

# 中西医结合护理对抑郁症的效果

韦红梅 叶君荣 戴莲娣 李思珏 肖爱祥\*

(广州市惠爱医院 广州医科大学附属脑科医院 广东 广州 510370)

\* 通信作者: 肖爱祥, E-mail: 543061910@qq.com

**【摘要】** 目的 评价中西医结合护理模式对抑郁症的效果,探索中西医结合护理模式的临床应用效果。方法 选取 2017 年 6 月-2018 年 2 月在某精神专科医院就诊的符合《国际疾病分类(第 10 版)》(ICD-10) 诊断标准的抑郁症患者 71 例,采用计算机随机法分为实验组( $n=36$ ) 和对照组( $n=35$ )。在常规抗抑郁治疗基础上,对照组给予抑郁症常规护理,实验组给予中西医结合护理,均干预 4 周。于干预前和干预 4 周后采用汉密尔顿抑郁量表 24 项版(HAMD-24)、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)、简明健康调查问卷(SF-36) 和中文版 8 条目 Morisky 用药依从性问卷(MMAS-8) 评定患者的抑郁程度、睡眠质量、生活质量及服药依从性。结果 干预前,两组 HAMD-24、PSQI、SF-36 和 MMAS-8 评分差异均无统计学意义( $P$  均  $>0.05$ )。干预后,两组 HAMD-24、PSQI 评分均低于干预前,MMAS-8 评分均高于干预前,且实验组 HAMD-24、PSQI 评分低于对照组,MMAS-8 评分高于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$  或  $0.01$ )。干预后,两组 SF-36 总评分及总体健康感、躯体健康所致角色受限、精神健康、生命活力、情感功能所致角色受限因子评分均高于干预前,实验组 SF-36 总评分及总体健康感、躯体健康所致角色受限、精神健康、生命活力、情感功能所致角色受限和社会功能因子评分均高于对照组,差异均有统计学意义( $P$  均  $< 0.05$ )。结论 在药物治疗基础上,中西医结合护理和常规护理均能改善抑郁症患者的抑郁情绪和睡眠质量,提高患者生活质量和治疗依从性,中西医结合护理的效果优于常规护理。

**【关键词】** 抑郁症; 中西医结合护理; 效果评价

中图分类号: R749.4+1

文献标识码: A

doi: 10.11886/j.issn.1007-3256.2018.06.007

## Study of efficacy of integrated traditional Chinese and western medicine nursing on depression

Wei Hongmei, Ye Junrong, Dai Liandi, Li Sijue, Xiao Aixiang\*

(Guangzhou Huiai Hospital, The Affiliated Brain Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou 510370, China)

\* Corresponding author: Xiao Aixiang, E-mail: 543061910@qq.com

**【Abstract】 Objective** To evaluate the efficacy of integrated traditional Chinese and western medicine (ITCWM) nursing on depression, so as to explore the clinical effect of ITCWM nursing. **Methods** Total 71 patients with depression met diagnostic criteria of International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10) from a tertiary psychiatric hospital during June 2017 to February 2018 were included in the study. They were randomly divided to the experimental group ( $n=36$ ) and the control group ( $n=35$ ). On the basis of antidepressant treatment, the control group and experimental group were applied with routine nursing and ITCWM nursing, respectively. All patients were treated for four weeks. Hamilton Depression Scale-24 item (HAMD-24), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Short Form 36 Health Survey Questionnaire (SF-36) and Morisky Medication Adherence Scale-8 item (MMAS-8) were applied to evaluate the efficacy before and after treatment. **Results** At the baseline, there was no significant difference between two groups in the scores of HAMD-24, PSQI, SF-36 and MMAS-8 (all  $P > 0.05$ ). After the treatment, the scores of HAMD-24 and PSQI were lower and MMAS-8 score was higher compared with the baseline, the scores of HAMD-24 and PSQI in the experimental group were lower than those of the control group, the score of MMAS-8 in the experimental group were higher than control group ( $P < 0.05$  or  $0.01$ ). After the treatment, the total score of SF-36, and the factor score of general health perceptions (GH), role limitations due to physical health (RP), mental health (MH), vitality (VT), role limitations due to emotional problems (RE) were higher than the baseline. And the total score of SF-36, the factor score of GH, RP, MH, VT, RE and social functioning (SF) in the experimental group were higher than those of the control group (all  $P < 0.05$ ). **Conclusion** On the basis of drug therapy, both ITCWM nursing and routine nursing can improve the depressive symptom, sleep quality, quality of life and adherence of treatment, while the ITCWM nursing are more effective.

**【Keywords】** Depression; Integrated traditional Chinese and western medicine nursing; Effectiveness evaluation

项目基金: 广东省中医药局科研项目(20161192); 广州市“十三五”中医重点专科子项目(穗惠字(2017)50号)  
前二位作者对本文有同等贡献,为共同第一作者

2017 年世界卫生组织(WHO)报道,全球约 3 亿人患有抑郁症<sup>[1]</sup>。抑郁症具有高患病率(患病率约为 9.1%~16.9%)、高自杀死亡率和疾病负担

重的特征,临床常表现为心境低落、思维迟缓和意志活动减退<sup>[2-3]</sup>。有研究显示,约 60%~80% 的抑郁症患者伴有睡眠障碍(如入睡困难、睡眠轻浅及早醒)、生活质量下降及整体功能下降。而睡眠障碍可加重抑郁症状,给患者带来消极的主观体验,甚至导致自伤、自杀<sup>[4-6]</sup>。抑郁症的临床表现增加了护理工作的难度,传统常规护理模式主要关注抑郁症状,存在针对性弱、患者依从性差和忽略整体功能恢复的局限性。故在常规护理基础上,探索能缓解抑郁情绪、改善睡眠障碍、提高生活质量的综合护理模式具有重要的临床意义。

中西医结合护理模式根据中医辨证、西医辨病提出护理问题,在常规护理基础上辅以中医特色护理技术,进行针对性护理,是中医辨证施护和西医整体护理的有机结合。研究显示,耳穴埋籽、中药足浴、八段锦、推拿等中医护理技术在缓解抑郁症状、改善睡眠和生活质量方面有较好效果<sup>[6-10]</sup>。目前对抑郁症患者进行中西医结合护理的相关研究较少,为给抑郁症患者提供更优质的临床护理,本研究比较中西医结合护理与常规护理对抑郁症的效果,探索中西医结合护理的临床应用效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

以 2017 年 6 月-2018 年 2 月在广东省某精神专科医院住院的抑郁症患者为研究对象。纳入标准:①符合《国际疾病分类(第 10 版)》(International Classification of Diseases, tenth edition, ICD-10) 抑郁症诊断标准;②年龄 18~60 岁;③汉密尔顿抑郁量表 24 项版(Hamilton Depression Scale-24 item, HAMD-24) 评分 8~34 分;④自知力与治疗态度问卷(Insight and Treatment Attitude Questionnaire, ITAQ) 评分 $\geq 10$  分;⑤自愿参与并签署知情同意书。排除标准:①同期正在参与其他临床试验者;②伴自伤、自杀行为或倾向被安置于一级护理单元,无法完成中医护理干预者;③不能耐受中医护理干预者;④合并严重脏器疾病引起的心境障碍或睡眠障碍者。退出标准:①在研究期间发展为重度抑郁者(HAMD-24 评分 $\geq 35$  分);②中途转科或出院者。符合纳入标准且不符合排除标准共 79 例,采用计算机随机方法分为实验组( $n=38$ ) 和对照组( $n=37$ )。本研究获实施机构伦理委员会审核批准。

### 1.2 干预方法

两组均接受选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂

(Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRIs) 治疗,均依据《精神科护理学》和分级护理制度给予抑郁症常规护理,包括基础护理、用药护理、饮食护理、睡眠护理、晨间护理、心理护理,对于有自伤、自杀倾向的患者,及时做好防范工作,提供心理支持<sup>[11]</sup>。在此基础上,实验组给予中医特色护理,具体如下。①情志护理:播放角调式及徵调式音乐,如《庄周梦蝶》《山居吟》等,每日 1 次,每次 30 min,通过悠扬愉快的音乐,帮助患者疏泻气机;采用情志相胜法,以“喜胜忧”的原则,缓解其焦虑、抑郁等不良情绪,保持身心愉快<sup>[12-14]</sup>。②辨证施膳:在确保满足身体营养需求的前提下,给予患者辨证施膳指导,如肝郁脾虚者,适当多进食疏肝健脾之品;肝郁血瘀者,指导患者多进食疏肝活血祛瘀之品等<sup>[8,15]</sup>。③睡眠护理:指导规律作息,睡前保持心态平和。在外耳廓神门、皮质下、心、脾穴位埋籽,指导患者每日按压 2 次(午睡及晚上睡前)<sup>[16]</sup>;取川芎 30 g、朱砂 20 g、磁石 40 g、合欢皮 40 g 组方,协助患者睡前进行中药足浴,辅以足底反射区刺激<sup>[17]</sup>。④指导患者于晨间进行八段锦锻炼,每日 1 次,每次约 30 min,并实施运动指导<sup>[18-20]</sup>。两组均干预 4 周。

### 1.3 临床疗效评定

采用 HAMD-24 评定抑郁症状严重程度。HAMD-24 为他评量表,包含焦虑/躯体化、体重变化、认知障碍、昼夜变化、阻滞、睡眠障碍和绝望感 7 类因子,多数条目采用 0~4 分的 5 级评分,少数条目采用 0~2 分的 3 级评分。HAMD-24 总评分 $\leq 8$  分为无抑郁症状,9~19 分为可能有抑郁症,20~34 分为存在抑郁, HAMD-24 总评分 $\geq 35$  分为严重抑郁。HAMD-24 评定者一致性信度系数为 0.900,效标效度为 0.920<sup>[21]</sup>。采用匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) 评定睡眠质量。PSQI 为自评量表,由 19 个自评和 5 个他评条目构成,其中第 19 个自评条目和 5 个他评条目不参与计分,包含睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物和日间障碍 7 个维度。各维度采用 0~3 分 4 级计分,各维度评分之和为 PSQI 总评分,评分越高,睡眠质量越差。PSQI 的分半信度系数为 0.824, Cronbach's  $\alpha$  为 0.845<sup>[22]</sup>。采用简明健康调查问卷(Short Form 36 Health Survey Questionnaire, SF-36) 评定生活质量。SF-36 为自评量表,包含总体健康感、躯体功能、躯体健康所致角色受限、精神健康、情感功能所致角色受限、躯体疼痛、生命活力和社会功能 8 个因子。标准分=(实际得

分 - 该因子最低分) / (该因子最高分 - 该因子最低分) × 100, 评分越高, 生活质量越高。SF-36 的 Cronbach's  $\alpha$  为 0.918, 分半信度系数为 0.758<sup>[23]</sup>。采用中文版 8 条目 Morisky 用药依从性问卷 (Morisky Medication Adherence Scale - 8 item, MMAS - 8) 评定患者服药依从性。MMAS - 8 为自评量表, 各条目评分之和为总评分, MMAS - 8 总评分 < 6 分为依从性差, 评分越高, 依从性越好。MMAS - 8 的 Cronbach's  $\alpha$  为 0.770, 组内相关系数为 0.810<sup>[24]</sup>。

#### 1.4 评定方法

由经过统一培训的两位具有高级职称的精神科医师在光线、温度适宜的心理治疗室进行量表评定。统一宣读指导语, 先对患者进行 HAMD - 24 评定, 再由患者独立完成 PSQI、SF - 36 和 MMAS - 8 评定。评定耗时约 70 min。

#### 1.5 统计方法

采用 SPSS 18.0 进行统计分析。计量资料用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 组内干预前后比较采用配对  $t$  检验, 组间比较采用独立样本  $t$  检验; 计数资料用例数和百分比 (%) 表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验。  $P < 0.05$  认为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组一般资料、用药情况及退出率比较

研究期间退出 4 例, 实验组和对照组各 2 例。其中 3 例为病情变化无法完成研究, 1 例提前出院。实验组共 36 例完成研究, 男性 16 例, 女性 20 例; 年龄 18 ~ 58 岁, 平均 (34.59 ± 3.75) 岁; 病程 0.25 ~ 21 年, 平均 (12.65 ± 3.43) 年; 用药情况 (平均剂量): 帕罗西汀 16 例 [(22.05 ± 3.66) mg/d], 西酞普兰 12 例 [(26.57 ± 3.84) mg/d], 氟西汀 4 例 [(33.94 ± 5.29) mg/d], 舍曲林 4 例 [(76.73 ± 4.90) mg/d]。对照组共 35 例完成研究, 男性 14 例, 女性 21 例; 年龄 18 ~ 60 岁, 平均 (35.98 ± 3.28) 岁; 病程 0.25 ~ 23 年, 平均 (13.96 ± 2.78) 年; 用药情况 (平均剂量): 帕罗西汀 14 例 [(21.85 ± 3.56) mg/d], 西酞普兰 12 例 [(27.09 ± 3.93) mg/d], 氟西汀 4 例 [(33.01 ± 5.69) mg/d], 舍曲林 5 例 [(77.02 ± 5.11) mg/d]。实验组退出率为 5.26% (2/38), 对照组退出率为 5.41% (2/37)。两组性别 ( $\chi^2 = 1.06$ )、年龄 ( $t = 1.67$ )、病程 ( $t = 1.77$ )、用药种类 ( $\chi^2 = 0.97$ )、各药物平均剂量 ( $t = 0.15$ 、 $-0.33$ 、

0.24、 $-0.09$ ) 和退出率 ( $\chi^2 = 29.43$ ) 比较差异均无统计学意义 ( $P$  均 > 0.05)。

### 2.2 两组 HAMD - 24 评分比较

干预前, 两组 HAMD - 24 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。干预后, 两组 HAMD - 24 评分均低于干预前, 实验组 HAMD - 24 评分低于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$  或 0.01)。见表 1。

表 1 两组 HAMD - 24 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	HAMD - 24 评分		$t$	$P$
	干预前	干预后		
实验组 ( $n = 36$ )	22.76 ± 2.96	11.86 ± 1.85 <sup>a</sup>	18.74	< 0.01
对照组 ( $n = 35$ )	22.64 ± 2.76	16.75 ± 1.54	19.19	< 0.01

注: HAMD - 24 汉密尔顿抑郁量表 24 项版; <sup>a</sup> $P < 0.05$ , 干预后与对照组比较

### 2.3 两组 PSQI 评分比较

干预前, 两组 PSQI 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。干预后, 两组 PSQI 评分均低于干预前, 实验组 PSQI 评分低于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$  或 0.01)。见表 2。

表 2 两组 PSQI 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	PSQI 评分		$t$	$P$
	干预前	干预后		
实验组 ( $n = 36$ )	19.68 ± 0.44	7.02 ± 0.35 <sup>a</sup>	135.11	< 0.01
对照组 ( $n = 35$ )	18.85 ± 0.14	12.36 ± 0.47	79.29	< 0.01

注: PSQI 匹兹堡睡眠质量指数; <sup>a</sup> $P < 0.05$ , 干预后与对照组比较

### 2.4 两组 SF - 36 评分比较

干预前, 两组 SF - 36 总评分及各因子评分比较, 差异均无统计学意义 ( $P$  均 > 0.05)。干预后, 两组 SF - 36 总评分及总体健康感、躯体健康所致角色受限、精神健康、生命活力、情感功能所致角色受限因子评分均高于干预前, 实验组社会功能因子评分高于干预前, 差异均有统计学意义 ( $P$  均 < 0.05)。干预后, 实验组 SF - 36 总评分及总体健康感、躯体健康所致角色受限、精神健康、生命活力、情感功能所致角色受限和社会功能因子评分均高于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P$  均 < 0.05)。见表 3。

### 2.5 两组 MMAS - 8 评分比较

干预前, 两组 MMAS - 8 评分差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。干预后, 两组 MMAS - 8 评分均高于

干预前,实验组 MMAS-8 评分高于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$  或  $0.01$ )。见表 4。

表 3 两组 SF-36 评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	时间	SF-36 评分				
		总体健康感	躯体功能	躯体健康所致角色受限	精神健康	总评分
实验组 ( $n=36$ )	干预前	64.01 ± 4.51	91.96 ± 2.24	70.56 ± 5.07	52.30 ± 8.90	69.06 ± 11.42
	干预后	79.43 ± 5.22 <sup>ab</sup>	92.18 ± 1.37	84.29 ± 4.89 <sup>ab</sup>	73.24 ± 9.03 <sup>ab</sup>	82.05 ± 8.82 <sup>ab</sup>
对照组 ( $n=35$ )	干预前	63.91 ± 4.11	92.16 ± 2.54	70.72 ± 4.97	52.88 ± 8.21	69.33 ± 12.03
	干预后	71.03 ± 6.02 <sup>b</sup>	91.58 ± 1.87	79.29 ± 4.03 <sup>b</sup>	68.44 ± 10.01 <sup>b</sup>	76.15 ± 9.17 <sup>b</sup>

  

组别	时间	SF-36 评分			
		躯体疼痛	生命活力	情感功能所致角色受限	社会功能
实验组 ( $n=36$ )	干预前	89.53 ± 5.68	55.68 ± 8.92	59.87 ± 7.46	68.56 ± 7.84
	干预后	90.48 ± 5.77	76.85 ± 7.81 <sup>ab</sup>	80.08 ± 7.81 <sup>ab</sup>	79.84 ± 7.92 <sup>ab</sup>
对照组 ( $n=35$ )	干预前	90.06 ± 5.89	57.26 ± 9.12	58.57 ± 7.12	69.06 ± 8.11
	干预后	90.51 ± 5.25	67.39 ± 7.69 <sup>b</sup>	70.74 ± 7.05 <sup>b</sup>	70.24 ± 7.51

注: SF-36 简明健康调查问卷; <sup>a</sup> $P < 0.05$ , 干预后与对照组比较; <sup>b</sup> $P < 0.05$  组内干预前后比较

表 4 两组 MMAS-8 评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	MMAS-8 评分		$t$	$P$
	干预前	干预后		
实验组( $n=36$ )	3.48 ± 0.03	7.25 ± 0.44 <sup>a</sup>	-88.02	<0.01
对照组( $n=35$ )	3.57 ± 0.04	6.74 ± 0.95	-19.72	<0.01

注: MMAS-8 中文版 8 条目 Morisky 用药依从性问卷; <sup>a</sup> $P < 0.05$ , 干预后与对照组比较

### 3 讨论

除心境低落、思维迟缓和意志活动减退的典型症状表现,多数抑郁症患者存在治疗依从性差、睡眠质量差和生活质量较低的问题。治疗依从性可影响药物治疗效果,尤其是对需长期服药的患者,不按医嘱服药、自行停药是病情复发的主要原因之一。本研究显示,干预前,两组 MMAS-8 评分均 < 6 分,提示两组患者的治疗依从性均较差,与既往研究结果一致<sup>[24]</sup>。翟晓杰等<sup>[6,10]</sup>研究显示,超过 60% 的抑郁症患者存在入睡困难、早醒、易醒等不同程度的睡眠障碍,且患者抑郁症状严重程度和自杀观念均与睡眠质量密切相关<sup>[16]</sup>。干预前,实验组和对照组 PSQI 评分均较高,提示患者均存在睡眠障碍。

常规护理强调对症(抑郁症状)护理,较少关注患者的整体功能和生活质量。中西医结合护理模式在常规护理基础上,辅以中医特色护理技术,已有多项研究显示其有较好的效果<sup>[25-27]</sup>。本研究显示,干预前,两组 HAMD-24、PSQI、SF-36 和 MMAS-8 评分比较差异均无统计学意义( $P$  均 > 0.05)。干

预后,两组 HAMD-24、PSQI 评分均低于干预前,实验组评分均低于对照组( $P < 0.05$  或  $0.01$ ); 两组 MMAS-8 评分均高于干预前,实验组评分高于对照组( $P < 0.05$  或  $0.01$ ); 两组 SF-36 总评分及总体健康感、躯体健康所致角色受限、精神健康、生命活力、情感功能所致角色受限因子评分均高于干预前,实验组 SF-36 总评分及总体健康感、躯体健康所致角色受限、精神健康、生命活力、情感功能所致角色受限和社会功能因子评分均高于对照组,差异均有统计学意义( $P$  均 < 0.05)。提示在药物治疗基础上,常规护理和中西医结合护理均能改善抑郁症患者的抑郁症状、睡眠质量、生活质量和治疗依从性,但中西医结合护理的效果更佳。其原因可能是中西医结合护理模式在常规护理基础上,辅以中医特色护理技术,提升了护理效果。在中医整体观和辨证施护原则指导下,本研究联合使用多种中医护理技术对患者进行整体干预。其中,耳穴埋籽可通过刺激对应耳穴达到养心安神、改善睡眠的目的<sup>[7,16]</sup>; 中药沐足在热作用下刺激足部各个反射区,疏通全身脉络,改善血液循环,平衡脏腑阴阳; 情志护理辨证施护,兼顾身心,调整抑郁情绪; 八段锦通过“以心行气”的练意活动,使心神有所托,转移抑郁、焦虑情绪,抵制不良思想意识的侵入,有助于调节焦虑和失眠<sup>[29]</sup>。

综上所述,在药物治疗基础上,中西医结合护理和常规护理均能改善抑郁症患者的抑郁情绪和睡眠质量,提高患者生活质量和治疗依从性,中西医结合护理的效果优于常规护理。本研究局限性在于样本

量较小且未纳入住院时间、费用等卫生经济学指标,无法综合评价中西医结合护理的临床效益。下一步研究需扩大样本量并纳入卫生经济学指标,以综合评价该护理模式的临床效益。

## 参考文献

- [1] World Health Organization. Depression [EB/OL]. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>, 2018-03-22.
- [2] Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys [J]. JAMA, 2004, 291(21): 2581-2590.
- [3] Gallo JJ, Hwang S, Joo JH, et al. Multimorbidity, depression, and mortality in primary care: randomized clinical trial of an evidence-based depression care management program on mortality Risk [J]. J Gen Intern Med, 2016, 31(4): 380-386.
- [4] Dauvilliers Y, Lopez R, Ohayon M, et al. Hypersomnia and depressive symptoms: methodological and clinical aspects [J]. BMC Med, 2013, 11: 78.
- [5] 王彦芳,杜巧荣,李素萍,等. 伴发睡眠障碍首发抑郁症认知功能损害及影响因素分析 [J]. 中国神经精神疾病杂志, 2015, 41(2): 71-75.
- [6] 翟晓杰,王帆,刘彦隆,等. 抑郁症与睡眠障碍共病研究 [J]. 世界睡眠医学杂志, 2016, 3(6): 330-334.
- [7] 肖爱祥,叶君荣. 耳穴压豆改善抑郁患者睡眠质量疗效观察 [J]. 中医外治杂志, 2015, 24(2): 15-17.
- [8] 黄彤,周庆云,吴凤. 中药足浴结合辨证施膳对失眠患者的疗效分析 [J]. 中医临床研究, 2011, 3(1): 42-43.
- [9] Thirthalli J, Zhou L, Kumar K, et al. Traditional, complementary, and alternative medicine approaches to mental health care and psychological wellbeing in India and China [J]. Lancet Psychiatry, 2016, 3(7): 660-672.
- [10] 肖爱祥,叶君荣. 抑郁专科护理方案在临床的应用及效果评价 [J]. 中医外治杂志, 2016, 25(2): 46-48.
- [11] 胡雁,邢唯杰. 循证护理的概念与步骤 [J]. 上海护理, 2015, 15(1): 89-93.
- [12] 梁凤珍,陈蕾,王秀莹. 中医情志护理方法 [J]. 长春中医药大学学报, 2010, 26(3): 428.
- [13] 王红艳,梁小利,钟晓利,等. 中医杵针疗法结合情志护理在老年失眠伴焦虑症状患者中的应用 [J]. 国际护理学杂志, 2018, 37(1): 130-132.
- [14] 谢晓颖,蒋荣泉,凌迎春,等. “共情护理”模式在抑郁症患者护理中的应用及其对患者生活质量的影响研究 [J]. 中国医药导报, 2013, 10(33): 122-125.
- [15] 于雅婷,高思华,陈飞松. 中医临床辨证施膳 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 73-82.
- [16] 罗添云,肖爱祥,叶君荣. 多导睡眠图评价耳穴埋籽改善抑郁患者睡眠质量的应用效果 [J]. 中医外治杂志, 2016, 25(1): 6-8.
- [17] 陈秋明. 改良圆针刺刺激足底反射区治疗失眠 68 例临床体会 [J]. 中国地方病防治杂志, 2014, 29(s1): 94.
- [18] 官芳萍,郑红秀,程宁. 八段锦锻炼在慢性精神分裂症患者中的应用效果评价 [J]. 右江医学, 2017, 45(6): 716-719.
- [19] 陈运峰,李丽,王敏,等. 五行音乐疗法结合八段锦治疗脑卒中后抑郁临床研究 [J]. 山东中医杂志, 2017, 36(1): 23-25.
- [20] 肖爱祥,雷华为,叶君荣. RAIDS 体质量管理模式在首发精神分裂症患者中的应用效果 [J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(24): 3438-3442.
- [21] 张明园,何燕玲. 精神科评定量表手册 [M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2015: 143-148.
- [22] 路桃影,李艳,夏萍,等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度及效度分析 [J]. 重庆医学, 2014, 43(3): 260-263.
- [23] 夏聪,杨泉楠,吴伟旋,等. SF-36 量表应用于广州市中青年知识分子的信度和效度评价 [J]. 中国医药导报, 2016, 13(26): 56-59.
- [24] Moon SJ, Lee WY, Hwang JS, et al. Accuracy of a screening tool for medication adherence: a systematic review and meta-analysis of the Morisky Medication Adherence Scale-8 [J]. PLoS One, 2017, 12(11): e0187139.
- [25] 沈彦艳. 中医特色护理在老年患者预防保健中的应用 [J]. 中医药管理杂志, 2018, 26(1): 70-71.
- [26] 秦桂英,胡新莲. 优质护理服务在儿科中医特色护理中的应用 [J]. 中国继续医学教育, 2018, 10(1): 194-196.
- [27] 李星,张庆华. 中医特色护理联合个性化护理应用于骨折患者的临床效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(2): 185-186.
- [28] 江玲,江燕. 中医特色护理质量评价体系在中医妇科管理中的应用 [J]. 检验医学与临床, 2018, 15(6): 866-868.
- [29] 刘洪福,安海燕,王长虹,等. 健身气功·八段锦健心功效实验探讨 [J]. 武汉体育学院学报, 2008, 42(1): 54-57, 77.

(收稿日期: 2018-06-05)

(本文编辑: 唐雪莉)