

1 例干燥综合征合并雷诺现象患者的中西医结合护理

穆 群

(天津市中西医结合医院 风湿免疫科, 天津, 300100)

摘要: **目的** 探讨干燥综合征合并雷诺现象患者的中西医结合护理方法与效果。**方法** 对1例59岁患者进行系统护理评估,识别出7项现存护理问题(疼痛、活动无耐力、外周组织灌注不足、舒适度改变、焦虑、自我形象紊乱、疾病知识缺乏)及4项潜在风险(感染、皮肤受损、视力损伤、骨折)。实施症状护理、循环管理、口腔眼部专科护理、心理干预、用药指导及中医适宜技术等综合护理措施。**结果** 患者疼痛缓解,口干眼干症状改善,雷诺现象发作频率明显减少,焦虑情绪缓解,自我护理能力提升,住院期间未发生并发症,顺利出院。**结论** 中西医结合护理可有效缓解患者临床症状,预防并发症,改善生活质量,值得临床推广应用。

关键词: 干燥综合征; 雷诺现象; 中西医结合护理; 护理干预

Integrative Chinese and Western Medicine Nursing Care for One Patient with Sjögren's Syndrome Complicated by Raynaud's Phenomenon

MU Qun

(Department of Rheumatology and Immunology, Tianjin Hospital of Integrative Chinese and Western Medicine, Tianjin, 300100)

ABSTRACT: Objective To explore the methods and effects of integrative Chinese and Western medicine nursing care for a patient with Sjögren's syndrome complicated by Raynaud's phenomenon. **Methods** A systematic nursing assessment was conducted for one 59-year-old patient, with seven existing nursing problems identified (pain, activity intolerance, impaired peripheral tissue perfusion, impaired comfort, anxiety, disturbed self-concept, and deficient disease-related knowledge) as well as four potential risks (infection, skin impairment, visual impairment, and fracture). Comprehensive nursing interventions were implemented, including symptom care, circulation management, specialized oral and ophthalmic care, psychological intervention, medication guidance, and appropriate traditional Chinese medicine (TCM) techniques. **Results** The patient's pain was relieved, the symptoms of xerostomia and xerophthalmia were improved, the frequency of Raynaud's phenomenon episodes was markedly reduced, anxiety was alleviated, self-care ability was enhanced, and no complications occurred during hospitalization. The patient was discharged uneventfully. **Conclusion** Integrative Chinese and Western medicine nursing care can effectively relieve clinical symptoms, prevent complications, and improve quality of life, and is therefore worthy of clinical promotion and application.

KEY WORDS: Sjögren's syndrome; Raynaud's phenomenon; integrative Chinese and Western medicine nursing; nursing intervention

干燥综合征是一种以淋巴细胞浸润外分泌腺体为特征的慢性自身免疫病,主要表现为口、眼干燥,并可累及多系统。约10%~30%的患者合并雷诺现象,后者表现为肢端“苍白—青紫—潮红”

三相颜色变化,伴麻木、疼痛及感觉异常,严重者可出现指端溃疡或缺血性损伤,显著影响患者的生活质量与疾病预后^[1]。目前,干燥综合征合并雷诺现象以西医对症处理为主,包括免疫调节、改

善循环及局部保暖,但长期效果有限,且缺乏统一的中医护理标准化方案^[2]。本例患者病程长、症状典型,单一护理难以同时缓解腺体干燥与外周血管痉挛。本案例采用中西医结合护理,发挥中医辨证施护(如穴位按摩、穴位贴敷、中药熏洗及情志调理等)与西医专科护理的协同优势,取得良好效果。本案例的特殊性在于两种病症相互影响、护理难度大,而现有文献较少系统报告此类患者的整合护理经验^[2-3],现将本案例报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女,59岁,主因“口干、眼干伴双手雷诺现象8年,加重伴右上肢疼痛10 d”于2025年11月18日入院。入院症见:口干、眼干,右上肢疼痛,周身肌肉疼痛、乏力,双手遇冷后出现典型雷诺现象(指端苍白—青紫—潮红变化)。既往史:有骨质疏松、猖獗性龋齿病史;30年前行剖宫产手术史;否认慢性病史及药物过敏史。

患者体温(T)36℃,脉搏(P)79次/min,呼吸(R)16次/min,血压(BP)141/85 mmHg。患者自述8年前于外院确诊“干燥综合征”及“雷诺现象”后,曾间断尝试多种治疗。西医方面曾不规则口服“白芍总苷胶囊”及“人工泪液”对症治疗,因效果不佳且自觉胃肠道不适而停药,未系统使用过糖皮质激素或免疫抑制剂;针对雷诺现象仅采取被动保暖措施,未接受过改善微循环的规范治疗。

1.2 查体

西医查体:神清,精神可,营养状况良好;口腔黏膜干燥,舌面干红皱裂,全口牙列不完整,多颗牙齿缺失;右肘关节、腕关节压痛明显,活动受限,关节无红肿畸形;周身乏力、肌肉疼痛;双手皮温较低,肤色正常,未见溃疡或坏疽。

中医查体:依据《中医体质分类与判定》标准,结合患者形体特征(形体偏瘦,肌肉松软)、面色(面色萎黄少华,两颧潮红)、精神状态(平素易感疲乏,情绪易紧张焦虑)、自然环境适应力(平素畏寒,不耐秋冬干燥寒冷气候)、饮食二便(口干喜热饮,饮而不解渴,大便偏干,小便短少)及舌脉(舌质干红少津,舌苔少,脉沉细)进行综合评定。患者平素阴液亏虚,阳气生化不足,故见形瘦、畏寒及乏力;虚火内扰则见两颧潮红、心烦且大便干。虽见畏寒之象,实为阴损及阳,根本仍属气阴两虚体质,兼有阳虚倾向。该体质类型决定患者易患

“燥痹”等津液亏耗、脉络失养之病证,且病情缠绵,外寒易诱发雷诺现象。

异常化验及检查:抗核抗体1:640阳性;抗SSA、抗SSB抗体阳性;IgG、RF、CRP及ESR均升高;超声示颈动脉斑块、甲状腺结节、右肾囊肿;CT示动脉硬化、左肺下叶微小结节。

1.3 诊断

西医诊断:干燥综合征,冠状动脉粥样硬化性心脏病,稳定性心绞痛,急性支气管炎,咽炎。中医诊断:燥痹(气阴两虚证)。辨证依据:患者年近六旬,脏腑渐衰,津液化源不足。口干、眼干、舌面干红皱裂为阴虚津亏、失于濡润之象;气虚不能运血,阴虚脉络涩滞,加之寒邪诱发,气血痹阻不通,故见双手雷诺现象、肢体疼痛、乏力。舌质干红少津、苔少、脉细数为气阴两虚之典型舌脉。综合四诊,辨为“燥痹”,证属“气阴两虚”^[4]。

1.4 治疗

患者入院后,西医予甲泼尼龙、硫酸羟氯喹、正清风痛宁及布洛芬口服抗炎免疫调节;左氧氟沙星抗感染;血必净、丹参多酚酸盐静滴化瘀解毒;碳酸钙D3联合骨化三醇及地舒单抗60 mg皮下注射(每6个月)抗骨质疏松治疗^[4-5]。中医治疗以养阴清热为法,配合针灸、穴位贴敷、穴位按摩及中药熏蒸等中医护理技术。经上述中西医结合综合治疗与护理,患者口干、眼干、右上肢及周身疼痛、乏力等症状显著改善,双手雷诺现象发作频率及程度明显减轻,病情稳定,已于2025年11月27日好转出院。

2 护理

2.1 护理评估

采用Barthel指数评定量表评估自理能力,评分为85分^[11];采用Braden量表评估压疮风险,评分为23分^[12-13];采用医院标准化跌倒/坠床危险因素评估表评估跌倒坠床风险,评分为6分(中度危险)^[14];采用PHQ-2与GAD-2量表评估心理状态,PHQ-2评分为0分(无明显抑郁),GAD-2评分为2分(轻度焦虑倾向)^[15-16];采用NRS数字评分法评估疼痛程度,评分为7分^[17];采用主观症状分级法评定口干、眼干程度,均为中度。

2.2 护理诊断

现存护理问题:①慢性疼痛:与关节肌肉受累相关;②活动无耐力:与风湿性炎症相关;③外周组织灌注不足:与雷诺现象致血管痉挛相关;④舒

适度改变:与口干、眼干相关;⑤焦虑:与担心疾病预后相关;⑥自我形象紊乱:与猖獗性龋齿相关;⑦知识缺乏:与疾病认知不足相关。潜在护理问题:①皮肤完整性受损风险;②感染风险;③视力受损风险;④骨折风险。

2.3 护理计划

针对患者存在的7项现存护理问题及4项潜在风险,以中医整体观为指导、西医标准化护理为基础,制定个体化护理计划:①将西医标准化护理与中医辨证施护有机融合,在各项症状护理中同步嵌入中医适宜技术,实现“西医精准评估+中医辨证干预”的协同效应;②针对潜在并发症制定预见性护理措施,将“治未病”思想贯穿护理全程,在皮肤护理、感染防控、视力保护及骨折预防四方面建立预警—干预—评价闭环管理模式;③将知识缺乏护理纳入计划核心,通过健康教育、技能示范及出院随访等方式提升患者疾病认知水平,为居家延续性护理奠定基础。

2.4 护理措施

2.4.1 疼痛护理

动态评估疼痛程度,将病房室温控制在22~24℃、湿度控制在50%~60%;遵医嘱使用非甾体抗炎药,密切观察药物不良反应;在镇痛管理中,将中医技术作为协同干预手段融入常规护理,予合谷、内关及足三里穴位按摩,配合中药熏蒸、直线偏光治疗及阿是穴贴敷,通过温热效应、药力渗透及光疗作用,使局部血管扩张、促进血液循环,形成“热力+药力+光疗”三重镇痛机制,缓解关节肌肉疼痛^[6-7];每日晨间评估疼痛等级后,根据评分动态调整中医技术频次(NRS≥4分时增加熏蒸1次),实现“评估—干预—再评估”的闭环管理。

2.4.2 活动无耐力护理

根据患者情况进行自理能力评估、跌倒坠床风险评估,并履行知情告知义务,落实跌倒防护措施,悬挂警示标识;疼痛发作时指导患者休息、保护受累关节;遵医嘱使用丹参多酚酸盐、血必净、左氧氟沙星、正清风痛宁及硫酸羟氯喹等药物;予清热祛湿通络中药汤剂口服;将中医技术纳入每日功能锻炼流程,配合针灸、拔罐及中药热熨敷等达到行气活血、温经通络的作用;指导患者进行适度功能锻炼,每日晨起练习15 min八段锦以“调身调息调心”,日常开展个体化康复训练(握拳、伸展及关节活动),建立“晨间唤醒+日间活动+晚间放松”三段式功能锻炼流程^[2,7]。

拔罐:作用于后背膀胱经,刺激背俞穴以滋阴润燥、活血通腑。其中肺俞可宣发肺气、布散津液;肝俞、肾俞能滋补肝肾之阴;脾俞可促进气血津液生化。闪罐:疏风开腠,振奋阳气。二者结合,可疏通经气,促进气血津液输布,从而缓解阴虚血瘀、经络不畅所致的肢体关节肌肉疼痛。针灸、电针灸:主穴(滋阴润燥要穴)为三阴交、太溪、血海及廉泉;配穴为气海、足三里、肺俞及肝俞。

2.4.3 外周组织灌注不足护理

将病房室温控制在22~24℃,避免寒冷及冷水刺激,加强肢端保暖;雷诺现象发作时予32~40℃温水浸泡,禁用热水袋局部热敷;指导患者选择宽松衣物;指导手部握拳、伸展训练;在常规保暖基础上,将温灸作为调节末梢循环的协同手段,温灸足三里、三阴交、气海及关元等穴位以改善末梢循环。制定“三级保暖路径”,即环境保暖(室温调节)+局部保暖(手套/袜防护)+经络调温(穴位温灸)^[3,7]。

2.4.4 口干、眼干护理

口干护理:指导患者每日饮水≥2000 mL,咀嚼无糖口香糖刺激唾液分泌;予复方氯己定含漱液含漱,4~6次/d,或用金银花、菊花及麦冬煎水含漱,保持口腔清洁。

眼干护理:予玻璃酸钠滴眼液滴眼,1次/2~3 h,指导患者避免长时间用眼,外出时佩戴墨镜;配合穴位贴敷、温灸缓解眼部不适,形成常规护理与中医技术交替施行的“双轨制”干预模式。建立“三口润养”体系,即口服(饮水)+口含(含漱/咀嚼)+眼润(滴眼/防护)^[2,6]。每班交接时采用主观分级法评估患者口干、眼干程度,作为下一班调整滴眼液频次及含漱次数的依据。

2.4.5 焦虑护理

采用GAD-2量表动态评估患者心理状态;为患者提供安全舒适的住院环境,主动倾听其诉求与不适,及时开展疾病知识宣教;指导患者进行深呼吸放松训练;睡前按揉神门、三阴交,予耳穴压豆(神门、交感及皮质下)以助眠、缓解焦虑;鼓励患者接触温和的中医养生方式,如按照五行音乐疗法选择《春江花月夜》等音乐、练习八段锦,以拉伸身体、增强肌力与平衡能力,提升整体素质。在每次心理疏导时,同步结合患者近期的疾病认知盲点进行针对性讲解(如首次重点解释雷诺现象诱因,第二次重点讲解用药安全性),将知识传递融入心理支持全过程。

2.4.6 自我形象紊乱与猖獗齿护理

建立良好护患关系,鼓励患者表达内心感受,帮助其正确认知病情,并联合家属提供情感支持;指导患者低糖饮食,进食时细嚼慢咽,避免过硬、过黏食物;规范巴氏刷牙法,饭后漱口,定期进行口腔检查,及时处理龋齿、牙龈炎等问题;根据证型选用中药含漱,如风热实火型用金银花、连翘等,阴虚火旺型用生地、玄参及麦冬等。护士每日晨晚间护理时主动观察患者口腔清洁执行情况,并予以正向反馈,逐步改善患者因猖獗齿产生的社交回避行为。

2.4.7 知识缺乏护理

评估患者认知与接受能力,依据其理解程度讲解疾病病机(干燥综合征属燥邪伤津、阴虚内燥;雷诺现象为寒凝血瘀、脉络痹阻);以图文结合方式讲解疾病知识、用药注意事项及自我护理要点;指导燥痹护理,口腔使用生理盐水漱口、麦冬石斛代茶饮,眼部正确使用人工泪液、减少用眼,皮肤避免使用碱性肥皂、常用润肤乳,可遵医嘱以当归、白芍外洗湿敷;指导饮食调养,多选滋阴生津(百合、银耳)与温通血脉(生姜、桂圆)食物,戒烟酒,忌辛辣燥热、生冷寒凉食物;保持病室温湿度适宜(湿度 50~60%),注意四肢保暖,每日用 40℃ 温水加艾叶、红花浸泡手足 15~20 min,并自指尖向指根按摩;示范穴位按摩、中药熏蒸等居家护理操作。每日利用晨间护理或晚间巡视时间开展 5~10 min“床边小课堂”,每完成一个主题(如“如何识别雷诺早期信号”“居家泡手足的正确方法”)后,请患者复述或演示核心步骤,确认掌握后再进入下一主题,确保知识真正内化。

2.4.8 潜在并发症护理

①皮肤完整性受损预防:每日观察肢端皮肤情况,做好保暖保湿,避免外伤,维持皮肤完整性。建立“每日晨间皮肤检查—记录—异常上报”流程,重点观察指端有无苍白、青紫及破损迹象。

②感染防控:监测体温及炎症指标,早期识别感染症状(如发热、咳嗽或皮肤红肿);使用清热漱口茶预防口腔感染,予中医拔罐肺俞穴,以疏风宣肺、活血通络并调节机体免疫;皮肤避免受凉外伤,每日温水清洁并保持干燥,定期观察皮肤颜色、温度及有无破损;嘱患者忌烟,肢体避免长时间下垂,适度活动以促进循环;积极控制基础疾病,减少雷诺现象发作,住院期间未发生感染。每班护士交接时确认患者体温及口腔黏膜完整性,

发现异常立即启动感染预警流程。

③视力保护:指导患者佩戴防护镜,热敷按摩眼睑,保持环境湿度,予穴位按摩睛明、攒竹等,住院期间无视力损伤。每日评估患者视力主观感受及用眼时长,每班提醒并监督滴眼液使用情况。

④骨折预防:定期评估患者骨密度、关节功能及活动能力,识别骨折高风险因素;指导患者补充钙与维生素 D;清除环境障碍,指导患者穿防滑鞋,避免快速转身、弯腰等易致跌倒的动作;关节畸形严重者需借助助行器辅助活动;指导患者进行温和运动,住院期间未发生跌倒/骨折^[2,7]。每日进行跌倒风险巡视(检查床栏固定、地面干燥及夜间照明情况),并将风险评估结果动态更新于护理看板。

2.4.9 用药护理

指导患者规范使用糖皮质激素、免疫抑制剂,严禁自行减停药物;使用生物制剂(地舒单抗)要严格按间隔时间给药,告知患者在进行任何侵入性牙科操作前,必须告知医生自己正在使用地舒单抗^[4-5];中药宜分次温服,饭前或饭后服用遵医嘱;告知患者药物不良反应及监测要点,指导其定期复查血常规、肝肾功能及眼底情况。出院前完成“用药安全清单”口头考核(包括糖皮质激素不可骤停、地舒单抗与牙科操作禁忌、复查项目及频率),考核合格后方可出院,并将考核结果记录于出院小结。

2.4.10 中医分时护理

依据子午流注理论实施分时施护,辰时按摩足三里健脾和胃,巳时予穴位贴敷、温灸调理脾胃,午时予耳穴压豆安神定志,未时予直线偏光照射缓解关节僵硬,申时予中药膏摩活血化瘀,酉时予中药熏蒸补益肾阴^[7]。

3 结果与随访

患者于 2025 年 11 月 27 日顺利出院,住院时长共 9 d。经中西医结合护理干预后,患者临床症状明显改善,生活质量显著提升。

3.1 临床症状改善情况

疼痛控制:NRS 评分由入院时的 7 分(中度疼痛)降至出院时的 2 分(轻度疼痛),右上肢及周身肌肉疼痛明显缓解,夜间可安然入睡,镇痛药物使用频次减少。

外周循环改善:双手雷诺现象发作频率由 3~4 次/d 减少至 1~2 次/周,症状恢复时间由原来

的 30 min 缩短至 10 min 以内,肢端麻木感明显减轻。

口干、眼干症状:口干程度由中度转为轻度,患者每日主动饮水 ≥ 2000 mL,口腔黏膜湿润度改善;眼干症状缓解,玻璃酸钠滴眼液使用频率由 1 次/2 h 延长至 1 次/4~6 h。

活动耐力:乏力感明显减轻,患者可独立完成日常活动(如洗漱、散步及轻家务),晨起八段锦练习可坚持完成全套动作,未出现明显疲劳。

3.2 心理状态与自我管理能力

焦虑情绪:GAD-2 评分由入院时 2 分降至 0 分,患者情绪稳定,积极配合治疗,主动参与护理决策。

自我形象紊乱:患者对外貌困扰的情绪反应减轻,愿意参与社交活动,但仍需持续心理支持。

知识掌握情况:患者能复述疾病基础知识、用药注意事项(如不得擅自停用糖皮质激素、地舒单抗使用前后注意事项)及居家护理要点(如保暖、口腔眼干护理与穴位按摩方法),自我护理能力显著提升。

3.3 并发症预防情况

住院期间未发生感染、皮肤破损、视力损伤、跌倒或骨折等不良事件。口腔黏膜完整,体温及炎症指标控制良好,视力检查未见下降,骨密度维持稳定,无新发骨折。

3.4 随访情况

出院后 1 周(2025 年 12 月 04 日)进行电话随访,患者自述居家坚持每日温水泡手、穴位按摩及八段锦练习;口干、眼干症状维持轻度水平,未加重;雷诺现象偶有发作(共 2 次),均于 10 min 内自行缓解;疼痛缓解,未使用止痛药;情绪稳定,睡眠良好;已预约风湿免疫科门诊复诊,计划继续中西医结合治疗。随访中再次强化患者对地舒单抗用药安全(如牙科操作前告知医生)及定期复查(血常规、肝肾功能及眼底)的认知,患者表示理解并愿意配合。

4 讨论

干燥综合征合并雷诺现象为慢性自身免疫系统疾病,具有多系统受累、症状复杂的特点,护理需兼顾症状控制、循环维护、感染防控与心理支持。本病例中,跳出“对症护理”的局限,以中医整体观为指导,将“燥痹(气阴两虚)”作为护理总纲,以西医标准化护理为基础,融合穴位按摩、中药熏蒸、温

灸、耳穴压豆及拔罐等中医适宜技术,形成个体化护理模式^[2,6-7]。雷诺现象的病理机制涉及血管舒缩功能障碍及微循环障碍,通过“三级保暖路径”联合穴位刺激等中医护理技术,从改善局部循环、调节自主神经功能等多靶点进行干预,有效改善患者的外周组织灌注不足状态,双手雷诺现象发作频率由 3~4 次/d 减少至 1~2 次/周,这与现代病理生理学机制相契合^[8]。实践表明,规范化的中医技术植入能显著缩短症状缓解时间,提升患者舒适度与满意度。

中医适宜技术的精准介入是增效关键,本案例中中医护理技术并非简单堆砌,而是基于“热力+药力+光疗”三重机制缓解疼痛,利用“子午流注分时护理”提升干预效能。例如,在辰时(胃经当令)按摩足三里健脾和胃,酉时(肾经当令)予中药熏蒸以补益肾阴,体现了“因时制宜”的护理智慧^[9]。实践表明,规范化植入中医适宜技术能显著缩短症状缓解时间,提升患者舒适度与满意度。

人文关怀与风险预警贯穿全程,患者因猖獗性龋齿存在自我形象紊乱,因病程漫长存在焦虑情绪。通过倾听、共情及耳穴压豆安神定志,帮助患者重建信心。同时,针对地舒单抗、糖皮质激素等特殊用药,强化“侵入性牙科操作前告知医生”等细节风险预警,将潜在的严重并发症(如下颌骨坏死、感染)扼杀在萌芽状态,体现了护理的安全性与预见性。

临床护理难点在于免疫抑制剂精细化管理、多学科协作及出院后延续性护理。未来应构建“医院-家庭”一体化护理体系,强化用药安全、感染预防与长期随访,进一步改善患者预后与生活质量^[10]。护理工作不能止于出院,未来应借助短视频教程、远程指导及智能穿戴设备,构建基于“互联网+”的延续性护理平台,确保中医护理技术在家庭环境中的同质化实施。

综上所述,对于干燥综合征合并雷诺现象患者实施全面评估、精准症状护理、中西医结合干预、心理支持与系统化健康指导,可显著缓解临床症状,改善外周循环,提升舒适度与心理状态,有效预防并发症。保暖防护、用药管理、健康教育及中医特色技术是提升护理效果的关键。

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] 刘维, 何东仪, 张文, 等. 干燥综合征中西医结合诊疗指南[J]. 中草药, 2025, 56(15): 5333–5346.
Liu W, He D Y, Zhang W, et al. Guideline for diagnosis and treatment of Sjögren's syndrome with integrated traditional Chinese and Western medicine [J]. Chin Tradit Herb Drugs, 2025, 56(15): 5333–5346. (in Chinese)
- [2] 风湿免疫病慢病管理全国护理协作组, 王莉, 高超, 等. 干燥综合征护理管理专家共识[J]. 护理管理杂志, 2021, 21(4): 265–270, 275.
National Nursing Collaboration Group for Chronic Disease Management of Rheumatic Immune Disorders, Wang L, Gao C, et al. Expert consensus on nursing management of Sjögren's syndrome/Collaborative Group of Rheumatic and Immunological Disease Management [J]. J Nurs Adm, 2021, 21(4): 265–270, 275. (in Chinese)
- [3] 李建, 王美玉, 高震雷. 基于雷诺现象评分的个体化护理在系统性硬化症患者中的应用[J]. 中国病案, 2024, 25(11): 96–98.
Li J, Wang M Y, Gao Z L. Application of personalized nursing based on raynaud's condition score in patients with systemic sclerosis [J]. Chin Med Rec, 2024, 25(11): 96–98. (in Chinese)
- [4] 陶庆文, 罗静, 陈嘉琪. 干燥综合征干眼中西医结合诊疗专家共识(2024)[J]. 世界中医药, 2024, 19(22): 3399–3405, 3419.
Tao Q W, Luo J, Chen J Q. Expert Consensus on Combined Western and Eastern Medicine Diagnosis and Treatment of Sjögren's Syndrome in the Eye (2024) [J]. World Chin Med, 2024, 19(22): 3399–3405, 3419. (in Chinese)
- [5] Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, Bombardieri S, et al. EULAR recommendations for the management of Sjögren's syndrome with topical and systemic therapies [J]. Ann Rheumatic Dis, 2020, 79(1): 3–18.
- [6] 龚江玲, 巩振东, 李翠娟. 中医药干预AQP5表达防治干燥综合征口干症的研究进展[J]. 世界中西医结合杂志, 2025, 20(10): 2109–2114.
Gong J L, Gong Z D, Li C J. Research progress of Chinese medicine in intervening in AQP5 expression to Prevent Xerostomia in Sjögren's Syndrome [J]. World J Integr Tradit West Med, 2025, 20(10): 2109–2114. (in Chinese)
- [7] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会神经重症协作组. 重症自身免疫性脑炎监测与治疗中国专家共识(2024版)[J]. 中华神经科杂志, 2024, 57(10): 1075–1089.
Chinese Neurology Society, Neurology Society of Chinese Medical Association, Neurocritical Care Working Group of Chinese Neurology Society. Chinese expert consensus on the monitoring and treatment of severe autoimmune encephalitis (2024 edition) [J]. Chin J Neurol, 2024, 57(10): 1075–1089. (in Chinese)
- [8] Pauling J D, Hughes M, Pope J E. Raynaud's phenomenon: an updated review of pathophysiology, diagnostic evaluation and therapeutic strategies [J]. Nat Rev Rheumatol, 2020, 16(12): 683–697.
- [9] 吴心玥, 张秦. 周乃玉教授治疗风湿病中“通”药的临床运用探讨[J]. 中南药学, 2025, 23(6): 1790–1793.
Wu X Y, Zhang Q. Discussion on clinical application of “Tong” drugs in treating rheumatism by professor Zhou Naiyu [J]. Cent South Pharm, 2025, 23(6): 1790–1793. (in Chinese)
- [10] 赵福涛, 周曾同, 沈雪敏, 等. 原发性干燥综合征多学科诊治建议[J]. 老年医学与保健, 2019, 25(1): 7–10, 20.
Zhao F T, Zhou Z T, Shen X M, et al. Suggestion on multidisciplinary diagnosis and treatment for primary sjogren syndrome [J]. Geriatr Heal Care, 2019, 25(1): 7–10, 20. (in Chinese)
- [11] 李苗苗, 代永静. Barthel指数评分量表在康复护理中的应用进展[J]. 护士进修杂志, 2018, 33(6): 508–510.
Li M M, Dai Y J. The Application Progress of the Barthel Index Rating Scale in Rehabilitation Nursing [J]. J Nurses Train, 2018, 33(6): 508–510. (in Chinese)
- [12] Braden B, Bergstrom N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores [J]. Rehabil Nurs, 1987, 12(1): 8–12.
- [13] 宋思平, 汤雨佳, 蒋琪霞, 等. Braden量表预测ICU患者压疮发生风险有效性的系统评价[J]. 东南国防医药, 2020, 22(4): 420–424.
Song S P, Tang Y J, Jiang Q X, et al. Systematic review on the effectiveness of braden scale in predicting the risk of pressure ulcer in ICU patients [J]. Mil Med J Southeast China, 2020, 22(4): 420–424. (in Chinese)
- [14] 杨玉洁, 刘慧勤, 王艳, 等. 3种跌倒风险评估量表在视神经脊髓炎谱系疾病患者中应用的信效度及预测价值分析[J]. 护士进修杂志, 2023, 38(5):

- 396–400.
- Yang Y J, Liu H Q, Wang Y, et al. Reliability and validity of the three fall risk assessment scales in patients with the spectrum of optic spinal corditis and its predictive value analysis [J]. *J Nurses Train*, 2023, 38(5): 396–400. (in Chinese)
- [15] Hlynsson J I, Carlbring P. Diagnostic accuracy and clinical utility of the PHQ–2 and GAD–2: a comparison with long-format measures for depression and anxiety[J]. *Front Psychol*, 2024, 15: 1259997.
- [16] Rawlings G H, Green J L, Rothman A M K, et al. Clinical utility of the PHQ–2 and GAD–2 in pulmonary hypertension [J]. *Pulm Circ*, 2026, 16 (2) : e70299.
- [17] 赵继军, 陆小英, 赵存凤, 等. 数字疼痛量表和描述疼痛量表的相关性研究和改进[J]. *现代护理*, 2002, 8(9): 657–661.
- Zhao J J, Lu X Y, Zhao C F, et al. The research on the correlation between the numerical rating scale and verbal rating scale and the improvement on pain assessment[J]. *Mod Nurs*, 2002, 8 (9) : 657–661. (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。