

手法淋巴引流法联合功能康复锻炼对乳腺癌术后患肢功能恢复的效果

朱永翠 徐 康 程丽萍

江西省景德镇市第一人民医院甲乳外科,江西景德镇 333000

[摘要] 目的 探讨手法淋巴引流法联合功能康复锻炼对乳腺癌术后患肢功能恢复的临床疗效。方法 选择 2019 年 3 月至 2020 年 9 月于景德镇市第一人民医院行乳腺癌改良根治术患者 60 例,按随机数字表法将研究对象随机分为对照组和观察组,每组各 30 例。对照组术后康复以功能锻炼为主,观察组在对照组的基础上另行手法淋巴引流法,干预周期为 3 个月,比较干预前后两组患肢淋巴水肿、疼痛、患肢相关角度、前位爬行高度差、侧位爬行高度差等。结果 观察组肿胀发生率为 10.00%,低于对照组的 20.00%,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组干预前疼痛评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),干预后观察组疼痛评分为(2.05±0.32)分,低于对照组的(3.13±0.14)分,差异有统计学意义($P<0.05$)。干预前两组前屈、外展、内旋、外旋、内收、后伸角度比较,差异无统计学意义($P>0.05$),干预后,两组以上角度均上升,观察组上升高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组干预前后前位爬行高度差、侧位爬行高度差分别为(37.15±3.23)cm、(36.35±3.06)cm,高于对照组的(32.12±2.45)cm、(31.24±2.12)cm,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 手法淋巴引流法联合功能康复锻炼更有利于乳腺癌术后改善术后患肢水肿、提高耐力、促进患肢功能恢复、提高乳腺癌术后患者的生活质量。

[关键词] 乳腺癌;手法淋巴引流;康复锻炼;功能恢复

[中图分类号] R737.9

[文献标识码] A

[文章编号] 1673-9701(2021)30-0029-05

Effect of manual lymphatic drainage combined with functional rehabilitation exercise on functional recovery of affected limbs of patients after breast cancer surgery

ZHU Yongcui XU Kang CHENG Liping

Department of Breast Surgery, Jingdezhen No.1 People's Hospital in Jiangxi Province, Jingdezhen 333000, China

[Abstract] **Objective** To explore the clinical efficacy of manual lymphatic drainage combined with functional rehabilitation exercise on the functional recovery of the affected limbs of patients after breast cancer surgery. **Methods** A total of 60 patients underwent modified radical mastectomy in Jingdezhen No.1 People's Hospital from March 2019 to September 2020 were selected. They were randomly divided into the control group and the observation group according to the random number table, with 30 cases in each group. The control group received functional exercise, while the observation group was treated with manual lymphatic drainage on the basis of the control group. Both groups were intervened for 3 months. The lymphedema, pain, related angles, difference in anterior crawling height and difference in lateral crawling height of the affected limb were compared between the two groups before and after intervention. **Results** The incidence of swelling in the observation group was 10.00%, which was lower than that in the control group (20.00%), with statistically significant difference ($P<0.05$). There was no difference in pain score between the two groups before intervention ($P>0.05$). After intervention, the pain score of the observation group was (2.05±0.32) points, which was lower than that of the control group (3.13±0.14) points, with statistically significant difference ($P<0.05$). Before intervention, the angles of flexion, abduction, internal rotation, external rotation, adduction and extension in the two groups had no statistical significance ($P>0.05$). After intervention, the angles of the above indicators of the two groups were increased, and the increase of the observation group was higher than that of the control group, with statistically significant difference ($P<0.05$). Before and after intervention, the difference of anterior crawling height and lateral crawling height in the observation group was (37.15±3.23) cm and (36.35±3.06) cm, which were higher than those in the control group [(32.12±2.45) cm and (31.24±2.12) cm], with statistically significant differences ($P<0.05$). **Conclusion** Manual lymphatic drainage combined with functional rehabilitation exercise is more conducive to improving postoperative edema of affected limbs, improving endurance, promoting functional recovery of affected limbs and improving the quality of life of patients after breast cancer surgery.

[Key words] Breast cancer; Manual lymphatic drainage; Rehabilitation exercise; Function recovery

[基金项目] 江西省景德镇市科技计划项目(20191SFZC003)

乳腺癌占据女性恶性肿瘤发病率及死亡率首位,其发病率约为24.2%^[1]。乳腺癌改良根治术是目前乳腺外科治疗乳腺癌最普遍的手术方式,手术中需进行腋窝淋巴结清扫,容易造成腋窝淋巴组织的损伤,影响淋巴液正常回流,从而导致肿胀的发生,造成上肢功能障碍。有数据显示,乳腺癌术后淋巴水肿的发生率约为30%,而功能障碍的发生率高于50%^[2]。水肿的发生会引发一系列并发症,如疼痛、感染、功能受限、外观异常等,严重影响患者的生活质量。因此,如何预防术后淋巴水肿、提高患者功能是乳腺癌术后康复的重点。本研究以景德镇市第一人民医院甲乳外科接受改良根治术的60例乳腺癌患者为研究对象,探讨手法淋巴引流法联合功能康复锻炼对乳腺癌术后患肢功能恢复的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

60例病例为2019年3月至2020年9月于景德镇市第一人民医院行乳腺癌改良根治术的乳腺癌患者,均为女性。纳入标准^[3]:①符合乳腺癌临床诊断标准和乳腺癌改良根治术的适应证;②术后病理证实为乳腺癌;③依从性良好,可配合完成相对应的康复任务;④重视乳腺癌术后患肢的康复,在术后进行规律的康复功能训练;⑤术前双上肢对称无水肿、功能状态良好;⑥经本院医学伦理委员会批准,并签署知情同意书。排除标准^[4]:①合并复发性乳腺癌、四肢畸形和心肌梗死等疾病的患者;②既往接受过放疗和手术治疗的患者;③合并严重精神疾病或已发生远处转移的患者;④双侧乳腺癌患者;⑤晚期癌症;⑥患有其他恶性肿瘤或严重疾病;⑦既往患有精神病史及意识障碍。按随机数表法将研究对象随机分为对照组和观察组,每组各30例。对照组年龄31~68岁,平均(48.41±4.73)岁,其中左上肢17例,右上肢13例。文化程度:初中及以下16例,高中/中专8例,大学6例;婚姻状况:已婚27例,离异3例;病理分期:I期8例,II期16例,III期6例。观察组年龄33~70岁,平均(49.03±4.78)岁,其中左上肢16例,右上肢14例;文化程度:初中及以下15例,高中/中专8例,大学7例;婚姻状况:已婚28例,离异2例;病理分期:I期7例,II期17例,III期6例,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。

1.2 方法

1.2.1 对照组 术后给予康复操为核心的功能康复训练。①健康宣教:向患者详细讲解术后水肿发生的原

因、预防措施,让其知道淋巴水肿是术后需长期预防的并发症,而康复训练可达到有效的预防效果,提高其意识及重视度,从而增强其依从性,并指导家属进行监督,让康复训练有序、持续推进;②康复训练:术后第1~2天,主要以手腕运动为主,进行伸指、握拳、曲腕等活动。第3~4天在进行之前运动的基础上加以前臂上下屈伸,若肌力不足可用健肢手掌托住手腕进行。第5~7天,患肢放于胸前,健肢作为支撑,用患肢侧手摸对侧肩部、耳部、后脑等,并可进行梳头、脸部按摩等动作。锻炼时行动要缓慢,循序渐进。第8~9天进行耸肩运动,同时配合呼吸。活动程度以不产生疼痛为宜,运动量缓慢增加。第9~12天外展及爬墙运动,双侧肢向外做平举外展运动,不断重复以松弛皮肤。站立墙前,将患肢手掌放在墙上慢慢往上爬,并记录每次的高度,争取高度不断上升。第12~14天进行患肢前屈、外展、内旋、外旋、内收、后伸等活动。干预周期为3个月。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上另行手法淋巴引流法。患者取平卧位。①疏通淋巴通路:指导患者平卧,用静止圆法对浅表淋巴结进行按摩,力度要适宜。按颈部(耳前后、颈部)-锁骨-肘窝-腋窝-腹股沟的顺序按摩,从健侧开始到患侧;②引流患肢淋巴:用定圈法、旋转法、勺形法或泵送法由远心端向近心端施展,从胸部伤口上向侧腋窝或锁骨下、从胸部伤口下向同侧腹股沟、从肘部往肩峰、从上臂内侧往外侧、背面上臂往背部或同侧腹股沟做引流。每次10 min,每日3次;③瘢痕舒缓:待伤口完全愈合后,采用定圈法沿伤口上方轻柔按压瘢痕、胸部、腋窝等部位,让瘢痕组织得以舒缓,防止瘢痕挛缩导致淋巴回流受阻。干预周期为3个月。

1.3 观察指标

①淋巴水肿程度^[5]。于干预前后,通过周径测量法,以虎口、腕、前臂中点、肘部、肘上10 cm为测量的5个周径点来判断水肿程度。最显著水肿处比健侧同一处粗2 cm以下为轻度水肿、粗2~6 cm为中度水肿,粗6 cm以上为重度水肿;②疼痛评分。于干预前后采用疼痛数字评分量表(Numerical rating scale, NRS)^[6]评估患者疼痛感。疼痛程度由0~10分表达,0分为无疼痛,10分为剧烈疼痛;③患者功能恢复情况。于干预前后测量患肢前屈、外展、内旋、外旋、内收、后伸角度;④爬墙高度。采用自制手指爬墙测量表测量干预前后患肢爬墙高度,包括前位爬高、侧位爬高的高度,计算干预前后高度差。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 统计学软件进行分析, 计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 组内不同时机采用方差分析 *t* 检验, 计数资料采用[n(%)]表示, 采用 χ^2 检验, *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患肢肿胀发生率比较

观察组肿胀发生率为 10.00%, 低于对照组的 20.00%, 差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 1。

表 1 两组肿胀率比较[n(%)]

组别	n	轻度水肿	中度水肿	重度水肿	发生率(%)
对照组	30	3(10.00)	2(6.67)	1(3.33)	20.00
观察组	30	2(6.67)	1(3.33)	0	10.00
<i>t</i> 值					15.024
<i>P</i> 值					0.000

2.2 两组患肢干预前后疼痛评分比较

干预前两组患肢疼痛明显, 干预后疼痛评分明显降低, 而观察组降幅更大, 两组比较, 差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 2。

表 2 两组患肢干预前后疼痛评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	时间	NRS 评分
对照组	30	干预前	6.21±1.20
		干预后	3.13±0.14
		<i>t</i> 值	3.125
		<i>P</i> 值	0.000
观察组	30	干预前	6.15±1.12
		干预后	2.05±0.32
		<i>t</i> 值	7.635
		<i>P</i> 值	0.000
<i>t</i> 干预前组间值			0.115
<i>P</i> 干预前组间值			1.035
<i>t</i> 干预后组间值			3.103
<i>P</i> 干预后组间值			0.000

2.3 两组患肢干预前后相关角度的比较

干预前两组患肢活动困难, 前屈、外展、内旋、外旋、内收、后伸角度小, 干预后两组以上角度均上升, 且观察组上升幅度更明显, 差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 3。

2.4 两组干预前后爬行高度差比较

观察组前位爬高、侧位爬高的高度差高于对照组, 组间比较, 差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 4。

表 4 两组干预前后爬行高度差比较($\bar{x} \pm s$, cm)

组别	n	前位爬行高度差	侧位爬行高度差
对照组	30	32.12±2.45	31.24±2.12
观察组	30	37.15±3.23	36.35±3.06
<i>t</i> 值		10.023	11.125
<i>P</i> 值		0.000	0.000

3 讨论

据不完全统计, 全球每年约有 115 万新发的乳腺癌患者, 其中死亡病例约 41 万。我国每年乳腺癌发病率以约 3% 的速度增长, 已成为女性恶性肿瘤的“首领”^[7]。近年来, 随着医疗技术的发展, 乳腺癌生存质量、预后已得到明显提高, 5 年生存率已超 85%^[8]。淋巴水肿是乳腺癌术后常见的并发症, 一般在术后 3 个月~3 年内发生, 发病率约为 15%~70%^[9]。肢体在发生淋巴水肿后, 起初是间隙的高蛋白液体聚集成柔软的凹陷性水肿, 随着病情的进展, 其浓度逐渐提高, 最后导致组织纤维化。在此情况下, 残留的淋巴管受累于纤维组织, 造成淋巴管的瓣膜功能不全, 管壁弹性减弱。此时, 富含蛋白质液体并未停止其累积的脚步, 双重“压力”下使得炎症更严重^[10]。

乳腺癌患者术后因主动肌及拮抗肌的协调性、稳定性被破坏, 相关功能也受影响, 最显著的是肩关节功能受限、肌力下降等。有学者报道指出^[11], 乳腺癌术后约有 1%~67% 的患者会出现功能障碍, 约有 9%~

表 3 两组患肢干预前后相关角度比较($\bar{x} \pm s$, °)

组别	n	时间	前屈	外展	内旋	外旋	内收	后伸
对照组	30	干预前	93.21±10.14	91.11±9.27	36.15±5.02	35.35±5.24	26.35±3.02	50.21±6.56
		干预后	144.05±15.23	146.0±16.53	65.32±11.02	66.02±11.11	51.21±3.15	60.03±7.23
		<i>t</i> 值	5.047	7.231	6.156	9.025	7.534	7.016
		<i>P</i> 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
观察组	30	干预前	94.52±10.23	92.23±9.43	36.26±5.13	35.46±5.33	26.41±3.05	51.02±6.81
		干预后	158.31±16.05	163.2±17.01	74.25±12.31	75.35±12.53	62.05±4.25	62.15±7.65
		<i>t</i> 值	9.321	11.213	13.025	9.785	11.016	11.821
		<i>P</i> 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
<i>t</i> 干预前组间值			0.603	0.527	1.501	1.635	3.051	2.115
<i>P</i> 干预前组间值			0.201	0.215	0.061	0.125	0.745	0.517
<i>t</i> 干预后组间值			13.015	15.214	15.306	17.011	18.015	11.205
<i>P</i> 干预后组间值			0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

33%的患者出现肌力下降。另有学者^[13]通过研究 93 例乳腺癌患者术后肌力变化,结果发现有 51.6%及 38.8%的患者存在外展肌力、屈曲肌力下降的现象。淋巴水肿的发生不仅增加患者的痛苦,也会影响其康复信心。因此,如何预防及改善淋巴水肿是乳腺癌术后康复的重要内容。

目前,对于乳腺癌术后淋巴水肿康复的研究繁多,但关注点多在康复功能锻炼方面。Invernizzi Marco 度^[13]等研究结果表明水上运动可提高上肢屈曲、外旋活动,但此活动受气温、场地、喜好等因素的限制;另有学者^[14]通过跟踪做广播体操的乳腺癌术后淋巴水肿的患者,发现术后 6 个月淋巴水肿改善明显;另有学者通过研究瑜伽对淋巴水肿患者的影响,结果发现瑜伽可改善患者肩关节外展肌力。诸多研究表明,术后康复训练是预防及改善淋巴水肿的重要对策,也是必不可少的康复内容。但康复锻炼的效果影响因素较多,比如患者的依从性、心理、操作规范性等。因此,康复锻炼的预后因个体因素存在较大的差异。

淋巴系统是机体重要的防卫系统,不仅可将蛋白质分子运回血液,而且还能清除组织液中的红细胞、细菌及大分子,被称为机体的“清道夫”^[15]。手法淋巴引流通过对特定的淋巴管及淋巴腺体进行按压,促使淋巴液返回血液,同时还能有效刺激交感神经系统,可有效预防及改善水肿。本研究将手法淋巴引流与康复锻炼相结合,结果显示,3 个月后观察组上肢周径改善快于对照组($P<0.05$),证明手法淋巴引流与康复锻炼联合能够增强消肿效果。原因是手法淋巴引流通过外力的推动,能加快淋巴回流,促使水肿更快改善^[16]。从表 3 中可以看出,两组经过干预后前屈、外展、内旋、外旋、内收、后伸角度均有提高,但观察组改善更明显,差异有统计学意义($P<0.05$)。分析原因可能是:①观察组患者水肿改善更明显,增加了患者的信心,提高了其锻炼的依从性和持续性;②医师在进行手法淋巴引流时不断强调康复锻炼的重要性,提高了患者的主动意识;③通过医师全面、细致的讲解,患者了解了手法淋巴引流的特点、作用及与康复锻炼相结合的优势,降低了恐惧感,促使患者按时、按量完成锻炼;④手法淋巴引流唤醒了各区域的淋巴,并在相应的压力既达到快速回流之效,还对神经元及神经通路起到一定的刺激作用,进一步提高消肿效果。疼痛是乳腺癌术后常见的症状,其原因可能是炎症刺激血管;也可能是术后长期的不良姿势导致疼痛;肌细胞氢离子堆积导致肌纤维动作电位传导速度减慢,致使肌肉疲

劳而加剧疼痛也是不可忽视的原因^[17-18]。本研究干预后观察组疼痛评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。这得益于手法淋巴引流与康复锻炼的结合能够充分调动关节、肌肉、血管的内部动力,再在按摩的外力下,淋巴回流显著加快,疼痛得以改善^[19]。表 4 结果显示,干预后观察组前位爬高、侧位爬高的高度要高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。说明爬墙训练在功能恢复方面具有重要意义,它可指导患者进行全面的、系统的、针对性的康复锻炼,使得各部位关节得以活动及舒展,加快淋巴回流^[20]。

综上所述,乳腺癌术后淋巴水肿是影响预后的重要原因之一,发生率较高,若不及时控制,将影响患肢功能,降低生活质量。康复锻炼是术后必不可少的重要内容,也是改善水肿的重要途径。而手法淋巴引流能够改善因疼痛、肿胀等延迟、间断锻炼的问题,提高康复效果。但由于本研究收集的病例数较少,而且研究周期比较短,具有一定的局限性。日后可开展多单位、长期的跟踪研究,挖掘更多的可能性。

[参考文献]

- [1] 王剑桥,刘惠林,王月,等.乳腺癌康复策略分析[J].中国康复,2020,5(8):441-445.
- [2] 瞿亚军,吕青.我国乳腺癌预防若干问题的思考[J].中国普外基础与临床杂志,2020,11(9):2-7.
- [3] 中国抗癌协会乳腺癌专业委员会.中国抗癌协会乳腺癌诊治指南与规范(2019年版)[J].中国癌症杂志,2019,21(8):609-680.
- [4] 李玥,黄力平,袁琳,等.乳腺癌术后上肢淋巴水肿力量训练研究进展[J].中国运动医学杂志,2017,36(4):352-358.
- [5] 宋静,陆永芬,钱丽芳,等.应用上肢康复操视频对乳腺癌改良根治术后患者进行生活质量干预的效果[J].上海预防医学,2020,32(6):511-515.
- [6] 李晓瑾,李文姬,周春兰,等.徒手淋巴引流法联合功能锻炼对乳腺癌术后患者生活质量的影响[J].广东医学,2018,39(2):316-319.
- [7] 谷俊朝.乳腺疾病的最新研究进展[J].国际外科学杂志,2017,8(3):201-202.
- [8] 蔡剑虹,唐海波,汤玲,等.乳腺癌术后患者体力活动水平、血管内皮舒张功能与生存质量的相关关系研究[J].肿瘤预防与治疗,2020,5(2):164-168.
- [9] 高伟洁,陈佳丽,李丹丹,等.乳腺癌患者术后上肢淋巴水肿发生的影响因素[J].慢性病学杂志,2020,11(9):1362-1363.

- [10] 徐舒曼,陈莉.乳腺癌相关淋巴水肿的治疗进展[J].中华乳腺病杂志(电子版),2017,7(4):247-251.
- [11] 马小开,黄建康,王万霞,等.乳腺癌术后上肢淋巴水肿发病的危险因素[J].中华疾病控制杂志,2020,15(7):856-859.
- [12] 杜华,潘发明,丁萍,等.乳腺癌术后患者性功能障碍的研究进展[J].护理学杂志,2019,12(6):106-110.
- [13] Invernizzi Marco,de Sire Alessandro,Lippi Lorenzo,et al.Impact of rehabilitation on breast cancer related fatigue:A pilot study[J].Frontiers in Oncology,2020,5(10):154-157.
- [14] Sotirova Mariya B,McCaughan Eilís M,Ramsey Lucia,et al.Acceptability of online exercise-based interventions after breast cancer surgery:Systematic review and narrative synthesis[J].Journal of Cancer Survivorship,2020,11(9):20-27.
- [15] 蔡珍珍,毛宇星,姜嫄.手法淋巴引流的临床运用研究进展[J].中国康复理论与实践,2017,23(12):1411-1414.
- [16] 曾敏华,柴洁.徒手淋巴引流对乳腺癌术后淋巴水肿的治疗效果分析[J].中华卫生应急电子杂志,2017,3(2):125-128.
- [17] 李鹤.术后渐进式阻力训练对乳腺癌患者康复促进的研究[D].大连:大连医科大学,2016.
- [18] 梅敏,徐菊玲,方丽娜.渐进式阻力训练应用于乳腺癌术后患者中的效果分析[J].浙江创伤外科,2020,15(4):744-745.
- [19] 聂立婷.徒手淋巴引流在乳腺癌术后淋巴水肿中应用效果的 Meta 分析[J].中国康复,2020,20(5):256-261.
- [20] 王鹤玮,贾杰.徒手淋巴回流在乳腺癌术后上肢淋巴水肿康复中的应用[J].中国康复医学杂志,2018,5(2):244-248.

(收稿日期:2021-04-05)

(上接第 28 页)

- [8] 桑甜,丁淑贞,路岩,等.原发性高血压患者自我管理及护理干预研究进展[J].中国护理管理,2017,17(3):401-405.
- [9] 孟琼,黄昊,林锦培,等.珍菊降压片联合缬沙坦治疗原发性高血压(肝阳上亢证)患者的疗效观察[J].中国临床医学,2014,21(3):346-348.
- [10] Chen H,Shen FE,Tan XD,et al.Efficacy and safety of acupuncture for essential hypertension:A meta-analysis[J].Med Sci Monit,2018,5(24):2946-2969.
- [11] 姚佳梅,陈雨丝,杨斌,等.原发性高血压病肝阳上亢证与临床指标的相关性分析[J].中华中医药学刊,2019,37(10):2318-2323.
- [12] 尚倩倩,王蕾,王忆勤,等.原发性高血压中医病因病机及证候的研究进展[J].河北中医,2017,39(1):138-142.
- [13] 蒋勋,刘斯敏,于双亲.原发性高血压肝阳上亢证、肝肾阴虚证患者动态血压分析[J].中西医结合研究,2015,7(1):37-38.
- [14] 黎慧,凌灿.维生素 D 干预对自发性高血压大鼠 RAAS 系统活性、心血管重构的影响[J].海南医学院学报,2017,23(7):872-874,878.
- [15] 赵月妍,朱维艳,高飞.胱抑素-C 与原发性高血压患者心血管重构的相关性观察[J].中国冶金工业医学杂志,2015,32(4):373-375.
- [16] 赵天华,张庆.原发性高血压患者血压变异性研究进展[J].中国临床研究,2017,30(1):132-135.
- [17] 孟晓嵘,陈秋耘,高原,等.高血压病患者肝阳上亢证与睡眠、血压变异性的相关性研究[J].福建中医药,2019,50(3):4-9.
- [18] 赵凯,李永健.原发性高血压患者血压变异性研究新进展[J].中国慢性病预防与控制,2016,24(9):708-710.
- [19] 杨树涵,陈红伟,刘艳宾,等.探讨原发性高血压患者血浆 sST2 浓度与左心功能的关系[J].临床心血管病杂志,2019,35(7):653-656.
- [20] 拓步雄,李慧,李超民,等.国内老年原发性高血压患者血压晨峰危险因素的 Meta 分析[J].中国循证医学杂志,2014,14(9):1083-1090.
- [21] 江丹娜,张南龙,苏琼.不同级别原发性高血压中期肾损害患者的中医脏腑辨证特点及临床意义[J].中国现代医生,2021,59(20):139-142.
- [22] 卢星星,毕鹏,姚先娥.中药降压贴联合耳穴埋豆法辅助治疗原发性高血压的临床观察[J].中国现代医生,2020,58(28):155-157,161.
- [23] 孙芳.苯磺酸氨氯地平片联合厄贝沙坦片治疗原发性高血压的临床疗效观察[J].中国现代医生,2020,58(23):122-124.

(收稿日期:2020-11-17)