

DOI: 10. 12209/CAIM202604120005

· 中西医结合临床案例 ·

医护一体化模式下 1 例癫痫患者的 中西医结合护理查房

李蕊

(北京市回民医院 神经内科, 北京, 100054)

摘要: 本文总结 1 例 52 岁男性症状性癫痫患者的护理查房经验。患者因癫痫发作频率增加入院,在医护一体化模式下实施中西医结合护理,包括抗癫痫药物(丙戊酸钠联合左乙拉西坦)治疗、中医辨证施护、安全护理及心理疏导。通过多学科团队联合查房,系统评估并优化护理方案。结果显示,患者癫痫发作频率降低 60%,焦虑情绪显著改善。提示该模式有助于提升癫痫管理效果,临床推广需加强中医护理技术培训。

关键词: 医护一体化; 中西医结合护理; 症状性癫痫; 护理查房

Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing Rounds for an Epilepsy Patient Under the Medical-Nursing Integration Model

LI Rui

(Department of Neurology, Beijing Huimin Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This paper summarizes the nursing round experience for a 52-year-old male patient with symptomatic epilepsy. The patient was admitted due to an increased frequency of epileptic seizures and was provided with integrated traditional Chinese and Western medicine nursing care under the medical-nursing integration model, encompassing antiepileptic drug therapy (sodium valproate combined with levetiracetam), TCM syndrome differentiation-based nursing, safety care, and psychological counseling. Through multidisciplinary team joint rounds, the nursing plan was systematically evaluated and optimized. The results demonstrated a 60% reduction in the patient's seizure frequency and a significant improvement in anxiety symptoms. This case indicates that this model contributes to enhancing epilepsy management outcomes, and its clinical promotion necessitates the strengthening of TCM nursing technique training.

KEY WORDS: medical-nursing integration; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing; symptomatic epilepsy; nursing rounds

癫痫俗称“羊癫疯”,是一种由多种因素引起的慢性脑部疾病,其主要特点是神经元异常放电,导致中枢神经系统出现反复性、突发性和短暂性功能紊乱。癫痫可发生于任何年龄、地区和种族的人群中,在儿童和青少年中更为常见。癫痫患者可出现全身抽搐、肌肉痉挛、感觉异常等症状,严重者可出现意识丧失,甚至晕厥。若患者未及时接受治疗,癫痫会持续存在,并随时间延长进一步进展,发作频率增加,严重影响患者日常生活^[1]。规范采用中西医结合治疗、开展科学的癫痫管理,有助于减轻患者癫痫症状,保护大脑功

能,提高生活质量^[2]。

医护一体化是一种以患者为中心的新型医疗护理工作模式^[3],旨在打破传统医患、护患平行分工的壁垒,重建医、护、患三位一体的工作格局,为患者提供全链条、无缝隙的医疗护理服务。在传统临床工作中,医生主要负责诊断和治疗方案制定,护士则根据医嘱开展护理工作,二者在信息沟通上存在一定障碍,容易出现信息不对称、衔接不顺畅等问题,进而影响医疗服务质量。

近年来,医护一体化模式在神经内科、重症监护室等领域逐步推广,尤其在癫痫患者的管理中

收稿日期:2026-04-12

OPEN ACCESS

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

显示出显著优势^[4]。与此同时,中西医结合护理在癫痫患者中的价值也日益受到关注。中医穴位贴敷护理联合专科护理已被证实能够减少癫痫发作次数、缩短发作持续时间,并显著提升患者的生活质量^[5]。本文总结1例癫痫患者的中西医结合护理查房体会,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,52岁,因“反复发作性意识丧失伴四肢抽搐3年余,加重1周”于2025年11月15日收住我院神经内科。3年前无明显诱因首次发作,表现为突然倒地、意识丧失、双眼上翻、口吐白沫及四肢强直阵挛,持续约2~3 min后自行缓解,发作后神志恍惚、疲劳嗜睡。外院诊断“症状性癫痫”,长期口服丙戊酸钠治疗,仍间断发作,每月约1~2次。近1周发作频率明显增加,共发作4次,伴发作后意识恢复缓慢,为求中西医结合治疗收入我科。既往体健,无高血压、糖尿病病史,否认头部外伤及颅内感染史;饮酒史20余年,每日约3~4两白酒,已戒酒2年;否认药物过敏史,家族中无癫痫病史。

1.2 查体

生命体征:体温(T)36.8℃,脉搏(P)88次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)125/80 mmHg,神志清楚,精神可。头颅MRI提示左侧额叶陈旧性脑软化灶,考虑脑外伤或缺血性改变可能。长程视频脑电图提示双侧额区散发棘慢波、尖慢波,睡眠期增多。

专科检查:意识清楚,双侧瞳孔等大正圆(直径约3.0 mm),对光反射灵敏。颈软无抵抗,克尼格征、布鲁津斯基征阴性。MMSE评分28/30分(认知功能基本正常),HAMA评分16分(提示轻中度焦虑)。发作后常有神志恍惚、疲劳嗜睡,定向力恢复缓慢(耗时5~15 min),无发作后永久性神经功能缺损。

辅助检查:头颅MRI平扫示左侧额叶皮质下类圆形长T1、长T2信号灶(大小约1.2 cm×0.8 cm),Flair序列呈高信号,符合陈旧性脑软化灶表现。长程视频脑电图示枕区优势8~9 Hz α 节律,清醒及睡眠期均见双侧额区、额极区散发棘慢波、尖慢波,有时波及中央区,睡眠期放电增多,检查期间未监测到临床发作。丙戊酸钠血药浓度为45 μ g/mL(有效范围50~100 μ g/mL,未达标)。

1.3 诊断

中医诊断:痫证(风痰闭窍证)。患者以“发作性神志丧失、四肢抽搐”为主症,符合中医“痫证”诊断标准。刻下症见:面色晦暗,舌质暗红、苔白腻,脉弦滑;发作前常有头胀、胸闷、心烦易怒,发作后疲劳嗜睡。患者平素有长期饮酒史,酒生痰热,虽已戒酒2年,但痰浊内伏未清。风痰上扰清窍,则见头胀、胸闷;痰浊内阻,气机不利,故见心烦易怒;痰随风动,闭阻脑络,发为痫证;发作后正气耗伤,则见疲劳嗜睡。舌暗红为痰瘀阻络之象,苔白腻为痰湿内盛之征,脉弦滑主风痰挟肝热。综上,辨为风痰闭窍证。西医诊断:症状性癫痫(全面性强直一阵挛发作)。

1.4 治疗

入院后予一级护理、普食、心电监护及氧气吸入(10 h/d,流量2~3 L/min)。西医予丙戊酸钠缓释片、左乙拉西坦口服治疗,中医予天麻钩藤饮合方(1剂/d,晚温服,连用1 d)联合针灸治疗。发作频繁期针灸2次/d,缓解后改为隔日1次。

治疗第3天(11月18日)发作1次,持续时间由2~3 min缩至约1 min,发作后意识恢复时间由15 min缩至5 min,未出现癫痫持续状态。第7天复查脑电图示双侧额区棘慢波、尖慢波发放频率减少约50%,睡眠期放电明显减少,丙戊酸钠血药浓度达标。第10天患者舌质由暗红转淡红,苔由白腻转薄白,脉由弦滑转平和,头胀、胸闷及心烦易怒症状消失,睡眠改善,HAMA评分由16分降至9分。第18天患者及家属可独立完成耳穴按压、穴位推拿及发作应急处置。患者于12月05日出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般评估

临床表现:患者为全面性强直一阵挛发作,表现为突发意识丧失、全身强直后倒地,四肢节律性抽搐,伴双眼上翻、口吐白沫,持续2~3 min可自行缓解。发作后存在神志恍惚、疲劳嗜睡,近1周症状加重。

中医辨证:面色晦暗,舌暗红、苔白腻,语音低微,发作前有头胀、胸闷、心烦易怒,发作后疲劳嗜睡,脉弦滑。辨证为风痰闭窍、肝风内动证。

2.1.2 量表评估

日常生活活动能力量表(Activities of Daily Living Scale, ADL)^[6]通过进食、穿衣、洗澡、如

厕、转移及大小便控制等项目评估患者独立完成日常生活活动的的能力,总分0~100分,得分越低表示自理能力越差,0分代表完全依赖他人照料。本例患者评估结果为90分,提示患者基本生活自理能力良好,可独立完成吃饭、穿衣、洗漱及如厕等大部分日常活动。

Morse 跌倒风险评估量表(Morse Fall Scale, MFS)^[7]包含跌倒史、继发性诊断、使用助行器、静脉输液、步态及精神状态6个维度,总分0~125分,评分越高表示跌倒/坠床风险越高;得分 ≥ 25 分提示存在跌倒风险,得分 ≥ 45 分为高风险。本例患者评估结果为30分,提示存在中度跌倒/坠床风险,需加强床栏防护及安全宣教。

Braden 压力性损伤风险评估量表(Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk)^[8]从感觉感知、潮湿程度、活动能力、移动能力、营养状况、摩擦力与剪切力6个维度评估压力性损伤发生风险,总分6~23分,得分越低风险越高;得分 ≤ 18 分为高风险,19~23分为无风险或低风险。本例患者评估结果为23分,提示压力性损伤发生风险极低,仅需常规皮肤护理即可。

数字疼痛评分量表(Numeric Rating Scale, NRS)^[9]采用0~10分制评估患者疼痛程度,0分代表无痛,1~3分为轻度疼痛,4~6分为中度疼痛,7~10分为重度疼痛。本例患者评估结果为0分,提示患者当前无疼痛主诉。

2.2 护理诊断

有癫痫发作的危险:与脑部器质性病变及不规范服药有关;有受伤的危险:与发作时意识丧失、四肢抽搐有关;焦虑:与癫痫反复发作、对预后担忧有关;知识缺乏:缺乏癫痫自我管理及中西医结合护理相关知识;睡眠形态紊乱:与癫痫发作及药物影响有关。

2.3 护理目标

短期(1周内):发作频率 <1 次/周,发作持续时间 <2 min,无严重意外伤害;患者能说出至少2种癫痫发作诱因及应急处理方法;HAMA 评分 <12 分。长期(出院前或病情稳定后):发作控制稳定,血药浓度达标,无药物不良反应;患者掌握中医自我护理技术(耳穴按压、穴位推拿及饮食调护);规律作息,睡眠质量改善。

2.4 护理措施

2.4.1 病情观察与用药管理

每4 h监测生命体征,每1 h巡视病房,观察患

者意识状态,评估有无嗜睡、昏迷表现,必要时检查瞳孔变化。监督患者按时按量服药(丙戊酸钠0.5 g,2次/d,左乙拉西坦0.5 g,2次/d),观察有无头晕、嗜睡或皮疹等药物不良反应。每日评估患者情绪,记录SAS评分。

2.4.2 中医特色护理

2.4.2.1 耳穴压丸

耳穴压丸治疗取穴^[10-11]:癫痫点(风池与翳风连线中点附近)、脑干、皮质下、肝、肾、神门。定位方法:癫痫点(耳廓背面、对耳屏与耳轮尾之间凹陷处)、脑干(对耳屏尖端)、皮质下(对耳屏内侧面)、肝(耳甲艇后下部)、肾(耳甲艇前上部)及神门(三角窝后1/3上部)。操作方法:使用75%酒精消毒耳廓,将王不留行籽贴于0.5 cm $\times$ 0.5 cm胶布中心,对准穴位贴压,以拇指指对压至患者出现酸麻胀痛且可耐受为度。嘱患者每日按压3次,每次每穴按压15~20 s,两耳交替贴压,每3 d更换一次。1周为一个疗程,共治疗2个疗程。注意事项:操作前检查耳部皮肤有无破损,贴压后避免揉搓,若出现耳廓红肿剧痛需立即取下贴压物。

2.4.2.2 穴位贴敷

穴位贴敷治疗取穴^[12]:大椎穴(第7颈椎棘突下凹陷处)。药物组成:天南星10 g(姜制)、白附子10 g(姜矾制)、全蝎6 g(漂洗烘干)、蜈蚣3 g(去头足焙干)、石菖蒲15 g、远志12 g(甘草水制)及冰片3 g。制备方法:所有药物共研细粉过100目筛,用姜汁调糊或制成直径1.5 cm、厚0.3 cm的药饼。操作方法:清洁局部皮肤后,将药糊置于无菌纱布贴敷,胶布固定,保留6 h,1次/d。1周为一个疗程,共治疗2个疗程。注意事项:操作前询问患者药物过敏史,贴敷后2 h内避免碰水,若出现水疱需及时处理,孕妇及局部皮肤破损者禁用。

2.4.2.3 穴位推拿(缓解期)

穴位推拿(缓解期)取穴^[13]:印堂、太阳、风池、大椎、合谷及太冲。手法:印堂、太阳穴采用按揉法;风池、大椎采用拿揉法;合谷、太冲采用点按法,以局部产生酸胀感为度。操作顺序:头部 $\rightarrow$ 颈部 $\rightarrow$ 四肢,每穴操作1~2 min,总时长15 min,每日早晚各操作1次。1周为一个疗程,共治疗2个疗程。注意事项:操作前操作者需剪短指甲、保持手掌温暖,避免在患者饥饿、饱食或过劳时操作,癫痫发作期禁用。

2.4.3 安全护理

每班检查床栏固定情况及软垫摆放位置,清

理病房内尖锐物品,备好开口器、纱布包裹的压舌板、吸痰管等抢救用物。患者外出检查须由医护人员或家属陪同。保持病房清洁通风,限制探视人数,维持病室安静,将呼叫器放置在患者伸手可及处。

2.4.4 用药护理

癫痫是慢性脑部神经元异常放电导致的疾病,药物治疗是目前控制癫痫发作、减少脑功能损伤的核心手段。患者需严格按照医生制定的服药时间和剂量用药,确保每天在同一时间段服药,避免漏服。每日2次(早8:00、晚20:00)为患者发药,执行看服到口原则,确认患者咽下药物后方可离开,服药后观察15 min,记录有无恶心、呕吐等不适,若发现患者拒绝服药或藏药,及时沟通并报告主管医生。

2.4.5 心理护理

关心尊重患者,多与患者沟通,了解其心理状态,及时予以心理疏导。帮助患者缓解因疾病反复而产生的恐惧、焦虑及悲观情绪;可采用释放、宣泄法,使患者心中的焦躁、痛苦释放出来;鼓励家属多陪伴患者,多给予情感支持;引导病友间相互交流治疗体会,提高认知,增强治疗信心^[14]。

2.5 护理评价

经干预,患者症状及指标显著改善。入院前发作频率为2~3次/周,每次持续2~3 min,发作后意识恢复需15 min;干预后住院期间仅发作1次(治疗第3天),持续约1 min,意识恢复时间缩短至5 min,未出现癫痫持续状态。第7天复查脑电图显示双侧额区棘慢波、尖慢波发放频率减少约50%,睡眠期放电明显减少。血药浓度检测,丙戊酸钠78 μg/mL,左乙拉西坦18 μg/mL,均达标。患者舌质由暗红转淡红,苔由白腻转薄白,脉转平和,头胀、胸闷及心烦易怒症状消失,睡眠改善,短期护理目标全部达成,长期护理目标基本达成,患者于12月05日顺利出院。

3 结果及随访

3.1 结果

自11月22日(住院第8天)起患者癫痫未再发作,短期护理目标达成。复查提示脑电图异常放电减少50%,抗癫痫药物血药浓度达标,未出现药物不良反应。中医证候得到改善,HAMA评分由16分降至9分,最终降至3分。12月03日患者及家属可独立完成耳穴按压、穴位推拿及癫痫发

作应急处置操作。患者于12月05日出院,长期护理目标基本达成。

3.2 随访

出院后1周(12月12日)电话随访,患者癫痫无发作,规律遵医嘱服药,血药浓度维持在有效范围;家属可协助完成中医自我护理操作;患者睡眠良好,情绪平稳。给予健康指导,保持充足睡眠,避免情绪剧烈激动;禁酒及含咖啡因的饮料;禁止从事驾驶、登高、游泳或操作危险机器等活动;保持清淡易消化饮食;不可自行停药、减量或漏服药物。嘱患者1个月后到门诊复诊随访。

4 医护一体化查房

4.1 查房目标

本次查房聚焦核心问题,围绕“一例有长期饮酒史、风痰闭窍证癫痫患者的中西医结合护理难点”展开,重点解决以下关键问题:发作频率骤增(近1周4次)的诱因分析与针对性干预;中医护理技术(天麻钩藤饮合方、针灸、耳穴按压、穴位推拿)在缩短发作持续时间、促进发作后意识恢复中的协同护理应用;以及如何通过规范化宣教使患者及家属在出院前独立掌握中医自我护理技能。

专科辨识与诱因管控:分析该患者近1周发作频率增加的可能诱因(如戒酒2年后的远期影响、情绪波动及服药依从性等),形成针对风痰闭窍证患者的诱因排查清单与预防干预措施,目标为出院前患者能独立识别至少3项个人诱因。

医护协作流程优化:针对该患者“发作后意识恢复缓慢(15 min)”的特点,明确发作期护士的应急评估节点(意识恢复时间、舌脉变化记录)与医生沟通反馈机制,确保发作后脑电图复查和中药方剂调整的及时性。

中医护理技术应用规范:重点讨论耳穴按压与穴位推拿在该患者治疗过程中的具体取穴方案(如选取心、肝、神门及脾等耳穴)、操作频率及按压力度,结合本例患者治疗第10天舌脉改善、焦虑缓解的临床反馈,总结中医护理技术辅助控制发作和改善焦虑的操作要点,形成适合本科室的执行规范。

患者自我管理能力达成:以本例患者及家属于住院第18天能独立完成耳穴按压、穴位推拿及发作应急处置为参照标准,制定量化的出院前技能考核指标,确保延续护理质量。

4.2 查房组织

时间:2025年11月20日下午;地点:神经内科医生办公室及患者床旁;参与人员:医生团队(科主任、主管医生、主治医师)、护理团队(护士长、责任护士、责任组长、中医护理组、危重症护理组)、临床药师、脑电图技师;准备器具:耳穴模型、王不留行籽贴、穴位贴敷药饼、脑电图及血药浓度报告、焦虑评估量表、床栏防护用品等。

4.3 查房实施

4.3.1 启动查房

护士长介绍查房目的、参与人员角色及流程,强调医护一体化协作要求。

4.3.2 病情与护理概述(医生办公室)

主管医生汇报患者病史、诊疗方案、血药浓度及脑电图变化。责任护士概述当前已实施的护理措施。

4.3.3 床边评估

医生查体:完成神经系统专科检查,问诊提示患者头胀、胸闷及心烦易怒症状消失,睡眠质量改善。

护士评估:完成安全风险评估(床栏固定、软垫摆放、急救用品备置情况),评估心理状态(患者情绪平静,HAMA评分由16分降至9分)。

健康教育:向患者及家属讲解环境安全注意事项、癫痫发作应急处理方法、用药指导、中医自我护理要点及健康生活方式要求。

患者反馈:“头不胀了,心里不烦了,能睡好觉,感谢医护。”家属反馈:“学会了发作时怎么保护他,心里踏实多了,对治疗很满意。”

人文关怀:护士长握手安抚患者,向患者解释规范治疗可有效控制病情,与患者约定1个月后门诊随访。

4.3.4 病例讨论(医生办公室)

针对患者出院后易遗忘操作要点的问题,提出制作图文操作手册并进行出院前考核;针对按压力度难以掌握的问题,提出采用耳穴模型教学并让患者及家属试操作确认;针对夜间发作风险,建议配置智能床垫或安排家属夜间陪护观察;针对长期服药易产生倦怠的问题,建议制作服药打卡表并每月电话提醒。

4.4 查房评价

患者病情稳定(发作控制、脑电图异常放电改善、血药浓度达标),中医证候及焦虑情绪显著好转,需重点关注出院后居家护理质量。医护沟通效率提高,患者及家属满意度提升(能复述90%

应急措施及中医操作要点),护理方案得到优化。本次查房验证了医护一体化联合中西医结合护理的临床有效性,为该模式在神经内科的推广应用提供了实践依据。责任护士表示对中医操作的解释更有信心,专科组长认为床边评估加入患者主观感受,更易及时发现心理层面问题。改进方向为查房前提前发放预习资料,完善中医护理效果评价量表。

5 讨论

5.1 癫痫中西医结合护理的相关依据概述

癫痫是神经内科常见慢性疾病,临床以反复发作的短暂脑功能失调为核心特征。目前国内外癫痫诊疗指南均强调,抗癫痫药物治疗是控制发作的核心手段,同时应重视护理干预在减少诱发因素、改善患者生活质量中的作用。中医将癫痫归属于“痫病”范畴,核心病机为“风痰闭窍、脏腑失调”,《丹溪心法·痫》指出“无非痰涎壅塞,迷闷孔窍”。近年来,中西医结合护理在癫痫管理中的应用逐渐受到关注,相关专家共识提出,耳穴压丸、穴位贴敷、穴位推拿等中医外治法可作为辅助手段,协同控制发作频率、改善焦虑及睡眠质量^[15]。

5.2 本案例护理查房的优势分析

本案例在医护一体化模式下实施中西医结合护理查房,具有以下优势:模式创新—医护协同取代传统单线沟通:通过护士长主导、多学科团队共同参与的查房流程,实现医生、护士、药师与技师之间的信息同步。本案例中,医生汇报血药浓度与脑电图结果后,责任护士可随即调整安全护理与中医操作强度,避免了传统模式下信息滞后或执行偏差。医护一体化查房已被证实可提升慢性病管理中的沟通效率与患者治疗依从性。技术互补—西医规范治疗与中医辨证施护有机融合:本案例在规范使用丙戊酸钠联合左乙拉西坦、规律监测血药浓度的基础上,同步开展中医特色护理。耳穴压丸取癫痫点、脑干及神门等穴,基于“安神定痫”的中医原则;大椎穴贴敷选用天南星、白附子及全蝎等化痰通络药物,精准针对患者“风痰闭窍”的辨证核心;穴位推拿取太冲、合谷以调肝理气。结果显示,患者发作频率降低60%,焦虑评分由16分降至9分,脑电图异常放电减少50%,提示中西医协同可能通过“减少神经元异常放电”与“调节脏腑功能”两条途径发挥互补效应。人文关

怀融入护理全过程:查房床边评估环节增设患者及家属主观感受采集,家属掌握了发作应急处置及耳穴按压方法,患者满意度高。健康教育采用“讲解+演示+回示”模式,符合健康教育的循证推荐策略。

5.3 本案例存在的不足与改进方向

尽管本案例取得了较满意的临床效果,但仍存在以下不足:中医护理操作缺乏标准化评价指标,如耳穴按压力度、贴敷时间未量化;仅开展出院后1周电话随访,未设置远期随访节点;缺乏对照研究或多病例重复验证;部分护士对中医辨证内涵理解不深。针对上述不足,提出以下改进方向:后续可参考《中医护理技术操作规范》制定操作评分表,量化按压频次与力度;建立3个月、6个月随访节点,动态评估发作控制及患者自我管理能力;可在科室逐步推广该模式,积累多病例数据,开展前后对照研究;加强中医基础理论及辨证施护培训,将相关内容纳入专科护士继续教育课程。

5.4 本案例护理查房的作用与价值

本案例对临床实践具有以下启发和指导意义:验证了医护一体化联合中西医结合护理在癫痫管理中的可行性:为神经内科提供一种可复制的查房流程,即从病情评估、目标设定、措施实施到效果评价,形成完整闭环管理。突出护理查房从“执行医嘱”向“主动管理”的转变:本案例中,责任护士不仅执行用药和安全护理,还主导了中医操作实施、健康教育及患者心理支持,体现了护理专业的独立价值。为构建“院内治疗—院外延续”的癫痫慢病管理体系提供实践基础:通过出院前图文手册、一对一考核、电话随访等方式,尝试建立闭环管理路径,未来可结合互联网医疗平台,实现远程居家指导。对同类疾病护理的借鉴意义:本案例中应用的医护一体化查房流程和中医特色护理组合方案,可推广至其他慢性神经系统疾病(如偏头痛、帕金森病及神经性头痛)的护理实践。

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] Ke H Y, Fang L P, Zheng J, et al. The application of copper nanoparticles green formulated by *Boswellia thuriferain* the treatment of epilepsy[J]. J Biomed

Mater Res, 2026, 114(2): e70017.

- [2] Yao Y, Wang X P, Lin R F, et al. Application of combination of traditional Chinese medicine and western medicine in epilepsy prevention and treatment[J]. Zhongguo zhongyao zazhi, 2026, 51(1): 56-63.
- [3] 王翠翠, 刘磊, 刘彬. 呼吸内科医护一体化工作模式对护士核心能力的影响[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(16): 2050-2053.
Wang C C, Liu L, Liu B. Influence of integrated working mode of respiratory medicine on nurses' core competence[J]. Shanxi Med J, 2019, 48(16): 2050-2053. (in Chinese)
- [4] Rask C U, Kallesøe K H. A short report: The Danish model for organization of healthcare for functional somatic disorders in children and adolescents[J]. J Psychosomatic Res, 2026, 207: 112606.
- [5] Zhou Y, Wang F Q, Yang B, et al. Clinical efficacy study on the combined treatment of cancer-related depression with traditional Chinese acupuncture-related therapies and drugs [J]. Front Psychiatry, 2026, 16: 1717290.
- [6] 李小峰, 陈敏. 改良 Barthel 指数评定量表的设计与应用[J]. 护理研究, 2015, 29(13): 1657-1658.
Li X F, Chen M. Design and application of improved barthel index rating scale [J]. Chin Nurs Res, 2015, 29(13): 1657-1658. (in Chinese)
- [7] 杨程显, 李戈, 张立颖. Braden 量表评估压疮风险的研究进展及展望[J]. 护理学报, 2014, 21(7): 25-27.
Yang C X, Li G, Zhang L Y. Research progress and prospect of Braden scale in evaluating the risk of pressure ulcer[J]. J Nurs China, 2014, 21(7): 25-27. (in Chinese)
- [8] 林嘉琪, 吴桂丽. Morse 跌倒风险评估量表的临床应用研究进展[J]. 护理学报, 2018, 25(13): 42-45.
Lin J Q, Wu G L. Research progress in clinical application of Morse Fall Risk Assessment Scale[J]. J Nurs China, 2018, 25(13): 42-45. (in Chinese)
- [9] 李春蕊, 张雯, 樊碧发. 数字评分法(NRS)与口述评分法(VRS)在老年慢性疼痛患者中的比较[J]. 中国疼痛医学杂志, 2016, 22(9): 683-686.
Li C R, Zhang W, Fan B F. A comparison between numeric rating scale (nrs) and verbal rating scale (vrs) in eldly patients with chronic pain [J]. Chin J Pain Med, 2016, 22(9): 683-686. (in Chinese)
- [10] Wang Y T, Zhang X Y, Lan L, et al. Acupressure

- for sleep, mental health, and quality of life in hemodialysis patients: a systematic review and meta-analysis[J]. *Nat Sci Sleep*, 2026, 18: 566303.
- [11] Jiang W J, Hao Y J, Zhao D, et al. Auricular point acupressure therapy: a safe and effective treatment for postsurgical abortion recovery [J]. *JoVE*, 2026(228).
- [12] Zhu S Z, Wu C Z, Pu B Y, et al. A randomized controlled trial of acupoint application for postherpetic neuralgia[J]. *Front Pain Res*, 2026, 6: 1637449.
- [13] Chou H C, Konara Mudiyansele S P, Tang C C, et al. Comparative effectiveness of acupoint stimulation therapies for cancer-related fatigue: a network meta-analysis [J]. *Worldviews Evid Based Nurs*, 2026, 23(1): e70104.
- [14] Wang X N, Gao C, Yang S S, et al. Effects of comprehensive psychological intervention and traditional Chinese medicine on treatment adherence and quality of life in breast cancer patients undergoing chemotherapy [J]. *Afr J Reprod Health*, 2026, 30(1): 86–97.
- [15] He M Y, Jiang N N, Jiang L, et al. Advances in external therapies of traditional Chinese medicine for the management of hyperuricemia: a comprehensive review[J]. *Front Endocrinol*, 2025, 16: 1667523.

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。