、肝、肾等脏器功能严重受损;⑥研究期间因故退出或失访;⑦存在温针灸禁忌证。将其以密封信封抽签法分为试验组及对照组各 42 例,两组基线资料比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。见表 1。该研究经我院医学伦理委员会批准。

表 1 两组基线资料比较

项目	试验组( $n=42$ )	对照组( $n=42$ )	统计量	$P$
年龄(岁)	57.38 $\pm$ 10.30	57.62 $\pm$ 10.34	$t=0.107$	0.915
体重指数( $\text{kg}/\text{m}^2$ )	22.16 $\pm$ 2.09	22.30 $\pm$ 2.12	$t=0.305$	0.761
疾病类型[ $n(\%)$ ]	宫颈癌	20(47.62)	$\chi^2=0.105$	0.746
	卵巢癌	14(33.33)		
	子宫内膜癌	6(14.29)		
	其他	2(4.76)		
手术类型[ $n(\%)$ ]	开腹	14(33.33)	$\chi^2=0.055$	0.815
	腹腔镜	28(66.67)		
临床分期[ $n(\%)$ ]	I 期	12(28.57)	$\chi^2=0.223$	0.637
	II 期	30(71.43)		
病理类型[ $n(\%)$ ]	鳞癌	31(73.81)	$\chi^2=0.060$	0.807
	腺癌	10(23.81)		
	其他	1(2.38)		
不健康行为习惯[ $n(\%)$ ]	吸烟	8(19.05)	$\chi^2=0.074$	0.786
	饮酒	10(23.81)		
合并基础疾病[ $n(\%)$ ]	高血压	10(23.81)	$\chi^2=0.068$	0.794
	糖尿病	9(21.43)		
	冠心病	7(16.67)		
病因[ $n(\%)$ ]	淋巴源性水肿	23(54.76)	$\chi^2=0.718$	0.397
	静脉源性水肿	15(35.71)		
	其他	4(9.52)		

1.2 方法 所有患者术后均予以营养支持、积极抗感染以及运动康复干预等常规干预。对照组采用综合消肿疗法干预:①个性化皮肤干预:每日定时检查患者下肢皮肤状况,及时发现患肢破损,维持会阴、皮肤褶皱以及腹股沟内侧局部皮肤的清洁。维持皮肤湿度,如选用中性润肤乳涂抹皮肤等。告知患者穿着相对宽松的衣物,防止循环受阻导致水肿的加剧。②徒手淋巴引流:协助患者取仰卧位,告知其放松全身,由操作者并拢双手,将指腹放置在水肿高处,通过肩肘运动带动手部,以静止旋转法完成徒手淋巴引流。按压期间保持力度的始终,

以不会导致局部皮肤泛红为最佳。20~30 min/次,1 次/天。③绷带加压包扎:协助患者取仰卧位,将足趾作为起点,选用低弹性压力绷带朝近心端缠绕直到大腿根部为宜,缠绕患肢过程中应确保不低于 50% 的重叠率。踝部与腘窝等处以 8 字交叉法实施加强固定。缠绕过程中遵循梯度压力的作用,即远心端压力最大、而近心端压力最小。维持绷带压力 30~40 mmHg。④肢体功能训练:每日完成上述内容后,综合患者具体情况指导其开展针对性肢体功能训练,内容涵盖呼吸卷腹运动、屈膝运动、髌膝屈曲运动以及膝摇摆运动等。20~30 min/次,1 次/天。

试验组在对照组的基础上增用温针灸干预;目标穴位包括气海、关元、足三里、阴陵泉、三阴交、丰隆、血海、阿是穴等。针刺前协助患者取仰卧位,对穴位进行常规消毒处理,随后取 0.30 mm×40 mm 一次性无菌针灸针,直刺进针,施以平补平泻手法。此外,选择足三里、阴陵泉、三阴交以及阿是穴的针柄上插入 2 cm 左右的纯净艾炷,点燃施灸,每穴灸 2 壮,以局部温热感以及皮肤红润为宜,留针 30min。治疗频率为 5 次/周。综合消肿疗法的实施均由医院一名通过专业培训,且通过考核与认证的淋巴水肿治疗师独立完成。两组均持续干预 1 个月(早期住院+后期门诊)。

**1.3 观察指标** 比较两组下肢周径,下肢水肿程度,疼痛程度,心境状态,生活质量,血清炎症因子水平。评估时间选择干预前及干预 7 d 后:①下肢周径选择周径测量法进行,涵盖大腿与小腿周径,重复测量 3 次,将平均值视作最终结果。②下肢水肿程度的评估参考《外周淋巴水肿诊疗的中国专家共识》<sup>[5]</sup>进行:I 期:下肢水肿存在一定的凹陷,且在肢体抬高后显著消退;II 期:下肢水肿在肢体抬高后无明显变化,存在皮下脂肪与纤维化生成;III 期:下肢水肿呈非凹陷性,且肢体直径变大,硬度增加,皮下脂肪明显沉积与纤维化;IV 期:病变软组织异常增生肥大,且伴有皮肤病变。③疼痛程度的评估选择数字等级评定量表(numeric rating scale, NRS)完成<sup>[6]</sup>,总分 0~10 分,得分高预示疼痛剧烈。

评估时间选择干预前及干预 1 个月后:①心境状态的评估借助自我感觉负担量表(self-perceived burden scale, SPBS)<sup>[7]</sup>与心理弹性量表简化版(con-

nor-davidson resilience scale-10 item, CD-RISC10)<sup>[8]</sup>完成。前者主要内容共涉及 10 个条目,各条目计分 1~5 分,总分 10~50 分,得分高预示自我感觉负担重。后者主要涵盖 5 个维度,涉及 25 个条目,各条目 0~4 分,总分 0~100 分,得分高预示心理弹性更佳。②生活质量的评估借助中文版癌症治疗评估量表(functional assessment of cancer therapy - general, FACTG)<sup>[9]</sup>进行评估,内容涵盖下述 4 个方面:生理状况、功能状况、社会/家庭状况、情感状况。共涉及 27 个条目,各条目均严格遵循 Likert 4 级评分,计分 0~4 分,总分 0~108 分,得分与生活质量呈正比。③炎症因子检测:以干预前及干预 1 个月后为时机,抽取患者晨起摄食前静脉血 4 ml。离心获取血清置于-80℃环境下保存。检测指标涵盖下述 4 项:C 反应蛋白(C-reactive protein, CRP)、肿瘤坏死因子-α(tumor necrosis factor -α, TNF-α)、白细胞介素-6(Interleukin-6, IL-6)、白细胞介素-10(interleukin-10, IL-10)。检测方式选用酶联免疫吸附试验,具体操作遵循试剂盒说明书完成。评估时间选择干预前及干预 1 个月后。

**1.4 统计学方法** 应用 SPSS 24.0 统计学软件进行数据分析处理。计量数据以均数±标准差表示,比较采用 *t* 检验;计数资料以例数(%)表示,比较采用  $\chi^2$  检验;等级资料的比较采用秩和检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组干预前后下肢周径比较** 干预 7 d 后两组大腿、小腿周径均低于干预前,且试验组低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组干预前后下肢周径比较 (cm)

组别	例数	大腿周径		小腿周径	
		干预前	干预 7 d 后	干预前	干预 7 d 后
试验组	42	51.66±6.02	41.26±5.14 <sup>△</sup>	36.12±3.17	32.05±2.56 <sup>△</sup>
对照组	42	51.78±6.04	45.60±5.76 <sup>△</sup>	36.20±3.21	34.19±2.90 <sup>△</sup>
<i>t</i>		0.091	3.643	0.115	3.585
<i>P</i>		0.928	0.001	0.909	0.001

△与干预前比较, $P < 0.05$

**2.2 两组干预前后下肢水肿程度比较** 干预 7 d 后试验组下肢水肿程度轻于对照组,差异有统计学

意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组干预前后下肢水肿程度比较 [n(%)]

组别	例数	干预前				干预 7d 后			
		I 期	II 期	III 期	IV 期	I 期	II 期	III 期	IV 期
试验组	42	5(11.90)	22(52.38)	12(28.57)	3(7.14)	11(26.19)	27(64.29)	4(9.52)	0(0.00)
对照组	42	6(14.29)	20(47.62)	14(33.33)	2(4.76)	6(14.29)	22(52.38)	12(28.57)	2(4.76)
<i>Z</i>			0.190				4.941		
<i>P</i>			0.663				0.026		

**2.3 两组干预前后 NRS 评分比较** 干预 7 d 后两组 NRS 评分均低于干预前,且试验组低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 4。

表 4 两组干预前后 NRS 评分比较 (分)

组别	例数	干预前	干预 7 d 后	<i>t</i>	<i>P</i>
试验组	42	4.80±1.02	2.35±0.64	13.186	<0.001
对照组	42	4.83±1.03	3.50±0.82	6.547	<0.001
<i>t</i>		0.134	7.165		
<i>P</i>		0.894	<0.001		

**2.4 两组干预前后心境状态评分比较** 干预 1 个月后试验组 SPBS 评分低于对照组,而 CD-RISC10 评分高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 5。

表 5 两组干预前后心境状态评分比较 (分)

组别	例数	SPBS 评分		CD-RISC10 评分	
		干预前	干预 1 个月后	干预前	干预 1 个月后
试验组	42	33.71±4.60	16.79±3.10*	51.75±5.60	85.15±6.29*
对照组	42	33.52±4.63	20.58±3.64*	51.82±5.67	74.28±6.05*
<i>t</i>		0.189	5.137	0.057	8.072
<i>P</i>		0.851	<0.001	0.955	<0.001

\* 与干预前比较, $P<0.05$

**2.5 两组干预前后生活质量评分比较** 干预 1 个月后两组 FACTG 各维度评分均高于干预前,且试验组高于对照组,差异有统计学意义(均  $P<0.05$ )。见表 6。

表 6 两组干预前后生活质量评分比较 (分)

项目	时间	试验组( $n=42$ )	对照组( $n=42$ )	<i>t</i>	<i>P</i>
生理状况	干预前	17.05±1.45	17.09±1.51	0.124	0.902
	干预 1 个月后	20.42±2.08*	18.90±1.76*	3.615	0.001
功能状况	干预前	17.12±1.32	17.19±1.35	0.240	0.811
	干预 1 个月后	20.08±1.62*	18.76±1.50*	3.875	<0.001
社会/家庭状况	干预前	15.87±1.72	15.90±1.74	0.079	0.937
	干预 1 个月后	18.41±1.50*	17.05±1.80*	3.762	<0.001
情感状况	干预前	16.06±1.45	16.08±1.43	0.064	0.949
	干预 1 个月后	18.35±1.50*	17.23±1.48*	3.445	0.001
总分	干预前	68.26±2.49	68.35±2.51	0.165	0.869
	干预 1 个月后	77.58±4.60*	72.36±3.90*	5.609	<0.001

\* 与干预前比较, $P<0.05$

**2.6 两组干预前后各项血清炎症因子水平比较** 干预 1 个月后两组各项血清炎症因子水平均低于干预前,且试验组低于对照组,差异有统计学意义(均  $P<0.05$ )。见表 7。

表 7 两组干预前后各项血清炎症因子水平比较

项目	时间	试验组( $n=42$ )	对照组( $n=42$ )	<i>t</i>	<i>P</i>
CRP(mg/L)	干预前	52.84±6.29	52.45±6.31	0.284	0.777
	干预 1 个月后	22.47±4.56*	34.50±5.18*	11.297	<0.001
TNF- $\alpha$ (pg/ml)	干预前	18.59±5.29	18.67±5.34	0.069	0.945
	干预 1 个月后	9.12±2.12*	12.43±2.95*	5.905	<0.001
IL-6(ng/ml)	干预前	65.28±7.15	65.34±7.16	0.038	0.969
	干预 1 个月后	40.30±4.56*	51.28±5.70*	9.748	<0.001
IL-10(ng/ml)	干预前	73.68±8.27	73.75±8.36	0.039	0.969
	干预 1 个月后	56.12±6.35*	62.89±7.26*	4.549	<0.001

\* 与干预前比较, $P<0.05$

### 3 讨论

综合消肿疗法是迄今临床上用以治疗下肢水

肿的可靠疗法之一,其主要是通过通过对患肢进行物理按压刺激,从而促使淋巴管重吸收与淋巴液回流,

进一步改善局部血液循环,实现减轻水肿程度的目的<sup>[10,11]</sup>。祖国传统医学认为,妇科盆腔恶性肿瘤术后下肢水肿应属于“水腫”“络瘀”等范畴,其主要机制为瘀血阻滞、运化失常、水湿停聚,乃致肢体肿胀,不通则痛<sup>[12]</sup>。温针灸属于中医特色疗法之一,主要是通过对特定穴位进行针刺刺激,从而发挥温通阳气、行气化水以及祛瘀消肿等功效<sup>[13]</sup>。此外,温针灸可借助艾灸的热力,从而更深层次地激发经气,促进气血运行,改善局部微循环与淋巴循环,理论上与综合消肿疗法的物理引流原理可能具有协同增效作用。

本研究结果发现,干预 7 d 后两组大腿、小腿周径均低于干预前,且试验组低于对照组。与此同时,干预 7 d 后试验组下肢水肿程度轻于对照组。这提示了温针灸配合综合消肿疗法应用于妇科盆腔恶性肿瘤术后下肢水肿中的效果较佳,有效减轻水肿程度。究其原因,温针灸主要是通过对足三里、阴陵泉、三阴交以及血海等穴位实施刺激,其中针刺足三里可发挥健脾益气以及利水渗湿等功效;针刺阴陵泉可发挥健脾化湿等功效;针刺三阴交可发挥活血利水以及调和经络等功效;针刺血海可发挥活血化瘀等功效。故而,对上述穴位施以温针灸,有利于闭塞淋巴管的重新开放,并促进横纹肌的收缩,进而达到改善下肢水肿的目的<sup>[14]</sup>。现代医学研究证实,针刺足三里可对腓深神经产生一定的刺激作用,从而使得下肢肌肉泵作用得以提升,有利于静脉与淋巴回流;针刺三阴交则可实现对局部微循环的有效调节;针刺阴陵泉则可促进静脉回流的改善;针刺血海则可对股神经分支产生刺激,进而实现对血流动力学的改善<sup>[15]</sup>。此外,干预 7d 后两组 NRS 评分均低于干预前,且试验组低于对照组。这表明了试验组干预方案应用于妇科盆腔恶性肿瘤术后下肢水肿中,可显著缓解患者疼痛。分析原因,温针灸可通过对穴位的刺激,从而促进局部微循环的改善以及淋巴循环,进一步实现化瘀消积的作用,最终减轻疼痛<sup>[16]</sup>。另外,干预 1 个月后试验组 SPBS 评分低于对照组,而 CD-RISC10 评分高于对照组。这反映了试验组干预方案应用于妇科盆腔恶性肿瘤术后下肢水肿中,可明显改善患者的心境状态。考虑原因,温针灸通过针刺相关穴位,进而发挥疏肝解郁等功效,进一步实现对“肝气郁结”有关情绪问题的良好调节。且艾灸具有补益脾肾阳气的功效,从而可明显改善患者术后虚弱状态,间接减轻因躯体症状导致的一系列心理负担<sup>[17]</sup>。本研究结果显示,干预 1 个月后两组 FACTG 各维度评分均高于干预前,且试验组高于对照组。

这充分证实了试验组干预方案应用于妇科盆腔恶性肿瘤术后下肢水肿中,有利于患者生活质量的改善。主要原因在于<sup>[18]</sup>:温针灸以刺激穴位的方式促进淋巴回流与血液循环,从而有效减少组织间液积聚;同时可通过温热效应实现血管的扩张,改善局部代谢,减轻肿胀导致的沉重感与活动受限,更有利于日常生活能力的改善,为生活质量的改善创造了有利条件。另有研究报道发现<sup>[19,20]</sup>,外科手术会直接破坏淋巴管等组织结构,从而引起局部炎症反应,促进大量炎症因子的合成、释放,进一步对淋巴管内皮细胞产生损害,导致其收缩功能下降,进而导致水肿加剧。因此,通过检测并观察患者炎症因子水平变化情况,可为临床治疗效果评估提供重要指导。本研究结果表明,干预 1 个月后两组各项血清炎症因子水平均低于干预前,且试验组低于对照组。这说明了试验组干预方案可改善妇科盆腔恶性肿瘤术后下肢水肿患者炎症反应。其原因可能是温针灸可能是综合消肿疗法通过手法引流与压力包扎,促进了含有高浓度炎症介质与蛋白质的组织间液回流至静脉,进而迅速降低局部炎症因子水平。而温针灸通过针刺的机械刺激与艾灸的热辐射及药理效应相结合,通过多靶点、多通路发挥抗炎作用。

综上,在综合消肿疗法的基础上增用温针灸,可显著改善妇科盆腔恶性肿瘤术后下肢水肿,同时可减轻疼痛程度,提高生活质量,改善炎症反应。值得注意的是,本文属于单中心、小样本量研究,加之随访周期相对较短,可能导致研究结果偏倚性增大。未来应考虑开展多中心、大样本量研究,并适当延长随访周期,以获取更为真实、可靠的数据。

#### 【参考文献】

- [1] 高霞,莫云路,王涛,等. 卵巢癌组织中 Vimentin、Calretinin 表达水平与患者病理特征及肿瘤复发的关系分析[J]. 成都医学院学报, 2025, 20(4): 682-686.
- [2] 张婧,刘明翠,闫欢,等. 围绝经期宫颈癌变患者维生素 A、C、E 及硒水平与传统肿瘤标志物的关系[J]. 西部医学, 2025, 37(9): 1365-1368, 1373.
- [3] 李慧子. 综合消肿疗法联合渐进式康复运动在心力衰竭伴下肢水肿患者中的应用[J]. 当代医药论丛, 2025, 23(6): 181-184.
- [4] 张金玉. 温针灸配合穴位敷贴治疗乳腺腺根治术后上肢水肿临床效果观察[J]. 辽宁中医杂志, 2023, 50(6): 205-207.
- [5] 中华整形外科学分会淋巴水肿学组. 外周淋巴水肿诊疗的中国专家共识[J]. 中华整形外科杂志, 2020, 36(4): 355-360.
- [6] 周雪,张玉琴,唐瑞,等. 综合医院 28 例腹盆腔癌症终末期患者的安宁疗护实践[J]. 医学研究与教育, 2020, 37(3): 60-66.
- [7] 阮利,白雪,伍小莉,等. 康复护理对宫颈癌根治术患者膀胱功能及下肢水肿的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2017, 24(2): 243-246.