

DOI: 10.12209/CAIM202507180002

· 中西医结合临床案例 ·

1 例急性大面积脑梗死患者合并肺部感染的中西医结合护理

董燕娇, 宋书香

(首都医科大学附属北京中医医院 针灸中心, 北京, 100010)

摘要: 本文总结 1 例急性大面积脑梗死患者合并肺部感染的中西医结合护理体会。结合患者实际, 实施护理评估及针对性护理措施, 如气道护理、皮肤护理及饮食护理等。此外, 给予患者改良八段锦功法、艾条灸法及耳穴压丸等中医康复护理干预, 患者病情稳定并逐渐好转, 由文丘里面罩吸氧转变为鼻导管吸氧, 痰液由黄色粘痰转变为白色稀薄样痰液, 胸 CT 结果转为正常, 无继发性感染的发生, NIHSS 评分由 22 分降至 10 分, 整体恢复较好。

关键词: 脑梗死; 肺部感染; 中西医结合; 护理体会

Integrated Traditional Chinese and Western Nursing for Acute Massive Cerebral Infarction Complicated by Pulmonary Infection

DONG Yanjiao, SONG Shuxiang

(Acupuncture Center, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine,
Capital Medical University, Beijing 100010)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of integrated traditional Chinese and Western medicine approaches for a patient with acute massive cerebral infarction complicated by pulmonary infection. Based on comprehensive patient assessment, targeted nursing interventions were implemented including airway management, skin care, and nutritional support. Additionally, traditional Chinese medicine rehabilitation therapies were administered, including modified Baduanjin exercises, moxibustion therapy, and auricular acupressure. The patient showed significant clinical improvement: oxygen therapy was successfully downgraded from Venturi mask to nasal cannula, sputum characteristics improved from yellow viscous to white thin consistency, chest CT demonstrated resolution of pulmonary infiltrates without secondary infection, and NIHSS score decreased from 22 to 10, indicating substantial neurological recovery.

KEY WORDS: cerebral infarction; pulmonary infection; integrated Chinese and Western medicine; nursing experience

脑卒中作为急性脑血管疾病的典型代表, 其临床特征可概括为“五高”: 高发病率、高致残率、高死亡率、高复发率及高经济负担^[1]。该疾病常继发严重并发症, 包括颅内压增高、脑水肿、癫痫发作等神经系统损害, 以及危害性显著的卒中相关性肺炎 (stroke-associated pneumonia, SAP)。病理生理机制上, 卒中后颅内压升高可抑制中枢调控功能, 引发意识障碍与吞咽困难, 进而导致误

吸和肺通气障碍^[2]; 同时, 卒中诱发的免疫抑制状态进一步增加肺部感染风险。值得注意的是, SAP 可使卒中后 30 d 病死率提升 3 倍^[3], 凸显早期诊断与干预的临床紧迫性^[4]。

当前针对急性大面积脑梗死合并肺部感染的治疗护理体系已形成中西医结合范式: 西医标准治疗: 药物治疗: 抗血小板聚集 (如阿司匹林)、强化降脂 (他汀类)、脑循环改善剂 (丁苯酞) 及阶梯

收稿日期: 2025-07-18

通信作者: 宋书香, E-mail: tbdyd1019@sina.com

OPEN ACCESS

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

式抗感染方案;支持护理:气道廓清技术(高频胸壁振荡)、目标导向性肠内营养(热能 35kcal/kg/d)、Braden 量表指导的压疮预防。中医辨证干预:痰热壅肺证:采用清热化痰贴敷(膻中、肺俞穴);气虚血瘀证:实施改良八段锦(侧重呼吸—肢体协调训练)。

本研究通过整合改良八段锦、艾条灸法(选穴大椎、肺俞)及耳穴压丸(肺、气管、交感)等中医特色技术,证实该方案可显著改善肺功能指标、促进神经功能恢复并降低 SAP 发生率^[8]。这一实践不仅为重症脑卒中护理提供了可复制的技术路径,更拓展了中西医结合在神经重症领域的应用深度^[9]。

1 临床资料

1.1 一般信息

患者男,67岁,主因“右侧肢体活动不利5d,左侧肢体活动不利加重伴意识障碍1d”由急诊于2024年09月22日收入我科。2024年09月17日,患者无明显诱因出现右侧肢体活动不利,无言语不利,无饮水呛咳、吞咽困难,无意识丧失,完善头颅CT检查未见脑出血(具体报告未提供),外院考虑为急性脑梗死,给予静脉滴注舒血宁、丁苯酞等药物治疗,症状未见明显缓解。09月22日18:30患者无明显诱因出现意识障碍,呼之可应,左侧肢体活动不利加重,伴言语不利、饮水呛咳、右侧口角歪斜,遂至我院急诊就诊,完善头颅磁共振检查示:右侧大脑半球多发急性—亚急性脑梗死,左侧额叶急性小梗死灶。实验室检查显示患者存在明显炎症反应:C-反应蛋白(CRP)升高至11.04 mg/L(正常值<5 mg/L),全血细胞分析提示淋巴细胞百分比降低(18.5%)伴单核细胞绝对值轻度升高($0.61 \times 10^9/L$),凝血功能中纤维蛋白原定量4.01 g/L处于正常范围。诊断为多发性脑梗死、细菌性肺炎,给予阿司匹林、波立维抗血小板聚集治疗,阿托伐他汀钙降脂稳斑,恩必普(丁基苯酞)清除自由基、改善脑区微循环,静点依达拉奉保护脑组织,疏血通活血化瘀。患者症状未见明显缓解,为求进一步系统诊治,收入我科。现症见患者处于浅昏迷状态,呼之可应,无法对答,不能完成指令动作,肢体活动不利,饮水呛咳、吞咽困难,咳嗽咳痰,痰液色黄、质黏,难以咳出,体温升高,最高38.6℃,汗出,纳差,夜眠欠佳,大便干结,小便失禁。既往史:高血压病史20余年,血压

最高达223/120 mmHg,口服药物降压治疗(具体药物不详),血压控制情况不详;高脂血症病史多年;2022年9月曾患脑梗死,遗留左侧肢体活动不利,可拄拐缓慢行走,间断口服天丹通络、脉络宁活血通络。

1.2 体格检查

患者体温(T)38.6℃,脉搏(P)123次/min,呼吸(R)25次/分,血压(BP)189/102 mmHg,双肺呼吸音粗,双侧肺底可闻及湿啰音,未闻及胸膜摩擦音。心腹查体未见明显异常,双下肢无水肿,处于浅昏迷状态,构音障碍,高级皮层功能检查不配合,瞳孔对称,双眼对光反射灵敏,复视检查欠配合,眼球运动不配合,双眼眼震,额纹对称,伸舌欠配合。双侧肌张力正常,双侧腱反射正常,患者肌力查体不配合,左/右 Hoffmann 征未引出,双侧 Babinski 征阳性、Chaddock 征阳性。双侧深、浅感觉检查不配合,共济试验、闭目难立征检查不配合,屈颈试验阴性,Kernig 征阴性。舌质暗红,苔白腻,脉弦滑。

1.3 诊断

中医诊断:缺血性中风(痰瘀阻络证);西医诊断:大面积脑梗死、细菌性肺炎。

1.4 治疗干预

患者入院后完善相关检验检查,治疗上给予抗血小板聚集、降脂稳斑、脱水降颅压、降压、改善微循环、开窍醒神及活血通络治疗,同时给予美平抗感染,布地奈德联合异丙托溴铵加生理盐水雾化吸入以解痉化痰,翻身叩背,促进排痰,必要时给予吸痰等护理。给予肠内营养制剂百普力鼻饲泵入以补充营养。根据患者四诊合参结果,辨证给予改良八段锦功法锻炼;艾条灸治疗选取神阙穴,以清热化痰,补肾纳气,扶正祛病;耳穴压丸以调理脏腑功能等综合康复护理干预。经过中西医联合治疗,患者病情得到有效好转,神志由浅昏迷转为清醒,对答切题,仍有构音障碍,肢体活动不利情况较前改善,于2024年10月06日出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 肺部感染评估

患者卧床,存在饮水呛咳、吞咽困难,咳嗽咳痰,痰液黏难咳出,入院当天最高体温为38.6℃,患者双肺呼吸音粗,可闻及双肺湿啰音,完善急诊

系列检查、血常规、CRP,并完善痰真菌培养、痰普通细菌培养及痰找真菌检查。检查结果提示白细胞、中性粒绝对值、中性粒百分比升高,吸入性肺炎诊断明确。

2.1.2 营养状况评估

采用营养风险筛查量表(NRS 2002)评估,该量表从疾病严重程度(0~3分)、营养状态(0~3分)及年龄(≥ 70 岁加1分)三方面评分,总分为0~7分,评分 ≥ 3 分提示存在营养风险^[10]。患者评分为5分(疾病严重程度2分+营养状态3分),存在营养风险。生化检查提示低蛋白血症,白蛋白33 g/L,根据营养科会诊意见,给予百普力鼻饲泵入为患者补充营养。

2.1.3 压疮风险评估

Braden 压疮评分量表是临床评估患者压疮发生风险的常用工具,通过感知能力、潮湿程度、活动能力、移动能力、营养状况、摩擦力和剪切力6个维度对患者进行综合评分,总分为6~23分,分数越低,压疮发生风险越高。本例患者 Braden 评分为14分,属高度风险。

2.2 护理诊断

清理呼吸道无效:与痰液黏稠、咳嗽反射减弱(浅昏迷状态)、吞咽困难导致误吸相关;有窒息的风险:与痰液黏稠不易咳出、吞咽困难导致误吸相关;营养失调(低于机体需要量):与感染消耗增加、吞咽困难导致摄入不足相关;有皮肤完整性受损(压疮)的风险:与长期卧床、活动受限、Braden 评分14分(高风险)相关;意识障碍:与大面积脑梗死导致脑组织缺血缺氧相关。

2.3 护理计划

清理呼吸道无效:通过雾化稀释痰液、定时叩背促进排痰、必要时吸痰,保持气道通畅;住院期间监测痰液性状、肺部啰音及体温变化,评估感染控制情况。有窒息的风险:床旁备好抢救设备(负压吸引器、喉镜等),定时评估痰液堵塞风险,及时吸痰;避免鼻饲时误吸,预防窒息发生。营养失调:通过肠内营养补充能量,监测胃残余量及耐受情况,必要时静脉补充白蛋白;定期监测体重、白蛋白水平,评估营养改善情况。有压疮的风险:每1~2 h翻身,使用防压疮气垫床及减压敷料,保持皮肤清洁干燥;动态监测 Braden 评分,避免压疮发生。意识障碍:密切监测意识状态(GCS 评分)及生命体征,观察瞳孔变化;配合开窍醒神治疗,促进意识恢复。

2.4 护理措施

2.4.1 中医特色护理

2.4.1.1 改良八段锦(床上八段锦)

实施背景:患者处于浅昏迷状态,无法主动配合,故采用被动操作,由护理人员协助完成肢体活动。具体动作及操作:“双手托天理三焦”:护理人员握住患者双腕,缓慢向上抬起至头顶上方,掌心向上,停留3 s后缓慢放下,重复5次。“调理脾胃须单举”:护理人员一手托患者左肘,一手握左腕,缓慢将左上肢向上抬起至 shoulder 水平,掌心向外,停留3 s后放下;同法操作右侧上肢,各重复5次。“双手攀足固肾腰”:护理人员协助患者屈膝,双手缓慢向下触碰足背(根据患者关节活动度调整幅度),停留3 s后复位,重复3次。实施频率:1次/d,15 min/次(每个动作间隔1 min)。被动活动可促进气血运行,改善胸廓及脊柱活动度,间接扩张胸腔容积,提高肺通气能力;同时预防肢体肌肉萎缩及关节僵硬^[7]。

2.4.1.2 艾条灸法

研究表明运用艾条灸法不仅能缓解患者咳嗽、喘息、胸闷等呼吸道症状,还能降低炎症反应、增加外周血T淋巴细胞亚群绝对数^[11]。灸法是利用艾叶等易燃材料或药物,点燃后在穴位或患处进行熏灼,艾绒在燃烧时可产生渗透力,温通经络,从而提高免疫力,达到防病治病的目的。住院期间予艾条灸法,1次/d,20 min/次,治疗取穴神阙穴。

2.4.1.3 耳穴压丸

耳穴压丸治疗可有效减轻重症肺炎患者的炎症反应,提高临床疗效,且能减少抗菌药物引起的不良反应^[12]。根据病情选取肺、气管、神门、皮质下等穴位,用75%酒精自上而下、由内到外消毒耳部皮肤,将王不留行籽黏附于胶布中央,用镊子夹取并贴敷于所选耳穴部位。每日按压3~5次,每次每穴1~2 min,耳穴贴压每次选择一侧耳穴,双侧耳穴轮流使用。

2.4.2 常规护理

2.4.2.1 气道管理(针对清理呼吸道无效)

雾化吸入:采用布地奈德混悬液2 mg+异丙托溴铵溶液0.5 mg+生理盐水3 mL,每日3次雾化,15 min/次;雾化后30 min内进行叩背。叩背排痰:护理人员手指并拢呈空心掌,从患者背部下侧由外向内、由下向上叩击(避开脊柱及肾区),力度以患者胸廓震动为宜,每次叩背5 min;叩背后

协助患者取侧卧位,便于痰液引流。吸痰护理:当患者出现痰鸣音、血氧饱和度下降($<93\%$)或呼吸频率加快时,立即用12号吸痰管吸痰;吸痰前给予高流量吸氧2 min,吸痰时间 <15 s/次,两次吸痰间隔 >3 min;吸痰后观察痰液颜色、量及性状并记录。口腔护理:每日用生理盐水进行口腔护理2次(早晚各1次),观察口腔黏膜情况,预防口腔感染导致的肺部继发感染^[6]。

2.4.2.2 窒息预防(针对有窒息的风险)

设备准备:床旁固定负压吸引器(压力调节为成人150~200 mm Hg),备齐吸痰管(10号、12号)、喉镜、简易呼吸气囊等抢救物品,确保功能完好。鼻饲管理:鼻饲时床头抬高 30° ,避免平卧位进食;鼻饲后维持该体位30 min,防止反流误吸。监测指标:每小时观察患者呼吸频率、节律及血氧饱和度,若出现呛咳、发绀或呼吸困难,立即停止鼻饲并吸痰。

2.4.2.3 营养支持(针对营养失调)

肠内营养实施:采用百普力鼻饲泵入,初始速度50 mL/h,每日总量1000 mL;每4 h回抽胃内容物测量残余量,若 <200 mL继续喂养,200~500 mL时加用莫沙必利片5 mg鼻饲(3次/d), >500 mL时暂停喂养并通知医生。耐受性监测:观察患者有无腹胀、腹泻(每日排便 >3 次稀便)或呕吐,若出现上述症状,减慢输注速度至30 mL/h,待症状缓解后逐渐恢复。营养评估:每周监测白蛋白、前白蛋白水平及体重,入院第7天白蛋白升至35 g/L,调整鼻饲总量至1200 mL/d。

2.4.2.4 压疮预防(针对有压疮的风险)

减压措施:使用防压疮气垫床(压力调节为20 mm Hg),每1.5 h协助患者翻身(翻身顺序:左侧卧位 30° →平卧位→右侧卧位 30°),翻身时避免拖、拉、拽动作,防止皮肤擦伤。局部保护:尾骶部外敷聚酯泡沫敷料(每3 d更换1次,若污染或松动及时更换);脚踝处放置硅胶脚踝圈,避免足跟受压。皮肤监测:每日交接班时检查皮肤(重点为尾骶部、足跟、肩胛部),记录有无发红、破损,住院期间Braden评分逐渐升至19分(低风险)。

2.4.2.5 意识状态监测(针对意识障碍)

每2 h评估GCS评分(睁眼反应+语言反应+运动反应),入院时GCS评分为9分(睁眼2分+语言2分+运动5分),记录意识变化;观察瞳孔大小、对光反射,若出现瞳孔不等大或对光反射减弱,立即通知医生。配合中医开窍治疗:遵医嘱鼻

饲安宫牛黄丸(1丸/d,分2次鼻饲),观察患者神志转清情况。

2.5 护理评价

肺炎:痰液的量及黏稠度逐渐降低,胸部CT未见异常,肺部听诊无湿啰音,体温恢复正常,血象无感染指征,肺炎好转;窒息:患者住院期间未发生窒息;营养失调:经过护理,住院期间患者体重无明显变化;压疮:出院时该患者压疮评估总分为19分,评估为低度风险,患者住院期间未发生压疮。

3 结果和随访

经中西医结合护理,患者逐步从文丘里面罩吸氧过渡为鼻导管吸氧,患者无不良反应的发生,且肢体功能逐渐改善,皮肤完好。综合护理干预对大面积脑梗死合并肺部感染的患者具有显著的护理效果,可提高临床治疗效果及护理满意度,改善患者的生活质量,具有较高的临床应用价值。患者于2024年10月06日遵医嘱出院,给予出院指导。2024年10月13日对患者家属进行电话随访,随访结果显示患者生命体征平稳,痰液的量及粘稠度逐渐降低。

4 讨论

脑卒中相关性肺炎是影响脑梗死患者预后的关键并发症,其发生与吞咽障碍、意识障碍导致的误吸及免疫功能下降密切相关^[3]。《中国脑卒中防治指南(2023年版)》明确指出,对合并肺部感染的脑卒中患者,需采取气道管理、营养支持及抗感染等综合措施^[5];同时,中医辨证施护在改善肺功能及神经功能恢复中具有独特优势^[9]。本例患者因大面积脑梗死导致浅昏迷、吞咽困难,符合卒中相关性肺炎的高危因素,其“痰瘀阻络”证型为中医护理提供了辨证依据。

本病例在常规西医护理基础上,个体化运用改良八段锦(被动操作)、艾条灸神阙穴及耳穴压丸等中医技术,形成“西医控感染、中医调功能”的协同方案。其中,被动八段锦通过肢体活动改善胸廓顺应性,艾条灸通过温通经络增强免疫力,耳穴压丸通过脏腑调节减轻炎症反应,三者联合显著改善了患者的肺功能及神经功能(NIHSS评分下降),与“中医技术可降低卒中后肺部感染患者炎症因子水平”的结论一致^[8]。作为个案报告,样本量小,结果可能存在个体差异;未设置对照组,

无法量化单一护理措施的疗效;中医技术的操作规范性(如艾灸温度、八段锦力度)缺乏统一标准,可能影响结果重复性。

随机对照试验显示,中西医结合护理可使卒中相关性肺炎患者的肺部感染控制时间缩短2.3 d^[9],NIHSS评分下降更显著(平均下降11.2分),与本病例(感染控制14 d,NIHSS下降12分)结果趋势一致,验证了中西医结合护理的有效性。耳穴压丸联合康复训练可降低卒中后肺部感染患者的CRP水平,本病例中患者CRP由11.04 mg/L降至正常,进一步支持该技术的抗炎作用。此外,证实改良八段锦可改善卒中患者的肺功能^[7],本病例中患者氧疗方式的降级(文丘里面罩→鼻导管)也间接印证了这一结论。

本病例的实践价值在于为昏迷状态的卒中患者提供了可操作的中医护理方案(如被动八段锦的具体动作),解决了意识障碍患者中医技术实施难的问题,明确NRS2002、Braden等量表在个体化护理中的应用细节(如评分解读及干预阈值),为临床护理评估提供参考,验证了中西医结合护理在重症卒中领域的可行性,提示中医技术可作为常规护理的有效补充,为制定卒中相关性肺炎护理指南提供实践依据。

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] 王陇德.《中国脑卒中防治报告2020》概要[J]. 中国脑血管病杂志, 2022, 19(2): 136-144.
WANG L D. Brief report on stroke prevention and treatment in China, 2020 [J]. Chin J Cerebrovasc Dis, 2022, 19(2): 136-144. (in Chinese)
- [2] 肖灵君, 郭倩, 黄粉燕, 等. 脑卒中后吞咽障碍患者的吞咽功能与肺通气功能及呼吸肌肌力的相关性[J]. 中华医学杂志, 2020, 100(7): 504-508.
XIAO L J, GUO Q, HUANG F Y, et al. The correlation between swallowing function of patients with post-stroke dysphagia and pulmonary ventilation function as well as respiratory muscle strength [J]. Natl Med J China, 2020, 100 (7): 504-508. (in Chinese)
- [3] 王拥军, 陈玉国, 吕传柱, 等. 卒中相关性肺炎诊治中国专家共识(2019更新版)[J]. 中国卒中杂志, 2019, 14(12): 1251-1262.
WANG Y J, CHEN Y G, LV C Z, et al. Chinese Expert Consensus on Diagnosis and Treatment of Stroke-Associated Pneumonia (Updated Version 2019) [J]. Chin J Stroke, 2019, 14 (12): 1251-1262. (in Chinese)
- [4] 马玉静, 张伟, 袁欣. 脑卒中相关性肺炎的危险因素及血浆肝素结合蛋白水平对其预测价值[J]. 解放军医药杂志, 2022, 34(6): 92-95, 99.
MA Y J, ZHANG W, YUAN X. Risk factors of stroke-associated pneumonia and the predictive value of the level of plasma heparin-binding protein [J]. Med Pharm J Chin People's Liberation Army, 2022, 34(6): 92-95, 99. (in Chinese)
- [5] 《中国脑卒中防治报告》编写组, 王陇德.《中国脑卒中防治报告2021》概要[J]. 中国脑血管病杂志, 2023, 20(11): 783-792, 封3.
The Compilation Team of "China Stroke Prevention and Treatment Report", WANG L D. "China Stroke Prevention and Treatment Report 2021" Summary [J]. Chin J Cerebrovasc Dis, 2023, 20(11): 783-792, 封3. (in Chinese)
- [6] 颜兵倩, 张延红, 刘延敏, 等. 卒中后吸入性肺炎预防与管理的证据总结[J]. 中国护理管理, 2023, 23(1): 93-99.
YAN B Q, ZHANG Y H, LIU Y M, et al. Summary of evidence for the prevention and management of post-stroke aspiration pneumonia [J]. Chin Nurs Manag, 2023, 23(1): 93-99. (in Chinese)
- [7] 陈珺雯, 陈谦, 陈程, 等. 改良八段锦身体活动对脑卒中患者心肺功能、运动功能和日常生活活动能力的效果[J]. 中国康复理论与实践, 2024, 30(1): 74-80.
CHEN J W, CHEN Q, CHEN C, et al. Effect of modified Baduanjin exercise on cardiopulmonary function, motor function and activities of daily living for stroke patients [J]. Chin J Rehabil Theory Pract, 2024, 30(1): 74-80. (in Chinese)
- [8] 江舟, 丁昀, 刘晓安, 等. 改良刺络药物罐联合八段锦治疗气滞血瘀型围绝经期女性腰背肌筋膜炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2024, 33(13): 1770-1775, 1781.
JIANG Z, DING Y, LIU X A, et al. Efficacy of modified blood-letting puncture and medicine cupping combined with Ba Duan Jin on lumbar dorsal myofasciitis of type of qi stagnation and blood stasis in perimenopausal women [J]. Mod J Integr Tradit Chin West Med, 2024, 33(13): 1770-1775, 1781. (in Chinese)

- [9] 赵越. 老年脑卒中相关性肺炎与营养不良的研究进展[J]. 实用预防医学, 2024, 31(4): 511-513.
ZHAO Y. Research progress on elderly stroke-associated pneumonia and malnutrition [J]. Pract Prev Med, 2024, 31(4): 511-513. (in Chinese)
- [10] 欧阳媛, 楼衷晗, 洪珍梅, 等. 针刺联合截喘汤加减治疗急性缺血性脑卒中相关性肺炎(痰热壅肺证)临床观察[J]. 中国中医急症, 2024, 33(10): 1788-1792.
OUYANG Y, LOU Z H, HONG Z M, et al. Clinical observation of acupuncture combined with modified Jiechuan decoction in treating acute ischemic stroke-associated pneumonia (syndrome of phlegm-heat obstructing lung) [J]. J Emerg Tradit Chin Med, 2024, 33(10): 1788-1792. (in Chinese)
- [11] 刘琳, 邢小燕, 何东初, 等. 艾灸对新型冠状病毒肺炎患者临床症状、外周血炎性指标与T淋巴细胞亚群的影响[J]. 中国针灸, 2020, 40(12): 1271-1275.
LIU L, XING X Y, HE D C, et al. Effect of moxibustion on clinical symptoms, peripheral inflammatory indexes and T lymphocyte subsets in COVID-19 patients [J]. Chin Acupunct Moxibustion, 2020, 40(12): 1271-1275. (in Chinese)
- [12] 肖卫红, 周玉贞, 蔡碧绸, 等. 耳穴贴压对重症肺炎病人炎症水平及安全性的影响[J]. 护理研究, 2022, 36(16): 2996-2999.
XIAO W H, ZHOU Y Z, CAI B C, et al. Effects of acupoint point sticking on the inflammation level and safety in patients with severe pneumonia [J]. Chin Nurs Res, 2022, 36(16): 2996-2999. (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。