

DOI: 10.12209/CAIM202505130001

· 中西医结合临床案例 ·

中药溻渍技术干预 1 例脓毒症高热患者的 中医护理病例报告

赵利利, 高楠, 石福霞, 孟思璠, 周敏, 张兵, 关亚丽

(中国中医科学院广安门医院重症监护室, 北京, 100053)

摘要: 本文回顾 1 例应用中药溻渍技术干预脓毒症高热患者的护理体会。采用中西医结合护理方案, 西医予抗感染及机械通气治疗, 中医予经络辨证选肺经、膀胱经行中药溻渍治疗, 联合应用穴位贴敷及中药口腔护理等。该患者 7 d 后脱机, 黄稠痰转白稀痰, 体温复常, 舌脉改善, 10 d 后生命体征平稳出院。中药溻渍透皮给药可协同抗感染、减轻药物负担, 经络外治突破传统降温局限, 本案例为脓毒症高热危重症患者中西医协同护理提供可复制路径, 凸显“外治透邪”理论在脓毒症高热管理中的创新应用价值。

关键词: 中药溻渍; 高热; 脓毒症; 中医适宜技术

A Case Report on Traditional Chinese Medicine (TCM) Soaking and Staining Technique for Managing High Fever in a Septic Patient: A TCM Nursing Perspective

ZHAO Lili, GAO Nan, SHI Fuxia, MENG Sifan, ZHOU Min, ZHANG Bing, GUAN Yali

(Intensive Care Unit, Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100053)

ABSTRACT: This article reviews the nursing experience of applying TCM soaking and staining technique in a septic patient with high fever. An integrated TCM-Western medicine nursing protocol was implemented, combining Western interventions (antibiotics and mechanical ventilation) with TCM therapies, including meridian-based soaking and staining (targeting the Lung and Bladder meridians), acupoint application, and TCM oral care. The patient was successfully weaned off mechanical ventilation after 7 days, with thick yellow sputum transitioning to thin white sputum, normalized body temperature, and improved tongue and pulse signs. Vital signs stabilized by day 10, leading to discharge. The transdermal delivery of TCM soaking and staining synergized with antibiotics to reduce drug burden, while meridian-based external therapy overcame limitations of conventional fever management. This case demonstrates a replicable model for integrated TCM-Western nursing in critical septic fever, highlighting the innovative application of the "external therapy for pathogen elimination" theory in sepsis-related fever control.

KEY WORDS: TCM soaking and staining; high fever; sepsis; TCM appropriate techniques

脓毒症是急危重症的常见病之一, 脓毒症是感染引起的宿主反应失调, 器官功能障碍, 是危及生命的急危重症。现代医学治疗虽然不断发展, 但不良反应多、个体差异大, 病死率仍在增长^[1]。脓毒症又因为其发病率高、病死率高及治疗费用高, 成为困扰全球医学领域的一大难题。近年来大量研究表明, 西医治疗的同时配合中医干预能有效控制炎症, 并对重要器官起到保护作用。中

医中药在治疗急性外感热病中发挥重要作用^[2], 大量研究表明中医在治疗脓毒症上有其独特的优势, 且疗效颇佳^[3]。

溻渍疗法最早起源于《五十二病方》中外伤疾病用中药煎汤外敷, 根据患者个体差异辨证论治的方法, 合理选择出相关药物, 对其实施局部溻渍, “溻”是将饱含药液的棉絮或是纱布敷于患侧, “渍”是将患处浸泡于药液中, 两种方法往往同时

收稿日期: 2025-05-13

通信作者: 高楠, E-mail: 337916889@qq.com

OPEN ACCESS

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

进行,故结合称之为塌渍^[4]。塌渍法是中药熏洗疗法的一种,又称湿敷法,可使药物经肌肤毛窍而入脏腑,通经贯络,以作用全身,且可疏其汗孔、宣导外邪^[5]。本文总结 1 例使用中药塌渍技术干预脓毒症高热患者的护理,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性,83 岁,于 2024 年 01 月 08 日就诊,发病节气小寒。患者主因“发热 8 d,加重伴喘憋 3 d”由急诊以“脓毒症”推平车收入重症监护室。患者 8 d 前无明显诱因出现发热,自测体温波动于 38℃ 左右,家属予布洛芬、对乙酰氨基酚等药物口服,症状未见缓解;3 d 前患者发热加重,体温最高达 40℃,并出现喘憋,就诊于外院,查胸 CT 提示双下肺炎症,血气分析提示 I 型呼吸衰竭,予气管插管术改善呼吸、抗生素抗感染、沐舒坦化痰,症状缓解不明显,为进一步监护及治疗,就诊于我科。

入院症状:发热,无汗出,周身寒战,药物镇静状态,呼吸机辅助呼吸,痰多,黄色黏痰夹有血丝,二便可。中医望、闻、切诊:患者药物镇静状态,形体正常、语声清,气息平,舌红,苔黄,脉弦滑。既往史:2017 年协和医院诊断为帕金森病、阿尔茨海默病,现规律服用盐酸美金刚片,多巴丝肼片对症治疗。无食物药物过敏史。

1.2 查体

一般检查:患者入科体温(T)40℃,血压(BP)95/52 mm Hg,心率(HR)90 次/min,呼吸(R)23 次/min,血氧饱和度(SpO₂)97%。专科检查:患者药物镇静状态,精神差,左瞳孔直径 2 mm,右瞳孔直径 2 mm,等大等圆,对光反射固定/固定,压眶反射固定/固定,Richmond 躁动-镇静评分(RASS)为-4 分。患者带气管插管距门齿 23 cm 处固定,接呼吸机以 PC 模式辅助呼吸,氧浓度 40%。中医查体:望诊:患者药物镇静状态,形体正常,舌红,苔黄;闻诊:语声清,气息平;切诊:脉弦滑。辅助检查:实验室检查:全血细胞分析提示白细胞(WBC)15.58×10⁹/L ↑,C 反应蛋白(CRP)31.88 mg/L ↑,淋巴细胞比率(LYMPH%)18.4% ↓,中性粒细胞数量(NEUT)11.84×10⁹/L ↑,中性粒细胞比率(NEUT%)76.0% ↑;影像学检查:胸部 CT 可见片状模糊影。

1.3 诊断

中医诊断:外感发热(热毒症);辨证分型:痰热壅肺证。中医鉴别诊断:发热要鉴别内伤发热和外感发热:外感发热多因感受外邪而起,起病较急,病程较短,发病初期大多伴有恶寒,其恶寒得衣被而不减。发热的热度大多较高,发热的类型随病种的不同而有所差异。内伤发热起病缓慢,病程较长,多为低热,或自觉发热,表现为高热者较少。不恶寒,或虽怕冷但得衣被则温,常兼见头晕、神疲、自汗、盗汗、脉弱等。此患者发热 8 d,病程短,发病急故诊断为外感发热(热毒症),辨证分型为痰热壅肺证。西医诊断:脓毒症、重症肺炎、I 型呼吸衰竭。

1.4 治疗

西医予患者呼吸支持、抗感染、保肝、补钾及抗凝治疗,中医治则以清热化痰治则为主,喜炎平注射液静滴清热解毒,中药汤剂以清热化痰,宣肺平喘为法。该患者于 2024 年 01 月 15 日脱机,黄稠痰转白稀痰,体温复常,舌脉改善,2024 年 01 月 18 日生命体征平稳出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般评估

根据患者入院时状态予生活质量评估,采用 Barthel 指数评定量表进行评估,评估内容包括进食、床与轮椅转移、个人卫生、如厕、洗澡、步行、上下楼梯、穿衣、大便控制、小便控制等 10 项内容,总分 100 分。0~20 分为功能严重障碍,日常生活完全依赖;25~45 分为生活需要很大的帮助,属重度依赖;50~70 分为生活需要中等程度帮助;75~95 分为生活大部分能自理,轻度依赖;100 分为基本生活独立自理。该患者均无法独立完成需要极大部分帮助,评分为 0 分,属日常生活完全依赖。

2.1.2 症状评估

患者持续发热 8 d,加重伴喘憋 3 d,目前患者恶寒、发热,体温(T)40℃,身热无汗出,周身寒战。该患者发热程度属高热,现为发热的体温上升期,热型属稽留热。中医辨证发热属外感发热。患者为气管插管接呼吸机辅助呼吸状态,痰液为 II 度痰,痰色黄,量中等,予患者吸痰时可见吸痰反射。患者每日排便 1~2 次,排便为黄色、质软成型。

2.1.3 风险评估

予患者 Morse 跌倒及坠床风险评估,该评估量表由美国学者 Janice Morse 等于 1989 年所研制^[6],该量表包括 6 个条目,即跌倒史、>1 个医疗诊断、使用行走辅助工具、步态、静脉输液、认知和精神状况,总分 125 分,得分越高,表明老年人跌倒风险越大。评分<25 为低风险,25~45 为中风险,评分>45 分为高风险。该患者 Morse 跌倒及坠床风险评估为<25 分,属低风险。

Braden 压疮风险评估量表由 Braden 和 Bergstrom 于 1987 年编制^[7],目前临床应用广泛。该量表共有 6 个条目,即感知能力、活动能力、移动能力、潮湿程度、营养摄取能力、摩擦力和剪切力,其中摩擦力和剪切力评分是 1~3 分;其余 4 项评分是 1~4 分,情况越好,评分越高。总分 6~23 分,分数越低,压伤风险越高,其中 15~18 分为低度危险,13~14 分为中度危险,10~12 分为高度危险,评分≤9 分极高度危险。该患者 Braden 评估为 12 分,属高风险。

2.2 护理诊断

体温过高与痰热壅肺有关;清理呼吸道无效与气管插管患者不能自行咳痰有关;有皮肤完整性受损的危险与皮肤温度高及汗出皮肤潮湿有关。

2.3 护理计划

将患者体温控制在正常水平、感染得到有效控制;拔除气管插管,患者能自行咳痰;患者排便正常,每日排便 1~2 次,大便性状质软成形;患者住院期间无皮肤损伤。

2.4 护理措施

2.4.1 常规护理措施

2.4.1.1 病情观察

每小时观察并记录患者生命体征,包括体温、呼吸、心率、血压、血氧饱和度及尿量。关注患者体温变化,发热程度、持续时间、特性和规律,身热有无汗出。每 4 h 评估患者神志情况,包括格拉斯哥评分、RASS 评分,瞳孔大小、对光反射及压眶反射。

2.4.1.2 生活起居

护士应动作轻柔,病室保持安静。每日开窗通风半小时,保持室内空气新鲜流通。夜间为患者提供舒适的睡眠环境,减少不必要的噪音、灯管宜暗。

2.4.1.3 气道管理

保持患者床头抬高 30~45°,每 2 h 对患者进

行翻身,扣背,每日两次振动排痰仪机械辅助排痰,10 min/次。根据患者实际情况按需吸痰,吸痰严格执行无菌操作。盐水雾化吸入,3 次/d,促进痰液引流稀释。密切关注气道湿化情况,使用加温加湿器对气道进行加温加湿,保证患者有创管路进气端温度在 40℃。

2.4.1.4 饮食护理

患者入院为气管插管状态,根据患者营养需求,遵医嘱予患者能全力 1000 mL 持续 24 h 胃管喂养。予患者合理膳食,增加营养摄入,饮食宜清淡易消化,禁食肥甘、厚味、辛辣及过咸食物。宜进食清热润肺化痰、理气止咳的食物,可适当进食白萝卜、花生、百合、银耳、猪肺、梨及核桃仁等。食疗方雪梨银耳百合汤,将雪梨银耳百合汤搅打成糊状后入胃管,3 次/d。

2.4.1.5 皮肤护理

保持床单平整、清洁、干燥,无渣渍,使用气垫床保护患者皮肤。每 2 h 予患者翻身更换体位,必要时予患者泡沫敷料保护皮肤。

2.4.1.6 用药护理

予患者中药方剂桑白皮汤,桑白皮汤出自明代《古今医统大全》,选用生栀子,长于清热泻火,凉血解毒;生桑白皮,长于泻肺行水;浙贝母苦寒,长于清肺化痰;苦杏仁有小毒,炒后毒性降低;清半夏,辛温燥烈之性较缓,长于燥湿化痰,桑白皮汤能改善肺功能^[8]。桑白皮汤主要成分包括桑白皮 15 g、半夏 15 g、苏子 15 g、苦杏仁 15 g、贝母 12 g、黄芩 15 g、柴胡 12 g、大黄 10 g 及栀子 10 g 加减。煎法服法:水煎温服,2~3 次/d,餐后服用。炒苏子、苦杏仁、栀子均宜捣碎后入煎。7 d 为一个疗程,根据患者病情变化及时调整用药,中药适宜温服,中西药应间隔 30 min 以上。

2.4.2 中医特色护理

患者属外感发热,辨证分型为痰热壅肺证,中医治则是清热化痰,宣肺平喘。根据患者辨证分型及中医治则,对患者实施个性化护理。

2.4.2.1 中药塌渍

治疗原则:清热解表、宣肺平喘;治疗选穴:循经取穴,循手太阴肺经、足太阳膀胱经;方剂:科室自拟方“退热洗剂”,药物组成包括麻黄 100 g、冰片 100 g;炮制方法:将麻黄 100 g 及冰片 100 g 加水 80 mL 浸泡 30 min,煎煮至 600 mL。该患者药液浓度为 0.2 mg/L,药液温度 20~25℃,塌渍纱布湿度 40%~50%,根据患者辨证选择循行的经

络分别是足手太阴肺经和足太阳膀胱经,具体操作方法如下。采取先擦后焐的方法,根据患者证型选择对应的药液浓度、药液温度、塌渍纱布的湿度及经络。使用时隔水加热至 30~37℃,先采取擦拭法,即将纱布浸入药液后取出,拧干以不滴水为宜。双层纱布浸湿进行四肢擦浴,循经擦拭,即逆经络循行方向进行擦拭,单向擦拭 20 次。再采取焐渍法,将双层浸湿药液的纱布,拧至不滴水为宜,平铺于患者擦拭经络上,使用温湿度仪器监测纱布的温湿度。塌渍时间为 30 min,焐渍过程中及时喷洒中药维持纱布湿度,并注意患者保暖。

2.4.2.2 中药口护

治疗原则:清热消炎;中药口护方(科内自拟方):将金银花、半边莲、黄连、薄荷按照 1:1:1:1 的组成进行蒸馏,取其蒸馏液作为口护液,能起到清热消炎、芳香口气,减少口腔内细菌的作用。操作流程:每日 3 次早、午、晚对患者进行中药口护口腔护理,采用擦拭法进行中医口腔护理,使用棉球按照牙齿的各个面进行擦拭,包括牙齿的外侧面、内侧面、咬合面等,擦拭顺序一般从外侧开始,逐渐向内侧和咬合面推进。

2.4.2.3 穴位贴敷

治疗原则:清热解毒、通腑泄热;治疗选穴:神阙穴;炮制方法:大黄辅以藿香正气软胶囊调和;

操作方法:1 次/d,每次持续 4 h,贴敷于患者神阙穴。肺主气、司呼吸,主宣发肃降,肺与大肠相表里。肺气肃降正常则有助于大肠的传导,大肠的传导功能正常则有助于肺气的宣发肃降而呼吸均匀。肺热则伤耗津液,易导致肠道失于濡养,继而出现腹胀、便秘等。为预防患者出现腹胀、便秘,予患者穴位贴敷,穴位贴敷科内自拟方主要成分是大黄,大黄苦寒沉降,具有清热泻火、清热解毒的作用。

2.4.2.4 五音疗法

原则:养肺调神、静心宁脑;操作方法:患者病房放置收音机持续播放商调音乐,曲目包括《将军令》《阳春白雪》《广陵散》及《江河水》,于每日申时播放,播放 30 min,注意控制音量,音量控制在 45dB 以下,每日播放少于 2 次,避免过度聆听,久听生厌。正商调式能促进调理与肺脏等相关呼吸系统的功能,以防治气的耗散,增强其抵抗力,具有养阴保肺、补肾利肝及泻脾胃虚火之功效。

2.5 护理评价

2.5.1 体温及感染控制情况

患者入院第 3 天体温控制为 38℃,入院第 5 天体温控制在 36.8℃,出院前体温控制在 36.5℃左右,详见图 1;白细胞及中性粒细胞比率入院时高于正常值,于入院第五天恢复正常,详见图 2。

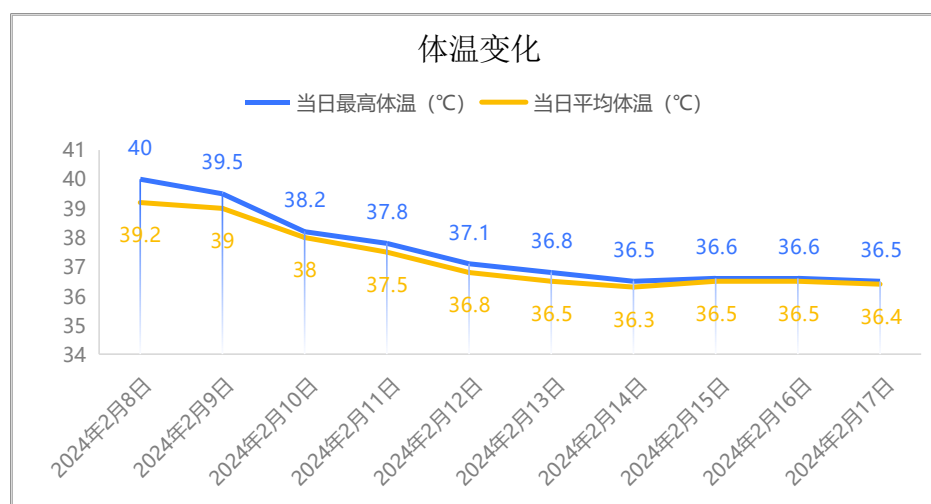


图 1 体温变化情况

2.5.2 咳痰情况

患者入院为气管插管接呼吸机辅助呼吸状态,痰液为Ⅱ度痰,痰色黄,量中等,予患者吸痰时可见吸痰反射。患者入院第 7 天拔除气管插管,能自行咳出中量、黄色、黏痰,易咳出,出院前患者自行咳出少量、白色、稀薄痰,易咳出。

2.5.3 排便情况

患者入院至出院期间,大便正常,1~2 次/d,量中等,大便质软成形,无腹胀、腹泻等症状出现。

2.5.4 皮肤情况

患者入院皮肤完好,出院时患者周身皮肤完好,未出现皮肤问题。

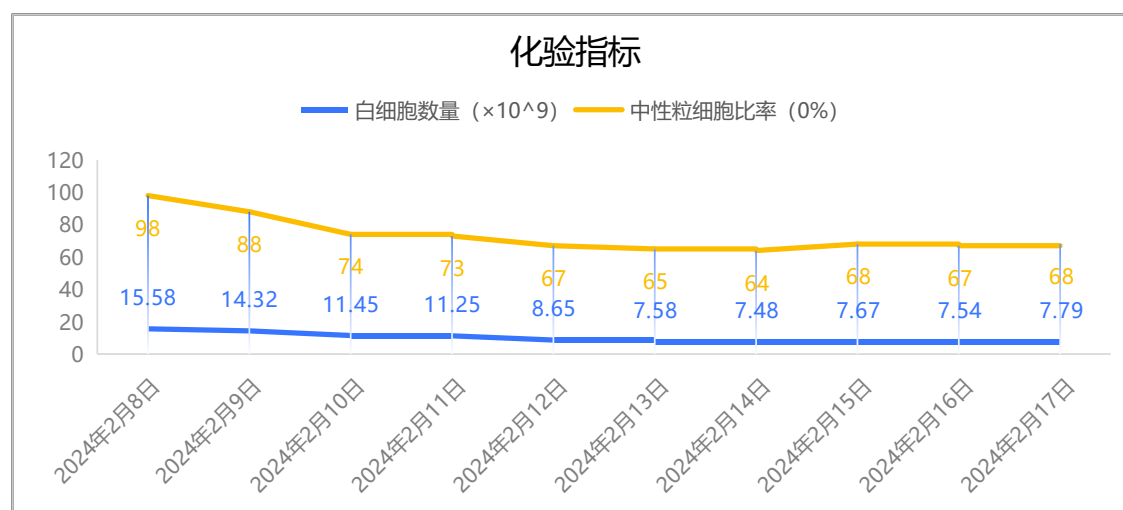


图2 化验指标变化情况

3 结果和随访

患者入院第3天血流动力学稳定停血管活性药物,入院第5天体温恢复正常水平,入院第7天拔除气管插管改为经鼻高流量吸氧。患者经过10 d治疗后,体温恢复正常,生命体征稳定,治疗效果显著,患者好转出院。患者出院后分别于治疗后4周当面随访,8周进行电话随访,针对患者当前的疾病控制情况、饮食、用药及生活状况等情况进行健康指导,患者依从性较高。

4 临证体会

脓毒症是一种由感染引起的全身性炎症反应,通常并发于手术、大面积烧伤、中毒、中暑及休克等,也是重症监护室的主要死因。脓毒症所致的高热属中医“外感热”范畴,是机体对各种破坏性刺激的防御反应。当体温超过39℃时,身体会消耗,心脏负担会增加,这时会令病人心跳加快,呼吸增加,长时间发高烧可能会损害脑组织,甚至导致脑死亡。因此,控制外感高热是脓毒症治疗中的一个重要环节。目前,脓毒症的西医治疗主要依靠抗生素和物理降温相结合。虽然感染是可控制的,但仍然存在许多难以解决的问题^[9]。临床常见降温方式有冰袋降温、酒精擦浴、冰毯降温,但是以上方式降温效果并不是很理想^[5]。一些广谱强抗生素在广泛使用后产生耐药性。随着内服药物疗法的毒副作用及耐药性的增加,中药塌渍治疗相关疾病的优势日益明显,并且因该方法简单易行,安全无副作用,临床应用较为广泛^[10]。

中医整体观和辨证论治是目前治疗外感高热的主流方法,如中药可提高抗菌效果,降低耐药性,增强免疫力,调节免疫功能紊乱等。中医药在治疗外感发热方面积累了丰富的经验。中医对外感发热积累了丰富的经验,《伤寒论》重点论述外感风寒发热的诊治。清代叶天士、吴鞠通创立的温病学说,则更详尽地论述发热性疾病的病理机制和辨证治疗原则。中医在治疗该病症方面有着独特的思路与方法,既可做到标本兼顾,又可减少毒副作用^[9]。

中药塌渍是具有中医特色的治疗方法之一,不仅用于外科,亦被用来治疗多种内科疾病。中药塌渍技术历史悠久,在临床上实施起来也比较简单方便,又有着显著的疗效,根据患者个体差异辨证论治的方法,合理选择出相关药物,对其实施局部塌渍可使药物经肌腠毛窍而入脏腑,通经贯络,以作用全身,且可疏其汗孔、宣导外邪^[5]。治疗肺疾病在手太阴肺经经脉、络脉、经筋病候的各类病候中,汇总古代医家使用腧穴发现,手太阴肺经的应用频次最多,占比最高,使用频次前三的穴位为太渊、尺泽、列缺。所有治疗穴位涉及十四经穴和经外奇穴共156个,其中包含足太阳膀胱经经穴26个,数量最多。《灵枢》中手太阴肺经经脉、络脉及经筋的病候大多由外邪致病,且与肺主气的生理功能相关,病机为气滞、气乱及气虚。外邪侵肺,肺气升发肃降异常导致,故治疗应使肺经气血有养、气血得通。所有治疗穴位中足太阳膀胱经穴占26个,数量最多,体现膀胱经穴在治疗肺系病候中的广泛应用,故选择手太阴肺经和足太阳膀胱经来进行中药塌渍^[11]。

根据本例患者辨证分型为痰热壅肺证以及经络学说,选择足阳明胃经和手阳明大肠经,应用中药塌渍技术干预患者高热症状,采取先擦后塌的方法。该患者痰热壅肺证,虚实所属为实证,寒热所属为热证。中药塌渍中的“塌”采取逆经络循经擦拭,即单向擦拭20次;“渍”则将双层浸湿药液的纱布,平铺于患者擦拭经络上,使用温湿度仪器监测纱布的温湿度,塌渍持续时间为60 min。

中药塌渍原理是药物的本身作用配合药物加热后产生的热能,使局部血管扩张、加速血液循环;也可通过肌肤毛孔直接作用于病灶,或使药物经肌腠毛窍而入脏腑^[4]。通过湿敷的传导与辐射作用,使局部因炎症而引起的灼热感得以减轻,并抑制末梢神经的病理性冲动,减轻自觉症状,发挥消炎、镇痛、止痒和抑制渗出的作用。在湿敷过程中,表皮角质层膨胀,有利于药物透入皮内,达到活血通络之功效^[10]。中药塌渍具有操作简单、安全有效,适应证广等特点。该患者应用中药塌渍技术后高热症状明显改善,感染得到明显控制。综上所述,中药塌渍在干预脓毒症高热患者,改善体温升高有着显著疗效,值得在临床应用推广。

但本文目前存在中药塌渍疗法的操作方法不统一,药物选择上多为自拟方、经验方,循经取穴、辨证取穴可否增加中药塌渍效果等局限性。因此,我科室目前正在通过正交试验法探讨不同参数下中药塌渍技术对体温的干预效果,总结分析最佳参数,为规范操作提供研究基础。研制体表温湿度监测工具,用于临床技术操作中,为临床技术实施提供安全保障。对脓毒症高热患者实施中药塌渍技术时,通过对药液浓度、温度、纱布湿度及塌渍部位等参数进行观察,遴选最佳参数纳入技术操作流程中,形成规范的操作方案,并为完善该技术的内涵与外延提供高质量证据支持。此外,本研究还将进一步探索脓毒症高热患者体温的变化规律及实施中药塌渍技术后的评价方法,初步构建体温评价体系。持续研究中将依托电子设备及互联网平台实现温湿度的预警,以提高操作的安全性、有效性,使技术更加精准。

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] 张敬宜,张强,袁玉丰.温阳法论治脓毒症研究进

展[J].内蒙古中医药,2023,42(9):161-163.

ZHANG J Y, ZHANG Q, YUAN Y F. Research Progress on the Treatment of Sepsis with the Wenyang Method [J]. Inn Mong J Tradit Chin Med, 2023, 42(9): 161-163. (in Chinese)

[2] 丁鑫,钱占红,任存霞,等.中医药防治脓毒症肺损伤现状及其相关指标的研究进展[J].内蒙古中医药,2022,41(7):145-147.

DING X, QIAN Z H, REN C X, et al. Research progress of traditional Chinese medicine in the prevention and treatment of sepsis lung injury and related indicators [J]. Inn Mong J Tradit Chin Med, 2022, 41(7): 145-147. (in Chinese)

[3] 费姝烨,周江,张海东,等.从瘀热论治脓毒症研究进展[J].实用中医药杂志,2020,36(10):1369-1370.

FEI S Y, ZHOU J, ZHANG H D, et al. Research Progress on Treating Sepsis Based on the Theory of Blood Stasis and Heat [J]. J Pract Tradit Chin Med, 2020, 36(10): 1369-1370. (in Chinese)

[4] 谢海娟,姚菊峰.中药塌渍疗法在临床应用中的研究进展[J].按摩与康复医学,2021,12(12):90-92.

XIE H J, YAO J F. Research Progress of Traditional Chinese Medicine Plaster Therapy in Clinical Applications [J]. Chin Manip Rehabil Med, 2021, 12(12): 90-92. (in Chinese)

[5] 历建萍.中药塌渍的应用研究[J].长春中医药大学学报,2011,27(6):1058.

LI J P. Research on the Application of Traditional Chinese Medicine Dipping Therapy [J]. J Changchun Univ Tradit Chin Med, 2011, 27(6): 1058. (in Chinese)

[6] 洪珊.预见性护理干预对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者跌倒、坠床的预防效果[J].中国医药导报,2023,20(22):184-187.

HONG S. Preventive effect of predictive nursing intervention on fall and fall out of bed in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease [J]. China Med Her, 2023, 20(22): 184-187. (in Chinese)

[7] 卢婷婷,王艳,张颖慧.妇科手术患者医院获得性压疮风险评分工具的研制[J].中华全科医学,2024,22(11):1976-1980.

LU T T, WANG Y, ZHANG Y H. Development of a risk scoring tool for hospital-acquired pressure ulcer in gynecological surgery patients [J]. Chin J Gen Pract, 2024, 22(11): 1976-1980. (in Chinese)

- [8] 章洁, 周翔, 谢轶群, 等. 桑白皮汤加减治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2025, 52(3): 53-56.
ZHANG J, ZHOU X, XIE Y Q, et al. Clinical efficacy of modified Sangbaipi decoction (桑白皮汤加减) on patients with AECOPD [J]. Liaoning J Tradit Chin Med, 2025, 52(3): 53-56. (in Chinese)
- [9] 张利娟, 吴遍, 郑静霞, 等. 应用铜砭刮痧治疗脓毒症外感高热的探讨[J]. 中国中医急症, 2024, 33(4): 729-731.
ZHANG L J, WU B, ZHENG J X, et al. A Study on the Application of Copper Scraper Massage Therapy for Treating Severe Fever Caused by Exogenous Pathogens in Sepsis [J]. J Emerg Tradit Chin Med, 2024, 33(4): 729-731. (in Chinese)
- [10] 王窕, 杜义斌. 中药塌渍的理论基础及应用现状[J]. 中医外治杂志, 2015, 24(6): 52-53.
WANG T, DU Y B. Theoretical Basis and Current Application Status of Traditional Chinese Medicine Dipping Therapy [J]. J Extern Ther Tradit Chin Med, 2015, 24(6): 52-53. (in Chinese)
- [11] 于卉然. 《灵枢·经脉》篇手太阴肺经病候因机证治系统研究[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2023.

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。