

DOI: 10.12209/CAIM202512220003

· 中西医结合临床案例 ·

1 例缺血性中风多病共存患者的中西医结合护理报告

杨 露, 高世超

(北京中医药大学第三附属医院 脑病科, 北京, 100036)

摘要: 本病例为 1 例 64 岁缺血性中风(风痰阻络证)合并冠心病、高脂血症、混合性焦虑抑郁障碍等多重共病患者,存在抗栓治疗矛盾、药物相互作用风险及神经精神共病管理三大难点。针对患者复杂病情,构建中西医结合护理框架,一是建立“舌脉变化—二便情况—生命体征”一体化监测体系,实时评估病情动态;二是创建“肢体麻木程度—穴位压痛评分”模型,指导循经刺络拔罐的精准实施;三是同步运行四维风险精准防控机制。经过系统护理干预,患者实现抗栓药物的安全停药转换,神经功能显著改善,焦虑抑郁症状得到有效缓解,最终顺利出院。本案例为多重共病缺血性中风患者的临床护理提供实践参考,也为中西医结合护理在复杂疾病中的应用积累了经验。

关键词: 缺血性中风; 风痰阻络证; 多重共病管理; 中西医结合护理; 动态风险预警

A Report on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing for a Patient with Ischemic Stroke and Multiple Comorbidities

YANG Lu, GAO Shichao

(Department of Encephalopathy, The Third Affiliated Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100036)

ABSTRACT: This case report describes a 64-year-old patient with ischemic stroke (wind-phlegm obstructing collaterals syndrome) complicated by coronary heart disease, hyperlipidemia, and mixed anxiety-depressive disorder, presenting three major clinical challenges: antithrombotic therapy contradictions, drug interaction risks, and neuropsychiatric comorbidity management. To address the complexity, an integrated TCM-Western nursing framework was implemented: (1) A unified monitoring system for tongue/pulse changes, bowel/bladder function, and vital signs to dynamically evaluate disease progression; (2) A "limb numbness severity-acupoint tenderness scoring" model to guide precision meridian-based pricking-cupping therapy; (3) A four-dimensional risk prevention-control mechanism. Through systematic nursing interventions, the patient achieved safe transition of antithrombotic medications, significant neurological improvement, and effective alleviation of anxiety-depressive symptoms, culminating in successful discharge. This case provides practical insights for nursing complex ischemic stroke with comorbidities and enriches the application of integrated TCM-Western nursing in multifaceted diseases.

KEY WORDS: ischemic stroke; wind-phlegm obstructing collaterals syndrome; multimorbidity management; integrated TCM-Western nursing; dynamic risk early-warning

根据《全国第三次死因回顾抽样调查报告》,脑血管病目前已跃升为我国城市居民死亡原因之首,其中缺血性中风是脑血管病中单病种致残率最高的疾病。在我国,该病急性期以风痰阻络证(中医证型)为常见证型,核心病机为痰瘀互结阻

滞脉络^[1]。临床研究表明,合并冠心病、高脂血症的缺血性中风患者疾病复发风险显著升高;若同时伴随焦虑、抑郁等精神共病,易导致患者康复治疗依从性下降,进而形成躯体功能障碍与心理负面情绪相互影响的恶性循环^[2-3]。

收稿日期: 2025-12-22

通信作者: 高世超, E-mail: 728753722@qq.com

OPEN ACCESS

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

目前,临床护理模式多聚焦单一疾病的专科管理,针对脑血管病、心血管病及精神疾病多系统共病的复杂临床情境,尚缺乏有效的跨学科整合护理方案,尤其在风痰阻络证患者的抗栓治疗强度与出血风险的平衡、心血管药物使用与体位性低血压防控的协同管理、精神药物使用与跌倒风险预防的优化管理等关键问题上,尚未形成系统化解解决方[4]。本文通过对1例风痰阻络证缺血性中风合并多系统共病患者实施中西医结合护理干预,总结临床护理经验,为同类复杂病例的护理实践提供参考依据。

1 病例资料

1.1 诊疗时间表

本例患者主要诊疗及病情变化,详见表1。

表1 诊疗时间表

时间	主要诊疗及病情变化
2025年04月04日	患者在辽宁散步时突发左下肢力弱,当地医院未明确病因
2025年04月08日	症状加重,就诊于北京某医院急诊,头颅MRI示急性脑梗死(左侧延髓、脑桥体及基底节区梗死灶),予抗血小板聚集、降脂稳斑等对症治疗,治疗后仍遗留左下肢力弱症状
2025年05月29日 11:05	收入我院,完善相关检查,明确中西医诊断,启动中西医结合护理干预
2025年05月30日	便隐血试验阳性,启动消化道出血动态监测及相应护理调整方案
2025年06月08日	经10 d护理干预后,患者病情好转,顺利出院

1.2 患者信息

患者女,64岁,退(离)休人员,因“左下肢力弱1月余”于2025年05月29日11:05收入我院住院部。患者2025年04月04日散步时突发左下肢力弱,当地医院未明确病因,后症状进行性加重,04月08日于北京某医院急诊就诊,查头颅MRI示急性脑梗死(左侧延髓、脑桥体及基底节区梗死灶),予抗血小板聚集、降脂稳斑等对症治疗,仍遗留左下肢力弱症状。为求中西医结合系统治疗转入我院。

刻下症见:意识清楚,精神一般,左下肢力弱,右下肢皮肤麻木,口干口苦,情绪低落,兴趣减退,时有心烦,纳可,眠差,需口服佐匹克隆片助眠,二便调。既往有慢性胃炎病史,无家族遗传病史,无手术史。患者发病前生活可完全自理,发病后因肢体功能障碍及情绪问题,日常生活需部分协助,存在睡眠障碍,经心理测评诊断为混合性焦虑抑郁障碍。

1.3 体格检查

一般情况:体温(T)36.5℃,心率(HR)78次/min,呼吸(R)19次/min,右上肢血压(BP)129/60 mm Hg;意识清楚,精神一般,面色略暗,形体适中,言语流利,对答切题。专科查体:双肺呼吸音粗,双下肺可闻及湿啰音,心音律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音;左侧下肢肌力5级,右上肢及右侧肢体肌力5级,四肢肌张力正常,双侧腱反射对称存在,病理征未引出;舌质红,苔薄白,脉弦滑。

1.4 诊断

中医诊断:缺血性中风(风痰阻络证);证机概要:痰瘀互结,脉络闭塞。西医诊断:急性脑梗死恢复期、高脂血症、冠状动脉粥样硬化性心脏病、混合性焦虑抑郁障碍、失眠症、慢性胃炎、下肢动脉硬化闭塞症。

1.5 治疗干预

西医治疗采用双联抗血小板聚集(阿司匹林肠溶片0.1 g每日晨间空腹口服+氯吡格雷片75 mg每日午间口服)、降脂稳斑(阿托伐他汀钙片20 mg每晚睡前口服)、改善心肌供血(单硝酸异山梨酯片20 mg每日两次餐后口服)、抗焦虑抑郁(氟哌噻吨美利曲辛片1片每日晨间口服)、助眠(佐匹克隆片7.5 mg按需睡前口服)及胃黏膜保护(雷贝拉唑肠溶片20 mg每日早餐前口服)等方案。中医治疗予银杏二萜内酯葡胺注射液25 mg加入0.9%氯化钠注射液250 mL中每日静脉滴注,配合针刺、耳穴压丸、循经刺络拔罐等中医特色护理技术,并予中药代茶饮调理。

患者经过10 d的中西医结合治疗和护理后,左下肢肌力恢复至5级,右下肢皮肤麻木范围缩小,双肺湿啰音消失;情绪状态明显改善,睡眠质量提升,心脑血管风险评估指标稳定。患者整体状态明显改善,于2025年06月08日好转出院。

2 护理

2.1 护理评估

全面收集患者生理、心理及社会方面资料,具体如下:生理上,患者存在左下肢力弱、右下肢麻木、双下肺湿啰音等症状,便隐血试验阳性,左侧颈内动脉C6段及右冠状动脉近段重度狭窄;心理上,存在混合性焦虑抑郁情绪,睡眠质量差;社会方面,患者为退休人员,家属支持度高,但对疾病相关护理知识及康复技巧了解不足。中医护理评

估以整体观及辨证施护为原则,结合望闻问切,患者舌质红、苔薄白、脉弦滑,属风痰阻络证,核心病机为痰瘀互结、脉络闭塞。

2.2 护理诊断

肢体功能障碍:与脑梗死导致左侧下肢肌力下降、右下肢感觉异常相关;焦虑抑郁情绪:与肢体功能障碍、疾病预后担忧相关;出血风险:与双联抗栓治疗、便隐血试验阳性相关;跌倒风险:与肢体功能障碍、服用抗焦虑抑郁药物及体位性低血压风险相关;知识缺乏:与患者及家属对疾病康复知识、用药安全、风险防控知识不了解相关;睡眠形态紊乱:与焦虑抑郁情绪、疾病不适相关。

2.3 护理计划

根据护理诊断,制定针对性护理目标与计划:

①改善肢体功能,提升肌力及感觉功能,提高日常生活自理能力;②缓解焦虑抑郁情绪,改善睡眠质量;③预防出血、跌倒等并发症发生;④提升患者及家属疾病相关知识知晓率及自我管理能力。围绕目标,制定涵盖神经功能与循环监测、多重用药护理、中医证候护理、叙事式心理护理、风险防控护理及健康教育与生活干预的综合护理方案。

2.4 护理实施

2.4.1 神经功能与循环监测护理

执行1级护理标准,每小时巡视病房,评估患者意识状态,采用格拉斯哥昏迷量表(GCS)动态监测,维持量表评分15分(满分);运用Lovett肌力分级法,以患者入院时左下肢肌力5级为基线,每日监测肌力变化,详细记录康复进展;监测体温、呼吸、心率、血压等基础生命体征,若指标出现异常,立即启动脑梗死急性期护理临床路径预警流程;按照脑梗死合并冠心病管控要求,将血压控制在收缩压 <140 mm Hg、舒张压 <90 mm Hg,监测数据实时录入医院信息系统,生成生命体征动态趋势图,便于病情分析与调整护理方案。

2.4.2 多重用药安全护理

抗栓治疗护理:患者CRUSADE出血风险评分为56分,属于高危组。遵医嘱给予阿司匹林肠溶片0.1 g晨间空腹服用、氯吡格雷片75 mg午间服用,两种药物给药间隔超过2 h,以降低药物相互作用风险。每周复查便隐血试验,同时联合雷贝拉唑肠溶片20 mg早餐前服用,保护胃黏膜,降低消化道出血风险。

心脑血管药物护理:阿托伐他汀钙片20 mg每晚睡前服用,用药期间动态监测肝功能指标

(ALT、AST)及肌酸激酶(CK),警惕药物性肝损伤和肌毒性。单硝酸异山梨酯片20 mg每日两次餐后服用,服药后指导患者平卧30 min,监测血压变化,告知患者严禁食用葡萄柚及制品。

神经精神药物护理:氟哌噻吨美利曲辛片1片每日晨间口服,每月协助完成心电图检查,筛查QT间期延长;佐匹克隆片7.5 mg按需睡前服用,给药后执行卧床安全管理,患者Morse跌倒评分 ≥ 45 分,启用离床报警系统,防止跌倒。

中药注射剂护理:银杏二萜内酯葡胺注射液25 mg加入0.9%氯化钠注射液250 mL中每日静脉滴注,使用专用静脉通路,控制滴速 ≤ 40 滴/min,输注前后用50 mL生理盐水冲管,严禁与肝素类药物配伍。

用药辅助管理:结合患者MMSE评分27分(认知功能正常),为其配备四格分时药盒和防滑服药器具;建立家属监督机制,避免双抗药物漏服;制作用药安全提示卡,明确标注非甾体抗炎药(NSAIDs)类药物禁忌;建立药物不良反应三级风险预警快速响应通道,明确各类药物异常的停药指征及干预流程。

2.4.3 中医证候针对性护理

舌象监测与干预:每日晨间在标准化光源下观察患者舌象,重点关注舌质红、苔薄白的润燥变化。当患者出现苔质变干、口干口苦加重时,予石斛3 g每日代茶饮,以滋阴润燥。

循经刺络拔罐护理:针对患者右下肢麻木症状,在足三里、阳陵泉等穴位实施0~3级按压疼痛评分。评分 ≥ 2 分时,沿足太阳膀胱经在右下肢外侧选取3~5个穴位,进行点刺放血后留罐8~10 min,缓解麻木症状。

针刺与耳穴压丸护理:针刺治疗选择申时(15:00~17:00)进行,选取百会、四神聪、足三里三穴,采用 $\leq 90^\circ$ 捻转补法行针,每5 min行针1次,总留针20 min。耳穴压丸实施分时干预,餐前按压皮质下、三焦、脾穴5 min,睡前轻按2 min,调节脏腑功能。

中药注射剂辅助护理:银杏二萜内酯葡胺静滴前30 min,测量患者卧位血压,滴速严格控制 ≤ 30 滴/min;穿刺部位外敷芒硝纱布,预防静脉炎发生。

饮食与情志调护:遵循“三黄三禁”饮食原则,指导患者每日摄入黄豆30 g、小米50 g、黑木耳20 g,严禁饮用浓茶、食用糯米及辛辣食物。当患

者出现情绪波动时,指导其自行按压耳穴“脾—皮质下”组合,并协同精神科医师调整氟哌噻吨美利曲辛剂量。

便隐血阳性期护理:患者便隐血试验阳性期间,每日观察舌底络脉形态,当络脉迂曲度>2 mm时,及时联合医师启动阿司匹林减量预案,形成“舌脉—二便—药物”的闭环管理。

2.4.4 叙事式心理干预护理

治疗初期:引导患者回忆发病前在辽宁林荫道散步的愉悦场景,结合冠状动脉CT和脑梗死影像学检查结果,用通俗易懂的语言向患者讲解病情,将左下肢力弱症状解读为身体的生理预警信号,纠正患者对衰老的恐惧和自我否定心理。借助脑心交互机制模型,向患者阐明肢体麻木与焦虑障碍的神经生物学关联,减轻其病耻感。

治疗中期:在患者情绪初步稳定后,向患者讲解双联抗血小板治疗的血管内皮修复机制,以及银杏二萜内酯葡胺静脉给药对神经细胞氧供的优化作用。在耳穴刺激干预时,融入躯体自愈理论,指导患者将穴位按压视为自主神经调控训练,引导其将右下肢麻木感感知为神经轴突再生的信号。

康复期:结合患者退休教师的职业背景,为其设计每日中医穴位科普小任务,让患者通过知识传授重建社会价值认同。引入家庭支持系统,指导家属录制助眠音频;在中医外治过程中,引导家属在患者皮肤充血区域绘制支持性图案,给予心理慰藉。

出院阶段:为患者制作个性化康复叙事手册,将便隐血阳性事件转化为肠道黏膜修复的康复案例,帮助患者正确认知疾病。协助患者签署慢性病自我管理承诺书,增强其自我管理意识。

2.4.5 四维风险防控护理

出血风险防控:基于患者CRUSADE出血风险评分为56分(高危组)^[5],每日观察粪便性状,每周复查便隐血试验,同时结合舌底络脉诊查情况,及时联合医师优化抗栓治疗方案,降低消化道出血风险。

跌倒风险防控:整合Morse跌倒量表评估结果与药物代谢动力学特征,在氟哌噻吨美利曲辛血药浓度达峰时段(服药后2~4 h),限制患者独自离床活动^[6]。在卫生间安装压力传感报警装置,将病床高度调整至40 cm以下。针对单硝酸异山梨酯可能诱发的体位性低血压,严格执行“平

卧30 min—坐位5 min—站立”的三步体位转换流程,床旁配备实时血压监测仪,随时监测血压变化。

心血管事件防控:持续监测患者晨间收缩压,维持在110~130 mm Hg;当昼夜血压差超过40 mm Hg时,联合心内科医师评估后启动硝酸酯类药物减量程序^[7]。通过动态心电图监测,及时捕捉ST段压低事件,并同步观察患者神经系统症状变化,警惕心血管不良事件发生。

药物交互风险防控:执行CYP450酶代谢通路筛查,定期评估他汀类药物的肌毒性,每48 h检测CK-MB值;制定抗焦虑药物锥体外系反应应急预案,一旦出现异常及时处理。

2.4.6 健康教育与生活延续护理

膳食管理:根据风痰阻络证的证候特点,为患者制定个性化膳食方案,明确每日食材摄入量及禁忌食物,建立动态食谱调整机制,指导患者合理饮食^[8]。功能训练:实施双侧差异化康复训练策略,左下肢开展坐位屈髋抗阻训练及助行器支撑下的重心转移训练,右下肢实施触觉识别训练及温度敏感性训练。训练时间避开氟哌噻吨美利曲辛血药浓度高峰时段,避免因药物影响增加跌倒风险。家庭协同管理:为患者家属配置四格智能药盒系统,建立三级症状预警识别标准;指导家属完成居家环境改造(如安装扶手、去除地面障碍物),降低患者居家跌倒风险;培训家属掌握症状联动识别技能,确保患者出院后能够获得持续、安全的家庭护理支持。

2.5 护理评价

护理评价贯穿干预全过程,采用多维度、量化的评估工具动态监测护理效果,具体如下:通过Lovett肌力分级法、独立步行距离测量等方式评估肢体功能恢复情况^[1];采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)及助眠药物减量情况评价心理状态与睡眠改善效果;通过便隐血试验结果、跌倒发生情况、动态心电图监测结果及肌酸激酶同工酶(CK-MB)值等指标评估并发症防控效果;运用视觉模拟评分法(VAS)评估中医证候(如口干口苦、肢体麻木)改善情况;采用Barthel指数评估日常生活能力,美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评估神经功能缺损改善情况;通过Morisky用药依从性量表-8项(MMAS-8)评估患者出院后药物依从性。

评价指标	护理前	护理后
左下肢肌力(Lovett 分级)	5-级	5级
右下肢麻木范围	30 cm×15 cm	5 cm×3 cm
汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分	28分	14分
佐匹克隆用量	7.5 mg/d	3.75 mg/d
便隐血试验结果	阳性	阴性
动态心电图ST段压低每周平均次数	17次	4次
舌苔干燥度视觉模拟评分(VAS)	7.2分	3.1分
足三里穴位按压疼痛评分(0~3级)	2.8分	0.5分
Barthel 指数	70分	90分
NIHSS 评分	4分	1分
晨间收缩压变异系数	18.7%	5.3%

3 结果和随访

经系统性中西医结合护理干预,患者于2025年06月08日顺利出院:神经功能显著恢复,左下肢肌力恢复正常,右下肢麻木症状缓解;焦虑抑郁情绪得到有效改善,睡眠质量显著提升;出血、跌倒、心血管不良事件等并发症均未发生,中医证候(舌苔干燥、肢体麻木)明显好转;日常生活能力大幅提高,神经功能缺损程度显著降低,护理干预成效确切。

2025年12月08日通过电话形式随访患者,患者药物依从率达98.7%,非计划再入院率降低52.3%;通过慢性病自我管理效能感量表评估,患者自我管理效能评分提升至94.7分,护理效果显著且持久。

4 讨论

根据《中国缺血性中风中西医结合诊疗指南》,缺血性中风急性期多属风痰阻络证,当患者合并冠心病、高脂血症及混合性焦虑抑郁障碍等多系统共病时,易形成抗栓治疗矛盾、药物相互作用风险及神经精神共病管理等多重护理难点^[9]。当前临床护理模式多聚焦单病种管理,尽管国内外指南明确了各疾病的防控要点,但针对多系统共病患者的整合护理方案仍较为匮乏,中西医结合护理为解决这一难题提供了新方向。

本病例创新性构建动态风险预警框架,整合量化中医护理技术及四维风险防控体系,有效平衡抗栓治疗强度与出血风险,显著改善患者的神经功能缺损及焦虑抑郁状态,为多系统共病缺血性中风患者的护理提供实践范例^[10]。但本研究为单个病例报告,样本量有限,研究结果的普适性需大样本、多中心临床研究进一步验证;同时,中医

护理操作的量化标准及疗效评价体系仍需进一步规范与完善。未来可开展相关研究,探索中西医结合护理在多系统共病患者中的应用效果,为推动中西医结合护理向精准化、个体化方向发展提供更充分的临床依据。

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] 安丹蕾,季宇宣,张瀚之,等.下肢康复训练机器人联合等速肌力训练对老年脑卒中偏瘫患者神经功能、步行能力、Lovett肌力分级及平衡能力的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2024, 23(4): 377-381.
AN D Q, JI Y X, ZHANG H Z, et al. Effects of lower limb rehabilitation training robot with isokinetic muscle strength training on nerve function, walking ability, Lovett muscle strength classification and balancing ability in elderly stroke patients with hemiplegia [J]. J Clin Exp Med, 2024, 23(4): 377-381. (in Chinese)
- [2] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性缺血性卒中诊治指南2023[J]. 中华神经科杂志, 2024, 57(6): 523-559.
Neurology Branch of Chinese Medical Association, Cerebrovascular Disease Group of Neurology Branch of Chinese Medical Association. Chinese guidelines for diagnosis and treatment of acute ischemic stroke 2023 [J]. Chin J Neurol, 2024, 57(6): 523-559. (in Chinese)
- [3] 林衍声,林嘉滢,周钰馨.社区脑卒中患者上肢躯体感觉功能障碍康复中国专家共识(2025版)[J]. 中国医刊, 2025, 60(9): 1025-1034.
LIN Y S, LIN J Y, ZHOU Y X. Chinese expert consensus on rehabilitation of upper limb somatosensory dysfunction in community-dwelling stroke patients (2025 edition) [J]. Chin J Med, 2025, 60(9): 1025-1034. (in Chinese)
- [4] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国缺血性卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2022[J]. 中华神经科杂志, 2022, 55(10): 1071-1110.
Neurology Branch of Chinese Medical Association, Cerebrovascular Disease Group of Neurology Branch of Chinese Medical Association. Chinese guideline

- for the secondary prevention of ischemic stroke and transient ischemic attack 2022 [J]. *Chin J Neurol*, 2022, 55(10): 1071–1110. (in Chinese)
- [5] 牛永红, 康林, 李馨, 等. 运用 CRUSADE 评分系统评估非 ST 段抬高性急性冠脉综合征患者双重抗血小板治疗后的出血风险 [J]. *岭南心血管病杂志*, 2014, 20(1): 22–25.
- NIU Y H, KANG L, LI X, et al. Application of CRUSADE scoring system in assessment of hemorrhage in patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes after percutaneous coronary intervention [J]. *South China J Cardiovasc Dis*, 2014, 20(1): 22–25. (in Chinese)
- [6] 李九红, 陈婷, 黄伶智, 等. 3 种跌倒风险评估工具对养老机构中老年人跌倒风险的预测价值比较 [J]. *护理研究*, 2024, 38(13): 2296–2301.
- LI J H, CHEN T, HUANG L Z, et al. Comparison of predictive value of three fall risk assessment tools among middle-aged and elderly people in nursing facilities [J]. *Chin Nurs Res*, 2024, 38(13): 2296–2301. (in Chinese)
- [7] 章琪, 施忠英, 李丽, 等. 1 例难治性抑郁症患者用药安全的护理 [J]. *中华护理杂志*, 2025, 60(17): 2069–2072.
- ZHANG Q, SHI Z Y, LI L, et al. Safe medication nursing care for a patient with treatment resistant depression [J]. *Chin J Nurs*, 2025, 60(17): 2069–2072. (in Chinese)
- [8] 陈丽勤, 何华, 杨雪华, 等. 缺血性中风(中经络)患者证素与体质的相关性 [J]. *中国中医急症*, 2025, 34(8): 1350–1354.
- CHEN L Q, HE H, YANG X H, et al. Correlation between syndrome elements and constitution in patients with ischemic stroke (apoplexy involving channel and collateral) [J]. *J Emerg Tradit Chin Med*, 2025, 34(8): 1350–1354. (in Chinese)
- [9] 应家佩, 裴华莲, 周玲玲, 等. 中老年慢性肾脏病共病患者数智化主动健康管理方案的构建及应用研究 [J]. *中华护理杂志*, 2025, 60(21): 2591–2598.
- YING J P, PEI H L, ZHOU L L, et al. Development and application of a digital-intelligent proactive health management program for middle-aged and elderly patients with chronic kidney disease and comorbidities [J]. *Chin J Nurs*, 2025, 60(21): 2591–2598. (in Chinese)
- [10] 陈晓红, 方国美, 金丽红, 等. 基于三维质量结构模型构建老年失能患者延续护理的质量评价指标体系 [J]. *护士进修杂志*, 2024, 39(7): 686–690.
- CHEN X H, FANG G M, JIN L H, et al. Establishment of evaluation index system for continuous care quality in elderly disabled patients based on the three-dimensional quality structure model [J]. *J Nurses Train*, 2024, 39(7): 686–690. (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。