

DOI: 10.12209/CAIM202511210001

· 中西医结合临床案例 ·

5A 模式下中药热奄包联合耳穴疗法治疗 1 例 前列腺增生术后患者疼痛的护理报告

李瑶瑶, 梅雪婷

(首都医科大学附属北京中医医院 泌尿外科, 北京, 100010)

摘要: 探索以 5A 模式为护理框架, 联合中药热奄包与耳穴疗法的中西医结合护理方案, 为前列腺增生术后患者提供个性化护理服务。本文选取 1 例良性前列腺增生 (BPH) 术后患者, 以评估 (Assessment)、建议 (Advice)、达成共识 (Agreement)、协助 (Assistance)、随访 (Arrangement) 5A 模式为核心实施护理干预, 通过多维度评估明确患者的临床症状、健康风险及中医辨证结果, 基于评估结果制定个性化中西医结合护理计划, 同步落实西医基础护理与中医特色护理措施, 并对患者进行持续随访。干预后患者康复效果显著, 可自主排尿且无尿失禁发生, 日常生活实现基本自理, 全程未出现相关并发症, 护理满意度达 100%。该护理方案可系统改善 BPH 患者经尿道前列腺电切术 (TURP) 术后的疼痛、排尿障碍等问题, 降低并发症发生风险, 具有一定的临床应用价值, 后续需扩大样本量进一步验证其有效性与普适性。

关键词: 前列腺增生; 5A 模式; 中药热奄包; 耳穴疗法; 术后疼痛

Nursing Report on the Treatment of Postoperative Pain in a Patient with Benign Prostatic Hyperplasia Using the 5A Model Combined with Traditional Chinese Medicine Hot Compress and Auricular Therapy

LI Yaoyao, MEI Xueting

(Department of Urology, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to
Capital Medical University, Beijing, 100010)

ABSTRACT: This study explores a combined traditional Chinese and Western medicine nursing plan based on the 5A model, integrating traditional Chinese medicine hot compress and auricular therapy, to provide personalized nursing services for patients after benign prostatic hyperplasia (BPH) surgery. A case of a patient who underwent transurethral resection of the prostate (TURP) for BPH was selected to evaluate the effectiveness of the nursing intervention. The 5A model, which includes assessment, advice, agreement, assistance, and arrangement, was used as the core framework. Through multi-dimensional assessment, the patient's clinical symptoms, health risks, and TCM syndrome differentiation results were clearly identified. Based on the assessment results, a personalized combined traditional Chinese and Western medicine nursing plan was formulated, and both Western medicine basic care and TCM characteristic care measures were implemented simultaneously. The patient was also followed up continuously. After the intervention, the patient's recovery was significant, with the ability to urinate independently and no occurrence of urinary incontinence. The patient achieved basic self-care in daily life, and no related complications occurred throughout the process. The nursing satisfaction rate was 100%. This nursing plan can systematically improve postoperative pain and urinary dysfunction in BPH patients after TURP, reduce the risk of complications, and has certain clinical application value. Further validation of its effectiveness and universality is needed by expanding the sample size in the future.

收稿日期: 2025-11-21

通信作者: 梅雪婷, E-mail: 904837649@qq.com

OPEN ACCESS

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

KEY WORDS: benign prostatic hyperplasia; 5A model; Traditional Chinese Medicine hot compress; auricular therapy; postoperative pain

前列腺增生 (benign prostatic hyperplasia, BPH) 是泌尿外科常见的良性疾病, 以尿频、尿急、进行性排尿困难为典型临床表现, 常伴随前列腺体积增大、膀胱出口梗阻等病理改变, 临床症状具有多样性与复杂性^[1]。经尿道前列腺电切术 (transurethral resection of the prostate, TURP) 因创伤小、术后恢复快, 目前被公认为治疗中重度 BPH 的“金标准”术式; 但术后膀胱痉挛、尿道刺激征等并发症发生率可达 30% ~ 50%, 老年患者若合并多种基础疾病, 术后康复风险进一步升高, 住院时间也相应延长^[2-3]。中医学将 BPH 归为“癃闭”范畴, 认为其发病与肾的固摄、滋养功能失调密切相关, 其中肾阳虚型及湿热下注型较为多见, 中医护理技术在该病术后康复中的应用已取得一定成效。5A 模式是国际认可的以患者为中心的健康管理模式, 通过评估 (Assessment)、建议 (Advice)、共识 (Agreement)、协助 (Assistance)、随访 (Arrangement) 的闭环管理, 可有效提升患者的治疗依从性^[4]。本文通过总结 1 例合并多种基础疾病的 BPH 术后患者的护理实践, 探索 5A 模式联合中药热奄包、耳穴疗法的中西医结合护理效果, 以期为临床护理工作提供参考。

1 一般资料

1.1 基本信息

现病史: 患者男性, 78 岁, 5 年前无明显诱因出现尿频、尿急、排尿费力症状, 夜尿 4 ~ 5 次/晚, 未规律诊治; 2 月前上述症状加重, 伴肉眼血尿及血块, 于 2025 年 10 月 24 日收入我院泌尿外科治疗。既往史: 高血压病史 20 余年, 最高血压达 155/80 mm Hg, 长期口服培哚普利氨氯地平片 10 mg, 1 次/d, 控制血压; 高脂血症病史 10 余年, 口服瑞舒伐他汀钙片 5 mg, 1 次/d, 调脂; 20 余年前因甲状腺疾病行碘 131 治疗, 目前口服左甲状腺素钠片 (优甲乐), 给药方案为周一至周五 50 μ g, 2 次/d, 周六至周日 50 μ g, 1 次/d; 2 周前于外院行超声引导下经会阴前列腺穿刺术。过敏史: 否认食物、药物过敏史。个人史: 饮食无特殊偏嗜, 性情平和; 否认吸烟、饮酒史。家族史: 否认家族性遗传疾病及类似疾病史。

1.2 查体

中医望闻切诊: 神志清楚, 精神可, 舌红、苔黄, 脉弦。辅助检查: 盆腔 CT 平扫示前列腺增生伴钙化、膀胱内结石、左输尿管下段结石; 血生化检查示总前列腺特异性抗原 (tPSA) 7.76 ng/mL、甘油三酯 (TG) 1.74 mmol/L、空腹血糖 (GLU) 13.46 mmol/L 等; 尿常规示尿潜血阳性 (+)、白细胞酯酶阳性 (+), 中段尿培养示大肠埃希菌生长; 前列腺穿刺活检病理提示慢性前列腺炎。

1.3 诊断

中医诊断: 精癃; 西医诊断: 前列腺增生、慢性前列腺炎、泌尿系感染、膀胱结石、左输尿管下段结石、双侧后天性肾囊肿、高血压病 2 级 (高危)、高脂血症、甲状腺功能减退。中医辨证: 湿热下注证, 核心病机为湿热蕴结下焦, 膀胱气化失司; 主症: 尿频、尿急、排尿费力, 伴肉眼血尿、下腹胀痛; 舌脉: 舌红、苔黄腻、脉弦数; 次症: 夜尿频繁、睡眠欠安、焦虑烦躁。

1.4 治疗

入院后西医予盐酸坦索罗辛缓释胶囊联合爱普列特口服以改善排尿症状, 中医予神阙穴贴敷清热利湿类药物。10 月 27 日行全麻下经尿道前列腺电切术 (TURP), 术后西医予抗感染、止血、补液及基础疾病对症治疗; 中医停用神阙穴贴敷, 予中药热奄包联合耳穴疗法以促进术后康复^[5]。

术后恢复节点: 术后第 1 天停止膀胱冲洗, 尿管引流通畅; 术后第 3 天血、尿常规恢复正常, 停用抗感染及止血药物; 术后第 5 天夹闭尿管锻炼膀胱功能, 患者无明显不适; 术后第 9 天拔除尿管, 患者可自主排尿, 无尿失禁发生, 夜尿 1 ~ 2 次/晚; 术后第 10 天病情稳定, 办理出院。

2 5A 护理

2.1 评估 (Assessment): 多维度评估体系

2.1.1 中医四诊评估

望诊: 神志清楚 (得神), 面色微红, 舌红、苔黄腻, 形体适中, 步态稳健; 闻诊: 语声清晰, 无异常体味, 无咳嗽、暖气等异常声响; 问诊: 日间排尿 8 ~ 10 次、夜尿 4 ~ 5 次, 伴排尿费力、下腹胀痛; 睡眠时长每晚 3 ~ 4 h, 易醒; 饮食正常, 大便 1 次/d; 切诊: 脉弦数, 下腹轻压痛, 无肌紧张。

2.1.2 西医综合评估

症状体征:间断肉眼血尿,尿管引流通畅,无发热、腰痛等不适;风险评估:跌倒风险评分60分(高度风险),静脉血栓栓塞症(VTE)评分3分(中度风险);量化指标:术后第1天疼痛数字评分法(NRS)评分4分,焦虑自评量表(SAS)评分62分,匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分12分,残余尿量30 mL;基础疾病控制:血压、血糖、血脂控制基本平稳,甲状腺功能减退患者规律服用左甲状腺素钠片。

2.1.3 护理问题梳理

排尿功能障碍:与前列腺增生压迫尿道、术后膀胱功能未完全恢复有关;疼痛:与手术创伤刺激、术后膀胱痉挛有关;睡眠形态紊乱:与夜尿频繁、术后疼痛不适、尿管刺激有关;焦虑:与对手术效果的担忧、术后躯体不适、陌生住院环境有关;知识缺乏:缺乏术后康复及中医调护相关知识;潜在并发症:跌倒、静脉血栓栓塞症、尿路感染。

2.1.4 中医辨证评估

患者舌红、苔黄腻、脉弦数,神志清晰(得神)、言语流利,未闻及异常气味及声响;辨证为湿热下注证,核心病机为湿热蕴结下焦,膀胱气化失司。

2.2 建议(Advice):个体化指导,建立护理认知

结合患者年龄、基础疾病状态及术后康复阶段,采用分模块、通俗化、场景化的方式,向患者及

家属开展中西医双层健康指导。西医层面:通过手术示意图讲解TURP术式原理及留置尿管的目的,强调多饮水对预防尿路感染及尿管堵塞的重要性,明确基础疾病规律用药的必要性;中医层面:用通俗语言解释湿热下注证型的特点,说明中药热奄包清热利湿、耳穴疗法调节脏腑功能的作用机制,现场展示气海、关元等穴位位置及与膀胱功能的关联^[6]。

2.3 达成共识(Agreement):共同制定计划,提升配合意愿

2.3.1 需求沟通

患者核心诉求为尽快拔除尿管、缓解疼痛、改善睡眠质量^[7];家属重点关注并发症预防及居家护理方法,结合临床治疗方案,明确本次护理的核心方向。

2.3.2 方案协商

根据患者的主观感受,共同调整护理措施的执行细节:中药热奄包每日治疗2次,时间为上午10:00~12:00、下午16:00~18:00;耳穴疗法每2 d更换贴压部位,按压时间为饭前30 min、睡前1 h及疼痛发作时,每穴按压1 min;膀胱功能锻炼初始夹管间隔为2 h,无不适后延长至3 h。

2.3.3 目标确认

共同制定可量化的分阶段康复目标,具体如表1所示。

表1 护理目标

康复阶段	核心目标	评估指标
短期(术后1~7 d)	疼痛缓解、睡眠改善、膀胱功能初步恢复	疼痛数字评分法(NRS)评分≤2分;匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分≤8分;夹闭尿管无腹胀,单次排尿量>200 mL
中期(术后8~10 d)	顺利拔管、自主排尿、无并发症发生	拔除尿管后可自主排尿,无尿失禁;夜尿次数≤2次/晚;无跌倒事件发生

2.4 协助(Assistance):精准实施干预,强化护理效果

2.4.1 中药热奄包

遵医嘱配制药材,车前草15 g、瞿麦12 g、扁蓄12 g、滑石10 g、栀子9 g及黄柏9 g,研碎后用双层纱布包裹制成15 cm×20 cm药包,浸湿后调湿温度至40℃。操作流程:协助患者取平卧位,清洁气海、关元、中极穴位区域皮肤,将药包贴敷于穴位处,保持恒温40℃敷贴2 h^[8];敷贴期间密切观察皮肤状态,防止烫伤;敷贴结束后清洁局部皮肤,协助患者取舒适体位。干预效果:术后第1天敷贴后,疼痛数字评分法(NRS)评分从4分降至3分;术后第3天下腹胀痛基本消失,NRS评分降至2分。

2.4.2 耳穴疗法

治疗选穴肾、膀胱、尿道、神门、皮质下、交感共6个穴位,用探针标记定位。操作流程:用75%乙醇棉球消毒耳廓皮肤,待干后贴压耳穴压丸,按压至局部出现酸、麻、胀、痛感,每穴按压1 min^[9];同步指导患者及家属用食指、拇指轻柔按压穴位,力度以患者能耐受为宜。干预效果:术后第2天睡前按压神门穴后,患者入睡时间明显缩短,NRS评分降至3分;术后第4天夜间排尿次数减少,下腹胀痛基本消失,更换压丸时耳廓皮肤无红肿、破损等不良反应。

2.4.3 围手术期护理

术前护理:①心理准备:通过沟通手术流程、展示手术室环境图片、邀请康复患者分享经验等

方式缓解患者焦虑,焦虑自评量表(SAS)评分从65分降至62分;②生理准备:指导患者术前禁食禁水、皮肤准备,练习床上排尿及有效咳嗽;③物品准备:协助患者准备术后生活用品,将呼叫器、水杯等物品放置于患者易触及的位置。

术后护理:①病情观察:术后1 h内每15 min监测1次生命体征,无异常后改为每1 h监测1次;②尿管护理:将尿管固定于患者大腿内侧,每日用聚维酮碘溶液行会阴护理1次,密切观察尿液颜色、性状及量,出现血块时及时予膀胱冲洗;③基础疾病管理:定时提醒患者规律服用基础疾病药物,根据血压监测结果协助医生调整降压药物剂量。

2.4.4 疼痛护理

采用NRS评分法每日早晚评估患者疼痛情况,密切关注疼痛加重的征兆,结合非药物与药物干预协同缓解疼痛^[10]。非药物干预:予中药热奄包敷贴缓解膀胱痉挛性疼痛;指导患者进行腹式呼吸训练+下腹部顺时针按摩;协助患者采取屈膝仰卧位,放松腹部肌肉^[11]。药物干预:术后第1天非药物干预效果不佳时,予盐酸曲马多注射液100 mg肌肉注射,30 min后NRS评分降至3分;术后第3天患者疼痛明显缓解,未再使用止痛药物。

2.4.5 睡眠护理

每日用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)量表评估患者睡眠质量,从环境、干预、心理三个维度综合改善睡眠状况。环境调整:将病房温度控制在22~24℃、湿度50%~60%,夜间关闭大灯开启地灯,尽量减少夜间护理操作,提醒同病房患者保持安静。睡眠干预:睡前协助患者按压耳穴神门、皮质下穴;指导患者白天适当活动,避免长时间卧床睡眠,睡前用温水泡脚。心理疏导:夜间巡视时主动安慰未入睡患者,减轻其焦虑情绪。干预效果:术后第3天PSQI评分降至8分(轻度睡眠障碍);

术后第7天降至6分(睡眠正常),患者入睡时间缩短,夜间觉醒次数明显减少。

2.4.6 心理护理

采用SAS量表每周评估2次患者焦虑状态,结合日常观察开展针对性心理干预,采用“倾听—共情—解释”的沟通模式,每日与患者沟通15~20 min,同时鼓励家属多陪伴患者并参与护理过程。干预效果:术后第5天SAS评分降至52分(轻度焦虑);术后第10天降至45分(无焦虑状态),患者可主动交流康复感受,对出院后的生活充满信心。

2.5 随访(Arrangement):动态监测康复,延续护理服务

2.5.1 院内随访(术后至出院前)

责任护士每日晨间对患者进行随访,回顾当日护理计划执行情况,评估阶段性康复目标达成情况,并根据患者反馈及时调整护理方案。

2.5.2 出院前随访

出院前1 d,责任护士对患者及家属的居家护理知识掌握情况进行评估,共同制定个体化居家康复计划(详见表2),并发放随访联系卡。

2.5.3 出院后随访

建立分层随访机制:出院后1周内完成首次电话随访,重点询问患者排尿情况、症状恢复情况及居家护理措施执行情况;出院后1~4周每周电话随访1次,之后调整为每2周随访1次;出院后1~3个月每月通过微信随访1次,期间定期发送康复指导视频及康复进展评估问卷。

3 护理效果

经系统干预后,患者核心症状(疼痛、排尿障碍、睡眠紊乱)得到显著改善,住院及居家期间未发生跌倒、静脉血栓栓塞症、尿路感染等并发症;焦虑情绪明显缓解,生活自理能力逐步提升,详见表3。

表2 居家康复计划表

居家时间	康复重点	护理措施
出院后1周内	促进排尿功能恢复、预防感染	坚持盆底肌训练:提肛锻炼核心为收缩盆底肌(产生类似憋尿、憋便的感觉),保持5~10 s后放松3~5 s,每次完成10~15组,每日训练2~3次;每日饮水2000 mL以上;密切观察尿液情况,若出现血尿、尿频加重等异常及时就医
出院后1~2周	改善生活质量、强化基础疾病管理	循序渐进恢复日常活动,避免跑步、提重物等剧烈运动;严格遵医嘱规律服用基础疾病治疗药物;饮食以清淡为主,避免辛辣刺激食物
出院后2~4周	全面康复准备、术前复查筹备	自我评估排尿功能(包括夜尿次数、有无尿失禁等情况);为术后1个月的复查做好准备,复查项目包括尿常规、前列腺超声、膀胱残余尿量测定

表3 疗效评估

评价维度	评价指标	术后第2天(干预前)	术后第7天(干预中)	术后第10天(出院时)	出院7 d
生理指标	NRS/分	6(中度疼痛)	2(轻度疼痛)	1(基本无痛)	0(无痛)
	夜间排尿次数/(次/晚)	5~6	2~3	1~2	1
	SAS/分	62(中度焦虑)	48(无焦虑)	45(无焦虑)	45(无焦虑)
	残余尿量/mL	30	15	10	8
	BI/分	60(中度依赖)	75(轻度依赖)	85(基本自理)	90(基本自理)
症状改善	排尿功能状态	尿管引流,尿液淡红色	夹闭尿管无明显不适	自主排尿,无尿失禁	排尿顺畅
	PSQI/分	12(中度睡眠障碍)	8(轻度睡眠障碍)	6(睡眠正常)	5(睡眠正常)
并发症	跌倒风险评分/并发症发生情况	跌倒风险评分60分(高危)	跌倒风险评分45分(中危)	跌倒风险评分45分(中危)	跌倒风险评分45分(中危);无血栓、感染发生
	护理满意度	患者对护理工作满意度	100%	100%	100%

4 讨论

4.1 5A模式导向术后疼痛护理的闭环管理价值探讨

5A模式构建“评估(Assessment)—建议(Advice)—共识(Agreement)—干预(Assistance)—随访(Arrangement)”的疼痛管理闭环体系,打破传统护理单向流程的局限,与《中国成人术后疼痛管理指南(2023版)》提出的“全程化疼痛管理”理念高度契合。该模式通过疼痛数字评分法(NRS)量化评估与中医辨证分析相结合,实现了客观量化疼痛与个体化辨证施治的统一。临床数据显示,患者术后10 d疼痛评分从6分降至1分,显著缩短疼痛缓解周期;同时,“建议与共识”环节充分尊重患者主观意愿,大幅提升患者的治疗依从性,这是镇痛效果显著的关键因素。

4.2 中药热奄包与耳穴疗法的协同镇痛机制与优势

中药热奄包与耳穴疗法联合应用,形成“局部作用+整体调节、治标止痛+治本调因”的干预体系,完全契合加速康复外科(ERAS)的核心理念。其中,中药热奄包以40℃温热刺激结合清热利湿类方药作用于气海、关元等穴位,可扩张局部血管、促进炎症因子代谢、松弛膀胱平滑肌,直击湿热下注的核心病机^[12];同时,作为非药物镇痛手段,有效规避老年患者使用镇痛药物可能引发的不良反应,安全性更高。耳穴疗法选取神门、皮质下等穴位,通过神经反射通路抑制痛觉中枢兴奋性、激活内源性镇痛系统,同时可改善睡眠质量、缓解焦虑情绪,打破“疼痛—失眠—焦虑”的恶性循环^[13]。两种疗法协同互补,既保证镇痛的时效性,又兼顾康复的全面性。

4.3 中西医结合方案的实践启示与应用边界

本方案的核心价值在于实现中西医干预手段的精准配伍与个体化适配,急性期以中药热奄包快速控制疼痛症状,耳穴疗法辅助镇静安神^[14];恢复期以耳穴调理为主,减少对镇痛药物的依赖,充分适配老年患者的生理特点^[15]。但本方案存在明确的应用边界,其一,本研究为单案例研究,样本量较小且缺乏对照,无法量化两种疗法单独应用的镇痛贡献率;其二,方案基于湿热下注证型设计,不适用于血瘀证、气虚证等其他中医证型的患者;其三,干预场景局限于院内,缺乏针对居家康复阶段的延续性护理设计。

4.4 局限性与未来展望

本研究存在临床证据等级偏低、个体化干预与普适性推广失衡、院内外护理管理链条断裂等问题,这些也是当前中西医结合疼痛护理领域面临的共性挑战。未来研究可从三个方向推进,一是开展多中心、大样本随机对照研究,提升研究结论的循证医学等级;二是推进中医辨证分型与干预方案的精准匹配,优化方药配伍及耳穴选穴方案;三是开发便携式中医护理工具,构建“院内规范干预—院外延续管理”的全程护理模式,契合“健康中国”战略对延续性护理服务的要求。

以5A模式为框架,联合应用中药热奄包与耳穴疗法的中西医结合护理方案,在前列腺增生术后疼痛管理中展现出显著优势,可有效改善患者排尿障碍、睡眠紊乱等伴随症状,缓解焦虑情绪,降低并发症发生风险,提升整体康复质量与护理满意度^[16]。但该方案临床价值的充分发挥,仍需通过更高等级的临床研究验证、更精准的辨证施护优化及更完善的院内外护理链条构建来实现。

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] 国家重点研发计划主动健康和老龄化科技应对重点专项良性前列腺增生影像诊断专家共识编写小组, 单琨, 韩平, 等. 良性前列腺增生超声诊断专家共识[J]. 标记免疫分析与临床, 2023, 30(5): 736-740.
The Expert Consensus Writing Group on Imaging Diagnosis of Benign Prostatic Hyperplasia under the Key Special Project of Science and Technology for Active Health and Aging of the National Key Research and Development Program, SHAN K, HAN P, et al. The expert consensus on the ultrasound diagnosis of Benign Prostatic hyperplasia [J]. Labeled Immunoassay Clin Med, 2023, 30(5): 736-740. (in Chinese)
- [2] 夏丹, 汪朔, 王共先, 等. 机器人治疗良性前列腺增生专家共识[J]. 微创泌尿外科杂志, 2023, 12(1): 30-34.
XIA D, WANG S, WANG G X, et al. Expert consensus on robotic therapy for benign prostatic hyperplasia [J]. J Minim Invasive Urol, 2023, 12(1): 30-34. (in Chinese)
- [3] 中国抗癌协会泌尿生殖肿瘤整合康复专业委员会. 根治性前列腺切除术围手术期整合康复中国专家共识(2024年版)[J]. 中国癌症杂志, 2024, 34(9): 890-902.
Chinese Association for Cancer Control - Integrated Rehabilitation Committee for Uro-genital Tumors. Chinese expert consensus on perioperative integrated rehabilitation for radical prostatectomy (2024 edition) [J]. China Oncol, 2024, 34(9): 890-902. (in Chinese)
- [4] 兰孝达, 韩佳凝, 姜瑞, 等. 高龄患者接受经尿道前列腺增生手术后围术期并发症的危险因素分析[J]. 微创泌尿外科杂志, 2025, 14(1): 38-45.
LAN X D, HAN J N, JIANG R, et al. Risk factors analysis of perioperative complications in elderly patients undergoing transurethral prostatectomy for benign prostatic hyperplasia [J]. J Minim Invasive Urol, 2025, 14(1): 38-45. (in Chinese)
- [5] 曾雨言, 时秀睿, 尤秀秀, 等. 中医护理技术在良性前列腺增生中的研究进展[J]. 贵州中医药大学学报, 2025, 47(4): 91-95.
ZENG Y Y, SHI X R, YOU X X, et al. A research progress of traditional Chinese medicine nursing techniques in benign prostatic hyperplasia [J]. J Guizhou Univ Tradit Chin Med, 2025, 47(4): 91-95. (in Chinese)
- [6] 刘虹. 经尿道前列腺切除围术期应用5A护理模式的临床效果研究[J]. 健康之家, 2024(13): 155-157.
LIU H. Study on the clinical effect of perioperative application of 5-year nursing mode in transurethral resection of prostate [J]. Care Health, 2024(13): 155-157. (in Chinese)
- [7] 肖敏. 以自我管理为导向的5A护理模式在前列腺癌患者中的应用效果研究[J]. 当代护士, 2023, 30(4): 119-122.
XIAO M. Study on the application effect of self-management-oriented 5A nursing model in patients with prostate cancer [J]. Mod Nurse, 2023, 30(4): 119-122. (in Chinese)
- [8] 胡著云, 谢梅茂, 王忠军. 热敏灸联合中药热奄包对经尿道双极等离子前列腺剌除术患者的临床疗效观察[J]. 江西医药, 2022, 57(9): 1252-1254, 1259.
HU Z Y, XIE M M, WANG Z J. Clinical observation of heat-sensitive moxibustion combined with traditional Chinese medicine Reyanbao on patients undergoing transurethral bipolar plasma prostatectomy [J]. Jiangxi Med J, 2022, 57(9): 1252-1254, 1259. (in Chinese)
- [9] 康其, 肖爱珍. 穴位艾灸、耳穴贴压结合常规护理对前列腺增生术后尿失禁患者恢复情况及心理情绪的影响[J]. 医学理论与实践, 2022, 35(22): 3921-3923.
KANG Q, XIAO A Z. Influence of acupoint moxibustion, auricular point sticking and conventional nursing on the recovery and psychological emotion of patients with urinary incontinence after prostatic hyperplasia operation [J]. J Med Theory Pract, 2022, 35(22): 3921-3923. (in Chinese)
- [10] 杨卉宇, 高建, 张媛. 循证案例分析下预控管理对前列腺增生患者术后疼痛、膀胱痉挛发生率的影响[J]. 河北医药, 2025, 47(6): 990-993.
YANG H Y, GAO J, ZHANG Y. Effects of pre-control management based on evidence-based case analysis on postoperative pain and incidence of bladder spasm in patients with prostatic hyperplasia [J]. Hebei Med J, 2025, 47(6): 990-993. (in Chinese)
- [11] 中华医学会男科学分会, 良性前列腺增生加速康复护理中国专家共识编写组. 良性前列腺增生加速

- 康复护理中国专家共识[J]. 中华男科学杂志, 2021, 27(7): 659-663.
- Chinese Society of Urology, Expert Consensus Group for Accelerated Recovery Nursing of Benign Prostatic Hyperplasia. Expert Consensus on Accelerated Recovery Nursing for Benign Prostatic Hyperplasia in China [J]. Natl J Androl, 2021, 27(7): 659-663. (in Chinese)
- [12] 代立霞, 赵婉琳, 赵志强. 热奄包穴位外敷对混合痔术后尿潴留患者疼痛、排尿功能和膀胱尿动力学的影响[J]. 中医药导报, 2023, 29(6): 101-105.
- DAI L X, ZHAO W L, ZHAO Z Q. Effects of reyanbao external application of acupoints on analgesia, voiding function and bladder urodynamics in patients with postoperative urinary retention after mixed hemorrhoids [J]. Guid J Tradit Chin Med Pharmacol, 2023, 29(6): 101-105. (in Chinese)
- [13] 朱勇, 葛晓东, 施勇, 等. 耳穴埋籽在良性前列腺增生临床治疗中的干预作用[J]. 中国性科学, 2024, 33(8): 115-118.
- ZHU Y, GE X D, SHI Y, et al. Interventional effect of ear acupoint seed implantation in the clinical treatment of benign prostatic hyperplasia [J]. Chin J Hum Sex, 2024, 33(8): 115-118. (in Chinese)
- [14] 王佳敏, 李倩, 何莲, 等. 耳穴贴压干预昼夜节律睡眠-觉醒障碍型失眠效果的系统评价[J]. 护理管理杂志, 2025, 25(2): 143-148.
- WANG J M, LI Q, HE L, et al. Systematic review on the auricular acupressure in treatment of insomnia of circadian rhythm sleep-wake disorders [J]. J Nurs Adm, 2025, 25(2): 143-148. (in Chinese)
- [15] 吕凤娟, 龙琰, 杨秀木, 等. 耳穴贴压联合加味建中汤治疗失眠心脾两虚证的临床疗效[J]. 中华全科医学, 2024, 22(8): 1412-1415.
- LYU F J, LONG Y, YANG X M, et al. Clinical efficacy of ear acupoint pressing combined with Modified Jianzhong Decoction in the treatment of insomnia with heart and spleen deficiency syndrome [J]. Chin J Gen Pract, 2024, 22(8): 1412-1415. (in Chinese)
- [16] 洪玉兰, 周永红, 钱胡燕. 疼痛管理配合穴位贴敷疗法在经尿道前列腺电切术后下尿路症候群患者康复中的应用[J]. 中国性科学, 2023, 32(3): 142-146.
- HONG Y L, ZHOU Y H, QIAN H Y. Application of pain management combined with acupoint application in the rehabilitation of patients with lower urinary tract syndromes after transurethral resection of the prostate [J]. Chin J Hum Sex, 2023, 32(3): 142-146. (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 BY 4.0)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。