

论著·护理研究

隔附子饼灸对脾胃虚弱型脓毒症胃肠功能障碍的干预效果*

毛艳, 张晓梅[△]

(云南中医药大学第三附属医院, 云南昆明 650051)

[摘要] **目的** 探讨隔附子饼灸疗法对脾胃虚弱型脓毒症胃肠功能障碍的干预效果。**方法** 选取 2023 年 6—12 月该院重症医学科收治的确诊为脾胃虚弱型脓毒症胃肠功能障碍患者 72 例, 采用随机数字表法分为观察组和对照组, 每组 36 例。对照组在常规医疗的同时遵医嘱给予常规艾灸治疗, 观察组在常规医疗的同时给予隔附子饼灸治疗。2 组患者干预周期均为 7 d。比较 2 组患者干预前后急性生理学和慢性健康状况评价 II (APACHE II) 评分、急性胃肠损伤 (AGI) 分级、肠鸣音、腹腔内压、腹围、中医证候积分等变化, 以评估干预效果。**结果** 2 组患者干预前 APACHE II 评分、AGI 分级、肠鸣音、腹腔内压、腹围、中医证候积分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组患者干预后 APACHE II 评分、AGI 分级、肠鸣音、腹腔内压、腹围、中医证候积分均明显低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 隔附子饼灸能有效改善脾胃虚弱型脓毒症胃肠功能障碍患者 APACHE II 评分、AGI 分级、肠鸣音、腹腔内压、腹围、中医证候积分等, 疗效优于常规艾灸治疗。

[关键词] 脾胃虚弱型; 脓毒症; 胃肠功能障碍; 隔附子饼灸; 干预效果

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2025.03.025

中图法分类号: R245.82; R573

文章编号: 1009-5519(2025)03-0689-05

文献标识码: A

Intervention effect of aconite cake-separated moxibustion on gastrointestinal dysfunction in sepsis with spleen-stomach deficiency type*

MAO Yan, ZHANG Xiaomei[△]

(The Third Affiliated Hospital of Yunnan University of Traditional Chinese Medicine, Kunming, Yunnan 650051, China)

[Abstract] **Objective** To explore the intervention effect of aconite cake-separated moxibustion therapy on gastrointestinal dysfunction in sepsis with spleen-stomach deficiency. **Methods** A total of 72 patients with sepsis gastrointestinal dysfunction of spleen-stomach deficiency type admitted to the intensive care unit of our hospital from June to December 2023 were selected and divided into observation group and control group by random number table method, with 36 cases in each group. The control group was given routine moxibustion treatment according to the doctor's advice while routine medical treatment, and the observation group was given aconite cake-separated moxibustion treatment while routine medical treatment. The intervention period was seven days in both groups. The changes of acute physiology and chronic health evaluation II (APACHE II) score, acute gastrointestinal injury (AGI) grade, bowel sounds, intra-abdominal pressure, abdominal circumference and TCM syndrome score before and after intervention were compared between the two groups to evaluate the intervention effect. **Results** There was no significant difference in APACHE II score, AGI grade, bowel sounds, intra-abdominal pressure, abdominal circumference and TCM syndrome score between the two groups before intervention ($P > 0.05$). After intervention, APACHE II score, AGI grade, bowel sounds, intra-abdominal pressure, abdominal circumference and TCM syndrome score in the observation group were significantly lower than those in the control group, the differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Aconite cake-separated moxibustion can effectively improve APACHE II score, AGI grade, bowel sounds, intra-abdominal pressure, abdominal circumference and TCM syndrome score in patients with sepsis gastrointestinal dysfunction of spleen-stomach deficiency type, and the curative effect is better than that of conventional moxibustion.

* 基金项目: 云南中医药大学护理专项基金项目 (YZHY202325); 云南省昆明市卫生健康委员会卫生科研课题项目 (2023-14-01-017)。

作者简介: 毛艳 (1989—), 硕士研究生, 主管护师, 主要从事急危重症护理的研究。 [△] 通信作者, E-mail: 905211255@qq.com。

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250221.1204.016\(2025-02-21\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250221.1204.016(2025-02-21))

[Key words] Spleen-stomach deficiency type; Septic; Gastrointestinal dysfunction; Aconite cake-separated moxibustion; Intervention effect

脓毒症是指多重感染触发人体免疫系统失衡导致全身各主要器官功能衰竭,是一种病死率较高的常见危重症^[1]。全球脓症患者病死率达 25% 以上,占全部疾病总病死率的 14% 以上^[2]。该病初期胃肠道成为首批受损且恢复最慢者,胃肠功能障碍可能触发或加重机体炎症反应,诱发多器官功能障碍综合征(MODS)^[3]。据统计,脓症患者发生胃肠功能障碍的概率高达 78.8%,伴随的死亡风险达到了 67%^[4],因此,防治胃肠功能损伤对脓症患者尤为重要。目前,有研究表明,中西医结合疗法能明显减少脓毒症死亡案例^[5],但也存在相对的局限性,包括西医疗法可能引起的肝、肾功能损害,以及中药汤剂在胃肠功能障碍患者体内难以充分吸收等问题^[6]。在此背景下,中医外治法以互补的方式不仅弥补了上述治疗的不足,还展现了其独特的治疗价值。隔附子饼灸作为一种特定的中医外治技术,通过穴位刺激、药物透皮吸收、艾灸温热效应的综合机制而发挥作用^[7]。随着灸法的现代医学探索隔附子饼灸因其广泛的应用范围,尤其是在消化系统治疗中的明显成效而备受关注。本研究选取本院重症医学科收治的诊断为脾胃虚弱型脓毒症胃肠功能障碍患者 72 例作为研究对象,探讨了隔附子饼灸对脾胃虚弱型脓毒症胃肠功能障碍的干预效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料

1.1.1 一般资料 选取 2023 年 6—12 月本院重症医学科收治的确诊为脾胃虚弱型脓毒症胃肠功能障碍患者 72 例作为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组 36 例。2 组患者性别、年龄、病程等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。本研究获医院伦理委员会审批(2023-060-01)。

表 1 2 组患者一般资料比较

项目	对照组($n=36$)	观察组($n=36$)	t/χ^2	P
性别[$n(\%)$]			0.214	0.647
男	14(38.89)	15(41.67)		
女	22(61.11)	21(58.33)		
年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	55.82 ± 4.50	53.90 ± 4.75	0.863	0.382
病程($\bar{x} \pm s$, 年)	12.43 ± 5.68	12.82 ± 5.98	-0.210	0.726

1.1.2 诊断标准

1.1.2.1 西医诊断标准 (1)脓毒症参照《中国脓毒症/脓毒性休克急诊治疗指南(2018 版)》^[8]制定的相关诊断标准。(2)脓毒症胃肠功能障碍参照《MODS 病情分期诊断及严重程度评分标准》^[9]与《脓毒症与 MODS(2010)》^[10]制定的相关诊断标准:①肠鸣音减弱或消失

或有肠蠕动减弱、腹部胀气;②大便、胃液隐血阳性或黑便或呕血;③腹腔内压大于或等于 11 cm H₂O (1 cm H₂O=0.098 kPa)。脓症患者同时具备①②③三项之一者即可诊断为脓毒症胃肠功能障碍。

1.1.2.2 脾胃虚弱型脓毒症胃肠功能障碍中医诊断标准 参照《中医诊断学》^[11]及结合脓毒症的特点制定。主症:腹部胀满或疼痛;次症:大便溏薄、食欲缺乏、恶心或伴呕吐、倦怠乏力;舌脉象:舌淡、苔薄白、脉沉细。具有一项主症加次症 2 项并结合舌脉即可诊断为脾胃虚弱型。

1.1.3 纳入标准 (1)年龄 20~70 岁;(2)符合脓毒症胃肠功能障碍诊断标准;(3)符合脾胃虚弱型中医辨证标准;(4)自愿接受本研究并规范签署知情同意书。

1.1.4 排除标准 (1)近期行胃肠道手术后或有胃肠道肿瘤病史;(2)近 3 个月内参加过或正在参加其他临床研究;(3)对本研究药物成分过敏者或施灸部位皮肤感染、破溃等;(4)妊娠、哺乳期妇女;(5)拒绝签署本研究知情同意书。

1.1.5 终止和剔除标准 (1)研究过程中主动退出或死亡;(2)干预过程中出现严重不良反应;(3)在干预过程中因资料数据丢失或遗漏不能判断其有效性者。

1.2 方法

1.2.1 干预方法

1.2.1.1 常规医疗 (1)2 组患者均按脓毒症处理指南进行治疗,包括液体复苏、积极抗感染、尽早肠内营养支持、纠正酸碱平衡与电解质紊乱、基础疾病的治疗及对症支持处理等^[12]。(2)根据脓毒症护理常规给予护理:①严密观察病情变化,包括意识状态、生命体征监测、血流动力学监测、出入量监测等;②遵医嘱正确使用抗生素、血管活性药物、糖皮质激素等;③做好管道护理,保持呼吸道通畅;④做好基础护理,包括口腔、会阴、皮肤,饮食护理等。

1.2.1.2 对照组 在常规医疗基础上进行普通艾灸治疗,即患者平躺,暴露腹部,将点燃的艾条插入艾灸盒,置于相应穴位,其中穴位有中脘、足三里穴等,注意观察施灸处的皮肤,防止局部烫伤。每天 1 次,每穴均灸以 3 壮、约 20 min,灸至局部皮肤微红温热为适,连续干预 7 d。

1.2.1.3 观察组 在常规医疗基础上进行隔附子饼灸治疗,穴位选择与对照组相同,具体方法:(1)将炮附子碾成细末,过 200 目筛,取药粉 5 g,加黄酒 3 g 调制成可塑型膏体,用特制的木质药饼模具制作成直径 4 cm、厚度 0.5 cm 的药饼;选取艾绒 3 g,用特制的木质艾塔模具制作成底径 2.5 cm、高 2 cm 的圆锥状艾

柱。(2)隔附子饼灸方法,每天 9:00—11:00 取患者平卧位,暴露腧穴处皮肤,常规清洁后将艾柱放于药饼上,放入特制的小灸筒内(防止艾灰掉落,烫伤皮肤),将灸筒置于腧穴处,并固定稳妥。点燃艾柱施灸,每天 1 次,每穴均灸 3 壮、20 min,灸到局部皮肤微红或患者感觉温热为适。(3)注意事项,于施灸前后监测患者生命体征;艾柱必须捻紧,防止艾灰脱落;药饼均按要求配置,现配现用,灸疗过程中如药饼破碎或烧焦应及时更换;在施灸过程中施灸者不能离开床旁,施灸后局部皮肤会微微发红,不必处理。如灸后出现水泡则用乙醇消毒后抽去泡内液体,保持无菌干燥,预防感染,同时,将此例患者剔除。

1.2.2 中医证候疗效判定标准 采用尼莫地平法疗效评判标准^[14]判定中医证候疗效。(1)痊愈:症状、体征较干预前消失或基本消失,疗效指数大于或等于 95%;(2)显效:症状、体征较干预前有明显改善,疗效指数 70%~<95%;(3)有效:症状、体征较干预前均有好转,疗效指数 30%~<70%;(4)无效:症状、体征较干预前均无明显改善或出现加重的情况,疗效指数小于 30%。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%;总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.2.3 观察指标 (1)急性生理学和慢性健康状况评价 II (APACHE II)评分,即急性生理参数、慢性健康状况、年龄评分的总和。(2)急性胃肠损伤 (AGI)分级,根据 2012 年《急性胃肠损伤共识》中 AGI 分级内容及标准进行评估。(3)肠鸣音评分标准^[13]为根据肠鸣音活跃程度计分,肠鸣音正常计 0 分,3~4 次/分计 1 分,1~2 次/分计 2 分,肠鸣音消失计 3 分,分数越高表示肠鸣音次数越少。(4)采用测量膀胱内压的方法间接测量腹腔内压。(5)腹围的测量位置在脐下三指的地方,测量时让软尺完全贴紧腹部皮肤。(6)中医证候积分包括主症和次症,无症状计 0 分,主症分别计为 2、4、6 分;次症分别计为 1、2、3 分,积分越高表示症状越严重。治疗前、治疗 7 d 后记录各项指标 1 次。

1.2.4 安全性 记录不良反应和不良事件发生情况,如过敏、皮肤烫伤等,一旦发生则填写不良反应和不良事件记录表。针对可能发生的不良反应和不良

事件,制定相应的应急预案进行处理。

1.3 统计学处理 应用 SPSS26.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用独立样本 t 检验和配对样本 t 检验;计数资料以率或构成比表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者干预前后 APACHE II 评分比较 2 组患者干预前 APACHE II 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);2 组患者干预后 APACHE II 评分均明显下降,且观察组患者干预后 APACHE II 评分明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者干预前后 APACHE II 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	36	16.14±1.68	14.49±1.63	2.376	0.032
观察组	36	16.17±1.72	11.46±1.58	3.989	0.021
<i>t</i>	—	-0.036	3.027	—	—
<i>P</i>	—	0.978	0.020	—	—

注:—表示无此项。

2.2 2 组患者干预前后 AGI 分级比较 2 组患者干预前 AGI 分级比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);2 组患者干预后 AGI 分级均明显下降,且观察组患者干预后 AGI 分级明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者干预前后 AGI 分级比较($\bar{x} \pm s$, 级)

组别	<i>n</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	36	2.13±0.63	1.79±0.60	1.752	0.044
观察组	36	2.18±0.70	1.41±0.59	1.884	0.012
<i>t</i>	—	-0.049	2.925	—	—
<i>P</i>	—	0.961	0.005	—	—

注:—表示无此项。

2.3 2 组患者干预前后肠鸣音、腹腔内压、腹围比较 2 组患者干预前肠鸣音、腹腔内压、腹围比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);2 组患者干预后肠鸣音、腹腔内压、腹围均明显下降,且观察组患者干预后肠鸣音、腹腔内压、腹围均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 2 组患者干预前后肠鸣音、腹腔内压、腹围比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	肠鸣音(次/分)				腹腔内压(cm H ₂ O)				腹围(cm)			
		干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	36	2.26±0.46	1.81±0.36	0.388	0.024	15.93±3.96	10.79±3.62	1.227	0.035	83.00±6.60	80.54±7.05	2.996	0.045
观察组	36	2.10±0.45	1.49±0.40	0.487	0.012	15.41±3.91	8.33±3.96	1.876	0.034	83.03±7.01	78.18±0.97	3.467	0.034
<i>t</i>	—	0.467	-4.658	—	—	-0.364	2.538	—	—	-0.113	1.570	—	—
<i>P</i>	—	0.642	0.010	—	—	0.717	0.014	—	—	0.911	0.012	—	—

注:—表示无此项。

2.4 2 组患者干预前后中医证候总积分比较 2 组患者干预前中医证候总积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);2 组患者干预后中医证候总积分均明显下降,且观察组患者干预后中医证候总积分明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 5。

表 5 2 组患者干预前后中医证候总积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	干预前	干预后	t	P
对照组	36	21.13±2.63	14.49±2.60	2.224	0.012
观察组	36	20.88±2.70	11.41±2.59	3.002	0.007
t	—	-0.049	2.925	—	—
P	—	0.961	0.005	—	—

注:—表示无此项。

2.5 2 组患者中医证候疗效比较 观察组患者总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 6。

表 6 2 组患者中医证候疗效比较[n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	36	7(19.44)	6(16.67)	15(41.67)	8(22.22)	28(77.78)
观察组	36	12(33.34)	11(30.56)	9(25.00)	4(11.11)	32(88.89) ^a

注:与对照组比较, $\chi^2=-2.146$,^a $P=0.032$ 。

3 讨 论

脓毒症是一种由细菌、病毒、真菌等病原体感染诱发的全身性炎症反应综合征,在其诸多并发症中胃肠功能障碍尤为突出,不仅具有高发性的特点,还明显提升了脓毒症患者的死亡风险。鉴于此,采取有效措施改善脓症患者胃肠功能障碍对提升其生存率、优化预后效果、缓解病情严重程度均具有不可小觑的意义。

脓毒症引发的胃肠功能障碍在中国传统医学中属呕吐、泄泻、痞满、腹痛等范畴^[15]。其病发原因涵盖长期疾病或过度劳累致脾胃损伤、急性病症直接侵袭脾胃、体内阴阳失衡,以及外邪侵扰导致气血紊乱等方面^[16]。中医理论视脾胃为后天之本,是生成气血的基础,脾主升清而胃司降浊,二者协同确保机体生理机能的和谐与健康,支撑着全身脏腑组织的正常结构与功能,故脾胃虚弱型脓毒症胃肠功能障碍病位在脾胃,表现为脾胃功能减退,脾失升清,胃失降浊,导致气机升降失常,中焦水湿代谢受阻,湿邪下注肠道而见腹泻症状;同时,脾虚无力推动水谷精微的运化,造成消化吸收不良,体现为食欲减退;脾作为后天营养之源,其虚弱直接影响气血生成,长此以往,患者可出现气短懒言、全身疲乏、四体无力、头昏眼花等气血两虚症。鉴于此,治疗该类型病症的基本原则为固护脾胃,补充正气,以期恢复机体平衡。

隔附子饼灸是将附子研磨成小饼状,并用艾柱隔着药饼施灸,以达到治疗疾病的目的^[17]。隔附子饼灸对多个系统均有较好的治疗作用,尤其是在消化系统效果明显。附子因其辛甘特性及强烈温热属性,能深入心、肾及脾胃经络,发挥回阳救逆、助阳补火、散寒止痛等作用。本研究选择的穴位有中脘、足三里穴。中脘穴归属任脉,身为胃之募穴及八会穴之一,承载着腑会之名,其效用涵盖调和脾胃、降逆除湿^[18]。足三里穴作为足阳明胃经的关键穴,能有力调节脾胃机能,滋补身躯、充盈元气并活化血液循环^[19]。基于此,本研究选择中脘、足三里穴对脾胃虚弱型脓毒症胃肠功能障碍患者行隔附子饼灸疗法,旨在探究隔附子饼灸对此类病症的干预效果,结果显示,2 组患者干预后 AGI 分级均明显下降,且观察组患者干预后 AGI 分级明显低于对照组,说明隔附子饼灸相对常规灸法更能改善患者的胃肠功能。由表 2 可见,观察组患者干预后 APACHE II 评分明显低于对照组,说明随着患者胃肠功能恢复,消化系统对食物及药物的吸收增加,为患者的后续治疗奠定了基础,因此,观察组患者病情危重程度逐渐降低。由表 4 可见,2 组患者干预后肠鸣音、腹腔内压、腹围均明显下降,且观察组患者干预后肠鸣音、腹腔内压、腹围明显低于对照组,更加验证了隔附子饼灸不仅增强了艾灸的温煦阳气效果,艾草与附子的结合还进一步提升了人体阳气,深化了温补效能,所以,观察组患者肠鸣音、腹腔内压、腹围下降明显。由表 5、6 可见,观察组干预后中医证候总积分和中医证候疗效改善程度均高于对照组,更加突出了隔附子饼灸的优势。脾胃虚弱型脓毒症胃肠功能障碍病机主要为脾胃失调,导致大便溏薄、食欲缺乏、恶心或伴呕吐、倦怠乏力,隔附子饼灸结合穴位特异性、药物透皮性和灸法热辐射性三位一体共同发挥作用,可有效调节脾胃、升降气机,从而缓解胃肠功能障碍患者的症状。

综上所述,隔附子饼灸对脾胃虚弱型脓毒症胃肠功能障碍的干预效果高于常规艾灸治疗,说明隔附子饼灸对脾胃虚弱型脓毒症胃肠功能障碍的干预效果明显,值得临床推广应用。然而,本研究对象仅限于本院重症监护室的住院患者,其普遍性未达到理想水平,今后可考虑拓展研究群体包括外院重症医学科符合纳入标准的患者,以增加研究结果的准确性。

参考文献

[1] CECCONI M, EVANS L, LEVY M, et al. Sepsis and septic shock[J]. Lancet, 2018, 392(10141): 75-87.
 [2] FLEISCHMANN-STRUZEK C, MELLHAMMAR L, ROSE N, et al. Incidence and mortality of hospital- and ICU-

- treated sepsis: results from an updated and expanded systematic review and meta-analysis [J]. *Intensive Care Med*, 2020, 46(8): 1552-1562.
- [3] RHEE C, DANTES R, EPSTEIN L, et al. Incidence and trends of sepsis in US hospitals using clinical vs claims data, 2009-2014 [J]. *JAMA*, 2017, 318(13): 1241-1249.
- [4] 张淑文, 王超, 阴晨宏, 等. 1087 例多器官功能障碍综合征临床流行病学调查 [J]. *中国危重病急救医学*, 2007, 19(1): 2-6.
- [5] 石变, 修丽娟, 魏品康. 脓毒症患者胃肠功能障碍的中医药治疗进展 [J]. *现代生物医学进展*, 2011, 23(23): 4771-4773.
- [6] 韩双双, 牟园芬. 中西医结合防治危重症患者胃肠功能障碍的研究进展 [J]. *中医临床研究*, 2018, 10(17): 145-148.
- [7] 廖聪龙, 苏世靖, 王大喜, 等. 丁红散配合隔姜灸治疗拇指屈指肌腱鞘炎的临床观察 [J]. *中国中医骨伤科杂志*, 2021, 29(9): 36-39.
- [8] 中国医师协会急诊医师分会, 中国研究型医院学会休克与脓毒症专业委员会. 中国脓毒症/脓毒性休克急诊治疗指南(2018) [J]. *感染、炎症、修复*, 2019, 20(1): 3-22.
- [9] 王今达, 王宝恩. 多脏器功能失常综合征(MODS)病情分期诊断及严重程度评分标准 [J]. *中国危重病急救医学*, 1995, 7(6): 346-347.
- [10] 曹书华. 脓毒症与多脏器功能失常综合征 [J]. *中华急诊医学杂志*, 2010, 19(7): 781-782.
- [11] 李灿东, 吴承玉. 中医诊断学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2018: 56-79.
- [12] RHODES A, EVANS L E, ALHAZZANI W, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock; 2016 [J]. *Intensive Care Med*, 2017, 43(3): 304-377.
- [13] 张和华. 人体肠鸣音检测系统研制及肠鸣音信号处理方法研究 [D]. 重庆: 第三军医大学, 2009.
- [14] 李英, 蔡英剑, 王敬斌, 等. 半夏白术天麻汤联合隔药灸治疗痰湿壅盛证原发性高血压临床研究 [J]. *陕西中医*, 2021, 42(10): 1385-1388.
- [15] 李莉, 赵云燕. 中医药防治危重症患者胃肠功能障碍临床研究进展 [J]. *中医临床研究*, 2017, 9(32): 145-147.
- [16] 汪刚. 消胀贴治疗危重病胃肠功能障碍的疗效观察 [D]. 北京: 北京中医药大学, 2013.
- [17] 庄威, 肖京, 曹易焱, 等. 隔物灸治疗肠易激综合征的临床研究进展 [J]. *中国中医药现代远程教育*, 2021, 19(11): 200-203.
- [18] 黄俊桥. 温针灸中腕穴、关元穴治疗脾胃虚寒型胃痛的临床观察 [D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2023.
- [19] 杨莹萍. 内关、足三里配伍对胃动力障碍的即时调节作用 [D]. 济南: 山东中医药大学, 2021.

(收稿日期: 2024-05-09 修回日期: 2024-11-12)

(上接第 688 页)

- [4] 王娇, 弓玉红, 商临萍, 等. 基于适时模式的老年髋部骨折病人全周期照护需求质性研究 [J]. *护理研究*, 2022, 36(4): 731-734.
- [5] 国家卫生健康委员会, 国家中医药局. 关于印发进一步改善护理服务行动计划(2023-2025 年)的通知 [EB/OL]. (2021-06-15) [2024-04-21]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202306/content_6887303.htm.
- [6] 张真容, 蒋佩, 罗玉琳. 基于德尔菲法构建中医护理岗位胜任力评价指标体系 [J]. *全科护理*, 2023, 21(26): 3601-3605.
- [7] 王瑞平. 临床研究规范设计 PICO 原则 [J]. *上海医药*, 2022, 43(3): 67-72.
- [8] 喻佳洁, 李琰, 陈雯雯, 等. 从循证医学到循证科学的必然趋势 [J]. *中国循证医学杂志*, 2019, 19(1): 119-124.
- [9] WEISS M E, PIACENTINE L B, LOKKEN L, et al. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients [J]. *Clin Nurse Spec*, 2007, 21(1): 31-42.
- [10] BRINKER M R, LUND P J, COX D D, et al. Demographic biases found in scoring instruments of total hip arthroplasty [J]. *J Arthroplasty*, 1996, 11(7): 820-830.
- [11] 薛凯文. 龙氏量表和 Barthel 指数评定脑卒中患者日常生活活动能力反应性的比较性研究 [D]. 济南: 山东中医药大学, 2022.
- [12] 韩琳, 闫楚楚, 韦蓉, 等. 髋关节置换术病人出院准备服务实践研究进展 [J]. *护理研究*, 2024, 38(9): 1585-1589.
- [13] MALAGON-MALDONADO G, CONNELLY C D, BUSH R A. Predictors of readiness for hospital discharge after birth: building evidence for practice [J]. *Worldviews Evid Based Nurs*, 2017, 14(2): 118-127.
- [14] 张悦, 任海林, 王瑶, 等. 老年脑卒中偏瘫患者出院准备度现状及其与出院后生活质量的相关性 [J]. *国际老年医学杂志*, 2024, 45(3): 289-292.
- [15] 李科旦, 章权, 王丽燕. 全髋关节置换术患者出院准备度与髋关节功能的相关性分析 [J]. *中国现代医生*, 2022, 60(6): 185-188.
- [16] 黄淳, 郑西林, 彭伶俐, 等. 老年髋部骨折患者出院准备服务计划的最佳证据总结 [J]. *华西医学*, 2023, 38(10): 1503-1510.
- [17] 刘媛, 陈菲菲, 费文海, 等. 老年慢性病患者出院准备服务的研究进展 [J]. *中华护理杂志*, 2021, 56(9): 1420-1425.

(收稿日期: 2024-05-23 修回日期: 2024-12-08)